

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS OBSTRUCCIONES CANALICULARES

Por
José GARCIA CAMPOS*

RESUMEN EN ESPAÑOL: La obstrucción de los canaliculos lacrimales es un problema Oftalmológico de difícil solución y para el que aún no existen unas técnicas perfectamente unificadas y depuradas. El autor hace una exposición de las utilizadas en Santiago de Compostela y Málaga que consisten básicamente en una intubación bicanalicular anular en secciones traumáticas lineales de los canaliculos y en las estenosis antiguas y de pequeño tamaño, intubación bicanalicular de fijación nasal en las estenosis del canaliculo común; y conjuntivo dacriocistorrinostomias en las estenosis amplias del canaliculo inferior.

Utilizan como material de tutorización; tubos de silicona de 0,6 y a 0,9 mm. de diámetro.

RÉSUMÉ FRANÇAIS: L'obstruction des canalicules lacrymaux est un problème ophtalmologique qui est difficile à résoudre et pour laquelle il n'existe toujours pas des méthodes qui soient parfaitement unifiées et purifiées. L'auteur fait une exposition des utilisations effectuées à Santiago de Compostela et à Málaga, lesquelles se composent, fondamentalement, d'une intubation bicaniculaire annulaire dans de sections linéales traumatiques des canalicules et dans les petites sténoses anciennes, l'intubation bicanalculaire par la fixation nasale dans la sténosé du canalicule commun; et la conjonctive-dacryocystorhinostomie du canalicule inférieure.

Les matières d'intubation: des tubes en silicone de 0,6 à 0,9 mm de diamètre.

ENGLISH SUMMARY: Obstruction of the lacrimal canaliculi is an ophthalmological problem which is hard to solve, and for which there still do not exist methods that are perfectly unified and purified. The author makes an exposition of the utilizations in Santiago de Compostela and Málaga which, basically, consist of an annular bicanalicular intubation in traumatic lineal sections of the canaliculi and in the small sized old stenoses, bicanalicular intubation by nasal fixation in the stenosis of the common canaliculus; and conjunctivo-dacryocystorhinostomy of the inferior canaliculus.

Intubation material used: silicone tubes 0.6 to 0.9 mm in diameter.

El motivo de la presente comunicación es presentar algunos aspectos y algunos comentarios sobre el diagnóstico y tratamiento de las obstrucciones canaliculares. Voy a prescindir de comentar las diferentes técnicas de intervención quirúrgica en las obstrucciones canaliculares, que ha sido objeto de un estudio y una revisión muy importante por el profesor Murube del Castillo en un reciente trabajo aparecido en los archivos de la Sociedad Española de Oftalmología, y me voy a ceñir a analizar única y exclusivamente las que nosotros realizamos en el Departamento de Oftalmología de la Universidad de Málaga.

SECCIONES CANALICULARES TRAUMATICAS

Las obstrucciones canaliculares traumáticas producidas por heridas que afectan al tercio interno del párpado inferior, pueden ser lineales, producidas generalmente por accidentes de tráfico, o bien de bordes muy rugosos, poco netos producidas frecuentemente por mordiscos de perro.

Ante este cuadro clínico, la única forma de tratamiento es la "intubación bicanalicular anular" de Murube. Nosotros la realizamos mediante el "gancho" de Worst, gancho en cuyo extremo lleva un ojal en que se introduce el material que va a ser motivo de la intubación. PEREZ MOREIRAS ha modificado los ganchos de WORST haciendolos de plata de manera que resultan más moldeables. Utilizamos como tutor el tubo de silastic de entre 0'6 y 0'9 mm. de diámetro. La técnica de intervención es muy sencilla: consiste en la di-

latación previa del punto lagrimal superior, el pase del gancho de WORST desde el punto lagrimal superior, canaliculo lagrimal superior y canaliculo lagrimal inferior hasta aflorar a través de la parte medial del canaliculo traumatizado. Se introduce el tutor de silicona a través del ojal del gancho y se realiza un movimiento retrógrado por el cual el tutor aflora por el punto lagrimal superior; posteriormente se realiza la misma operación a través del punto lagrimal inferior. A continuación se seccionan los extremos del tubo, se anudan con un hilo, y al anillo de silicona resultante se le da un movimiento de rotación con el fin de que el punto en que hemos anudado los dos extremos del tubo de silicona se sitúe en el interior del canaliculo lagrimal superior. Es de resaltar que esta técnica es relativamente sencilla, pero hay que ejecutar bien el cambio de maniobra que hay que hacer cuando se pasa la sonda de WORST del canaliculo lagrimal superior al canaliculo lagrimal inferior; hay que modificar el movimiento de la muñeca, y esto es bastante importante.

Es muy importante tensar la silicona en el momento en que se realiza el movimiento retrógrado con el fin de que pase mejor el gancho de WORST desde el canaliculo inferior al canaliculo superior.

ESTENOSIS CANALICULARES

Estas obstrucciones afectan sobre todo al canaliculo inferior. Son de causa idiopática, o bien secuela de una dacriocanaliculitis generalmente de tipo micotico. Lo más importante es el diagnóstico topográ-

fico preciso. Tenemos que saber dónde se localiza la lesión y el tamaño de la misma. Para ello utilizamos dos técnicas de exploración: la dacriocistografía y la sonda milimetrada.

En estos casos tratamos de salvar la obstrucción haciendo presión con dos sondas, una directa y otra retrógada, desde ambos extremos de la estenosis, para colocar posteriormente una intubación bicanalicular.

Cuando la obstrucción sea muy ancha y no podamos romperla de la forma descrita, podemos hacer un nuevo punto lacrimal si el extremo mismo de la obstrucción está a unos 4-5 mm. del punto lacrimal verdade-

ro. Y si esto no es posible, hacemos una conjuntivorrinostomía mediante un tubo de Pyrex de Lester Jones.

Cuando la obstrucción de la vía lacrimal afecta únicamente al canalículo común y podemos vencer ésta haciendo una ligera presión con una sonda, realizamos una intubación canalicular lacrimonasal con unos fiadores en cuyo extremo se coloca un tubo de silicona. Realizamos esta técnica guiados por el otorrinolaringólogo, quien en muchas ocasiones tiene que luxar el cornete inferior para poder captar la silicona.

* Catedrático de Oftalmología. Universidad de Málaga