

LAS HERIDAS DE LOS CANALÍCULOS LACRIMALES Y SU TRATAMIENTO DESDE EL PUNTO DE VISTA RINOLÓGICO. (VERLETZUNGEN DER TRÄNENKANÄLCHEN UND IHRE BEHANDLUNG VOM RHINOLOGISCHEN STANDPUNKT AUS).

por
Rufin MIRECKI



RESUMEN ESPAÑOL: El autor trató 241 casos de heridas y obstrucciones canaliculares con diverso métodos: En 33 casos operados con el proceder de FILIPOVICH obtuvo un 90 % de éxitos. En 52 casos en que practicó una modificación al método de intubaciones de HENDERSON consiguió un 85 % de éxitos. En 63 casos con una variante de la intubación de HUGGERT et SUNDMARK los éxitos alcanzaron al 96 %. Y en 93 casos con el método de CALLAHAN modificado, los éxitos fueron del 94 %.

RÉSUMÉ FRANÇAIS: L'auteur traite 241 cas de blessures et d'obstructions canaliculaires avec des méthodes diverses. Dans 33 cas opérés avec le procédé de FILIPOVITCH, il obtint un 90 % de réussites. Dans 52 cas pour lesquels il pratiqua une modification à la méthode de Henderson, il obtint 85 % de réussites. Dans 63 cas, avec une variation de l'intubation de HUGGERT et SUNDMARK, les réussites furent de 96 %. Dans 93 cas avec la méthode de CALLAHAN modifiée, les réussites furent de 94 %.

ENGLISH SUMMARY: The author treated 241 cases of canalicular injuries and obstructions in different ways: in 33 cases the FILIPOVICH procedure was used with a success rate of 90 %. In 52 cases in which a modification of the intubation method of HENDERSON was used he achieved a success rate of 85 %. In 63 cases with a variation of the intubation of HUGGERT et SUNDMARK the success rate reached 95 %. And in 93 cases with a modification of CALLAHAN's method the success rate was 94 %.

VERSION ESPAÑOLA
 TRADUCIDA

Las heridas de los canalículos lacrimales deben ser tratadas quirúrgicamente en la mayoría de los casos. Los métodos de tratamiento dependen del período, localización y extensión de las alteraciones en el territorio de los canalículos y del dacriocisto.

Como los pacientes son enviados al rinólogo casi siempre con alteraciones antiguas de los canalículos, quisiera referirme brevemente a los métodos operatorios. Aunque estos métodos proceden del campo oftalmológico, se han modificado, como resultado de la colaboración con el rinólogo, a fin de utilizar también el abordaje de las vías lacrimales por la cavidad nasal.

1. El más simple de los tratamientos operatorios para la atresia postraumática del canalículo inferior es según FILIPOVICH renunciar al canalículo inferior y activar la función del superior. La operación consiste en situar más aguas bajo el punto de aspiración lacrimal, mediante la incisión de la porción palpebral del canalículo superior y la extirpación de la pared postero-medial de este canalículo en forma de cuña de vértice inferior. En 33 casos hemos obtenido aproximadamente un 90 % de éxitos.

Los métodos de permeabilización del canalículo inferior se harán en el transcurso de una dacriocistorrinostomía endonasal:

2. La intubación del canalículo

inferior según HENDERSON consiste en el sondeo del canalículo inferior e introducción a su través y de la dacriocistorrinostomía de una cánula roma con un mandril hasta la cavidad nasal. Tras quitar el mandril se pasa por la luz de la cánula un tubito de plástico de 1 mm. de diámetro —nosotros lo preferimos de 0,35 mm.—, y se prende el extremo del tubito en el interior de la fosa nasal con unas pinzas, al mismo tiempo que se retira la cánula del canalículo. Entonces, de acuerdo con nuestra modificación, este extremo se exterioriza por la nariz y su boca se modela al calor en forma de embudo. A continuación se hace retrogradar el tubito hacia arriba hasta que su extremo nasal abocinado quede junto a la desembocadura interna de los canalículos, impidiendo así el deslizamiento del tubo hacia afuera. El extremo externo del tubito se adhiere a la mejilla. El tubito se quita a las seis semanas. En 52 intubaciones de este tipo hemos tenido aproximadamente un 85 % de éxitos.

3. El método de intubación bicanalicular de HUGGERT et SUND-MARK es muy valioso en el aspecto estético. En caso de atresia de un canalículo —el superior o el inferior—, se intuban los dos canalículos, al tiempo que se practica una dacriocistorrinostomía. El canalículo inferior se intuba ut supra descrito. El superior, de acuerdo con nuestra modificación, se cateteriza hasta la cavidad nasal mediante una cánula roma de dos elementos. El ele-

mento superior se saca con el mandril del canaliculo, mientras que el otro —el más corto— se deja dentro de él. A través de este último elemento se introduce la segunda mitad del tubito hasta la cavidad nasal, y ambos —extremo del tubito y elemento corto de la cánula— se sacan por la nariz. Otra modificación consiste en abrazar ambos extremos del tubo con dos anillos de plástico. El anillo superior impide que el codo del tubito que aparece entre los dos puntos lacrimales se deslice hacia afuera. El segundo anillo une los dos cabos del tubito, cuyos extremos también han sido conformados de manera tal que impidan la caída de los anillos en las vías respiratorias. Una ventaja de este método es la mínima visibilidad del codo interpalpebral del tubito. El tubito se retira a los 6 meses. En 63 intubaciones de este tipo hemos tenido aproximadamente un 96 % de éxito.

