UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

APORTACION TECNICA A LA OPERACION DE DACRIOCISTORRINOSTOMIA

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR

CESAR AUGUSTO LOPEZ BARILLAS

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1961

TIP. SÁNCHEZ & DE GUISE
8ª AVENIDA NÚMERO 12-58. GUATEMALA, C. A.

PLAN DE TESIS

I.—HISTORIA

II.—ANATOMIA

III.—FISIOLOGIA

IV.—PATOLOGIA

V.—TRATAMIENTO MEDICO

VI.—TRATAMIENTO QUIRURGICO

1.—Indicaciones Operatorias

2.—Contraindicaciones

3.—Pre-operatorio

4.—Anestesia

5.—Tiempos Operatorios

6.—Post-operatorio.

VII.—REVISION DE CASOS OPERADOS

VIII.—CONCLUSIONES

IX.—BIBLIOGRAFIA.

I.---HISTORIA

El origen del flúido lagrimal permaneció en el enigma por mucho tiempo. Galeno pensó que dos glándulas excretaban el flúido dentro del ojo: una lateral, la Glándula Innominata (Glándula Lagrimal) y una interna, la Glándula Lacrimalis (La Carúncula). Sin embargo, éstas se consideraron demasiado pequeñas para producir la cantidad de lágrimas características del llanto, motivo por el cual, en las enseñanzas clásicas de Rhazes en sus Manuscritos Arábigos expone que ese flúido copioso proviene del cerebro. La manera cómo el ojo era enriquecido desde este órgano, fue motivo de considerable especulación.

Vesalio (1514-1564) y Falopio iniciaron estudios detenidos sobre el sistema lagrimal. El anatomista italiano de Padua, Julius Casserius (1561-1616), pensó que el flúido era conducido por venas que corrían a través de la Lámina Cribosa.

El anatomista británico, Thomas Wharton (1610-73), en su Adenographia (1656), sin embargo, apuntó que la Lámina Cribosa está abierta dentro de la nariz y no dentro de la órbita y sugirió que las lágrimas viajan del cerebro al globo a lo largo de los nervios. El cerebro, dijo, es grandemente afectado por los sentimientos y éstos producen lágrimas cuando aquél es contraído en un paroxismo de pena o dolor. Esta teoría fue refutada por Conrad Víctor Schneider (1614-80) en el tercer volumen de su "De Catarrhis" (1661), quien comprobó que las secreciones catarrales no emanan del cerebro, sino de la mucosa, en este caso la membrana conjuntiva.

Así se encontraba el estado de conocimientos, cuando el anatomista danés Niels Steensen (Nicolaus Steno) (1638-86) anunció su descubrimiento de los conductos de la glándula lagrimal en una cabeza de oveja y llegó a la conclusión en sus observaciones que la hasta aquí despreciada glándula innominata, segrega las lágrimas.

Algún tiempo antes Giovanni Battista Carcano Leone (1536-1606) había dado una exacta descripción del conducto naso-lagrimal (1574).

Así, después de los trabajos de Steensen, el concepto anatómico del sistema lagrimal completo, quedó sobre una base firme.

Así como Rhazes opinaba que el flúido lagrimal provenía del cerebro, se creía que la fístula y abscesos faciales se originaban de una supuración proveniente del cerebro.

En 1702, Stahl atribuye todos los síntomas a la inflamación del canal lácrimo-nasal, describiendo tres formas de la enfermedad: aguda, crónica y otra de hidropesía o ulceración.

Respecto a la Dacriocistitis congénita, se han hecho varios estudios y aceptado tratamientos con resultados bastante satisfactorios.

En 1904, Weeks divulgó el sondaje en la Dacriocistitis infantil.

En 1905, Pechin creyó que la obstrucción de las vías lagrimales se debía a un tapón de meconio proveniente de la aspiración de líquido amniótico del niño al nacer.

En 1907, Cosmettatos describió cinco anomalías encontradas por él: a) Sustitución de un punto lagrimal por una hendidura; b) Presencia de un canalículo lagrimal accesorio con su punto respectivo; c) Atresia del canalículo inferior; d) Ausencia del punto lagrimal inferior y e) Fístula congénita del saco.

En el mismo año, Zentmayer propuso la dilatación temprana de las vías lagrimales, preconizando que bastaba un sondaje, evitándose así sondajes posteriores.

Jackson, siempre en 1907, descubrió que no hay secreción lagrimal en las primeras semanas de vida, por lo que la obstrucción lagrimal, en muchos casos, no se manifiesta desde los primeros días despues del nacimiento.