4., El método de intubación de CALLAHAN se refiere a la porción nasal del canaliculo inferior. Sus indicaciones son los casos postraumáticos con extensa destrucción y obliteración del canaliculo inferior, y algunos de los casos fracasados con las intubaciones del método anterior.

La operación consiste en incidir la porción palpebral del canaliculo inferior y eliminar la carúncula lacrimal. En la porción nasal del canaliculo, previamente dilatada, se introduce un tubito de plata. En nuestra modificación el tubito, que tiene 8-12 mm. de largo por 1,5 de grueso, es de plástico, y sus dos extremos se han hecho infundibulares y con un pequeño collarete. El tubito lo introducimos en el canaliculo ayudados por un tutor de concepción personal. La intubación se mantiene

aproximadamente un año. La edad de los pacientes intubados oscila entre 2 y 70 años. De 93 intubaciones tuvieron éxito el 94 %.

La ventaja de este método es la inmediata función aspiratoria del canaliculo a causa del gradiente de presión del aire y de la acción capilar de la luz del tubito, consiguiéndose así la succión de las lágrimas durante la respiración nasal.

En los fracasos se recomienda al paciente mantener la prótesis más tiempo o incluso permanentemente. Los fracasos son casos de ectropion por lesiones palpebrales extensas o casos en que tras la intubación se cerró el canaliculo neoformado o, aunque permaneciese permeable, carecía de fuerza aspiratoria.

Hemos ejecutado un total de 1225 operaciones de vías lacrimales de las que en 241 casos la lesión principal estaba en los canaliculos, lo que corresponde casi al 20 % del total. De estas 241 operaciones 209, es decir, el 86 % fueron éxitos.

Si comparamos los éxitos obtenidos con la dacriocistorrinostomías y con las intubaciones, tenemos que de 832 pacientes con dacriocistorrinostomías hemos practicado una intubación canalicular en 208, es decir, en el 25 % de dacriocistorrinostomías fracasadas.

Si sumamos al 75 % de éxitos de las dacriocistorrinostomías el 21 % de intubaciones con resultados positivos, resulta que conseguimos un 96 % de éxitos con la dacriocistorrinostomía endonasal.

(Traducción del Dr. J. Murube del Castillo)

VERSION ORIGINAL ALEMANA

Die Verletzungen der Tränenkanälchen werden am häufigsten operativ behandelt. Die Behandlungsmethoden hängen von der Periode, Lokalisation und Ausdehnung der Veränderungen im Bereiche der Kanälchen und des Tränensackes ab.

Da zu dem Rhinologe die Kranken zumeist mit chronischen Veränderungen der Kanälchen überwiesen werden möchte ich nur die Operationsmethoden kurz besprechen. Obwohl diese von Ophthalmologen stammen, sind aber durch Rhinologen, im Rahmen der Mitarbeit modifiziert, um den Zugang an die Tränenwege auch durch das Naseninnere auszunützen.

1. Die einfachste Operationsmethode der posttraumatischen Atresie des unteren Kanälchens ist nach Filipowitsch das Ausweichen des unteren und Aktivisation des oberen Kanälchens. Der Eingriff besteht aus der Senkung des Tränenaspirationpunktes durch die Inzision des palpebralen Teiles des oberen Kanälchens und der Exzision der medialen Wand dieses Kanälchens in eine Keilform mit der Spitze nach unten ragend. In 33 Fällen haben wir ca 90 % Erfolge.

Die Drainagemethoden des unteren Kanälchens werden durch die endonasale Dacryocystorhinostomie vorbereitet.

2. Die Intubationsmethode des unteren Kanälchens nach Henderson besteht aus der Sondierung und Durchführung einer stumpfen Nadel mit Mandrin durch das untere Kanälchen und durch das Fenster der Dacryocystorhinostomie bis in das Naseninnere. Nach dem Herausziehen des Mandrin wird durch das

Nadellumen ein Plastikröhrchen (statt wie beim Author 1 mm., bei uns 0,35 mm.) durchgeführt. Das Röhrchenende wird mit einem Zängchen in dem Naseninnern gehalten und gleichzeitig wird die Nadel aus dem Kanälchen entfernt. Dann nach unserer Modifikation wird ein Teil des Röhrchens aus der Nase herausgezogen und am Ende in eine Trichterform geschmolzen. Das Ende des Röhrchens wird nach oben so weit gezogen damit sein verbreitetes Nasenende in der Nähe der Kanälchenmündung sich befindet und auf diese Art das Entschlüpfen dieses Röhrchens verhindert. Das äussere Röhrchenende wird an die Wange geklebt. Das Röhrchen wird nach 6 Wochen entfernt. Nach 52 Detubationen ca 85 % der Fälle sind erfolgreich.

3. Die Intubationsmethode der beiden Kanälchen nach Huggert und Sundmark ist kosmetisch wertvoller. Bei einer Atresie des unteren oder des oberen Kanälchens werden beide während der Dacryocystorhinostomie intubiert. Das untere Kanälchen wird wie oben beschrieben intubiert. Das obere wird nach unserer Modifikation durch eine zweiteilige stumpfe Nadel bis in das Naseninnere dreniert. Der obere Teil dieser Nadel wird mit dem Mandrin aus dem Kanälchen herausgezogen und der kürzere Teil der Nadel wird in dem Kanälchen gelassen. Durch den Nadelteil wird die zweite Hälfte des Röhrchens durchgeführt, welches man zusammen mit dem Nadelteil von dem Naseninnern herauszieht. Eine Modifikation dieser Methode ist der Folgende Eingriff: Auf die beiden Röhrchenenden werden zwei Plastikringe aufgeschoben. Der obere Ring hält die zwischen beiden Tränenpunkten

entstandene Röhrenchschlinge und das Ausgleiten dieser nach aussen verhindert. Der zweite Ring vereinigt die 2 Röhrenchhälften die auch an den Enden geschmolzen werden, um das Ausfallen der Ringe in die Atemwege zu verhindern. Ein Vorteil dieser Methode ist die minimale Sichtbarkeit der Röhrenchschlinge. Das Röhrench wird nach 6 Monaten entfernt. Nach 63 Detubationen, ca 96 % sind erfolgreich.

4. Die Intubationsmethode nach Callahan ist die des Nasenteiles des unteren Kanälchens. Die Indikationen dazu sind die posttraumatischen Fälle mit verdehnter Obliteration und Destruktion des unteren Kanälchens und einige Fälle nach der erfolglosen Detubation der vorherigen Methoden.

Der Eingriff besteht aus der Inzision des palpebralen Teiles des unteren Kanälchens und der Abtragung der Caruncula lacrimalis. In dem vorher erweiterten nasalen Teil des Kanälchens wird statt Silber (wie beim Author), ein Plastikröhrench 8-12 mm. lang, 1,5 mm. dick eingeführt. Das modifizierte Röhrench hat an beiden Enden eine Trichterform mit kleinem Saum. Es wird auf einem Führungsstück (eigener Erfindung) in den Kanälchenrest eingeführt. Die Detubation folgt nach ca 1 Jahr. Das Alter der Intubierten ist von 2 bis 70 Jahren. Von 93 Detubationen 94 % sind erfolgreich.

Bei den Misserfolgen ist der Kranke auf längere Zeit oder gar auf ständiges Tragen der Prothese angewiesen. Die Misserfolgen waren Fällen, bei denen infolge einer ausgedehnten Verletzung, zur Verschie-

bung der Lider nach aussen gekommen ist. Oder die nach paarimaliger Detubation die Wände des neugeformten Kanälchens zuwuchsen, oder obwohl dieses durchgängig war, keine Tränenaspirationskraft hatte, Naseninnern zu lang war.

Der Vorteil dieser Methode ist die sofortige Aspirationsfunktion des Röhrenchs auf der Basis der Luftdruckdifferenz und der Kapillarität des Röhrenchlumens, was einen günstigen Einfluss auf die Aspiration der Tränen während der Nasenatmung hat.

Auf die totale Summe der 1.225 Tränenwegeoperationen haben wir 241 Eingriffe an den zumeist verletzten Kanälchen durchgeführt, was im Vergleich mit dem ganzen Krankengut ca 20 % beträgt. Von den 241 Eingriffen sind 209 erfolgreich geblieben, was 86 % ergibt.

Wenn es sich um den Vergleich der Erfolge zwischen Dacryocystorhinostomie und die Intubationen handelt, haben wir auf 832 endonasalen Dacryocystorhinostomien 208 Intubationen der Kanälchen durchgeführt, was 25 % der erfolglosen Dacryocystorhinostomien bedeutet. In diesem Prozentsatz sind auch die ca 13 % der Fälle nach der erfolglosen Operation des Tränensackes von aussen, die schon mit verwachsener Kanälchenmündung durch die Ophthalmologen zu uns überwiesen wurden.

Wenn wir zu den 75 % der Erfolge nach der Dacryocystorhinostomie die 21 % der positiven Detubationen der Kanälchen dazurechnen, erhalten wir 96 % Erfolge nach der endonasalen Dacryocystorhinostomie.