En 1908, vuelve Zentmayer a hacer un aporte de sumo interés, ya que expuso en forma detallada la embriología del aparato lagrimal.

Schaeffer, en 1911, complementó la embriología con el estudio histológico de embriones de distintas edades, describió además irregularidades y divertículos en el saco, once tipos diferentes de ostium y dió como límite para tratamiento conservador un tiempo de tres a cuatro semanas.

Wicher y Sauer describieron dos casos de imperforación de la membrana inferior del conducto nasal en enfermos de 40 y 70 años, en los cuales pasó la sonda hasta el meato inferior, teniendo únicamente que incidirse la mucosa con bisturí.

Kraups y Peters, separadamente, encontraron un factor familiar y hereditario.

En 1917, Roie, después de una encuesta entre numerosos oftalmólogos sobre tratamiento de la epífora en la infancia, encontró un resultado favorable al tratamiento conservador, consistente en el masaje del saco seguido de lavado.

En el mismo año, Fuchs hizo estudios sobre histología, encontrando que las vías lagrimales estaban tapizadas de epitelio cilíndrico doble, describió además las válvulas y el plexo venoso denso que recubre el conducto lacrimo-nasal.

Fue Harman quien preconizó la dilatación de los puntos lagrimales previo al sondaje. Por esta época (1936), ocurre el advenimiento de la quimioterapia y el uso de antibióticos, siendo aplicados en el tratamiento de la enfermedad, tanto local como parenteralmente.

En 1948, Cassady, en un estudio de 100 casos de Dacriocistitis en la infancia, concluye en que no presenta el factor familiar o hereditario.

En Guatemala, en estudios realizados por Ana María Morales en 1956, encontró únicamente el caso de 3 hermanos de 11, 10 y 5 años, uno de ellos con Dacriocistitis bilateral.

Ahora bien, respecto al tratamiento quirúrgico de las afecciones del aparato lagrimal, la historia se divide en tres períodos: el primero comprende la época en que las operaciones se limitaban a casos de tumores de la glándula lagrimal y a unas pocas extirpaciones del saco; también se efectuaban en Dacriocistitis irrigaciones con soluciones antisépticas, inyección de cáusticos en el saco o su apertura seguida de cauterización por cáusticos o termocauterio. El segundo período más o menos 1870-80, comprende la aceptación de la extirpación del saco. El tercer período comienza con el siglo

XX, marcándolo las modificaciones a la operación de Toti, que consiste en el drenaje del saco lagrimal a la nariz por una ventana en los huesos nasales, la cual fue practicada por pocos oftalmólogos por su tendencia grande a recidivar. Tanto Toti como sus seguidores Soria y Van Lint, no suturan las dos mucosas.

Otras modificaciones importantes a la técnica son las de Dupuy-Dutemps, Ohm, Bourguet, Rubrecht y primera técnica de Basterra y Gómez Márquez, en las cuales se suturan los bordes de las incisiones practicadas en el saco y en la pituitaria.

En otras técnicas, como la de Arruga y la segunda técnica de Basterra, únicamente se unen por medio de la sutura, los dos bordes o labios anteriores.

Todas ellas han contribuído a la adaptación de nuevo instrumental operatorio.

Cabe mencionar aquí, la técnica de West y Polyac (Dacriocistorrinostomía por vía nasal), la cual presenta los inconvenientes siguientes: es necesaria frecuentemente la remoción o desviación del tabique, lo mismo que la extirpación de la parte anterior del cornete medio; se trabaja además en un campo operatorio muy estrecho y la falta de adosamiento por suturas del saco y la pituitaria, la cual termina por obstruirse con tejido de granulación. Quizá una modificación importante a la técnica anterior, es la de Hinojar y Casadesús y consiste en levantar un colgajo de pituitaria de la pared externa de la fosa nasal en la zona correspondiente al saco, resecar el hueso situado debajo y abrir una ventana en la cara interna del saco lagrimal que se hace prominente mediante la introducción de un catéter de Bowman.

Otras importantes aportaciones a la operación de Dacriocistorrinostomía son la modificación de Callahan a la técnica original de Dupuy-Dutemps y la operación de Bonaccolto (1957) quien deja un doble tubo de poliethileno a través del canalículo, la nariz y todo el trayecto del aparato lagrimal, por un tiempo de 15 a 20 días después de practicada la operación.

II.---ANATOMIA

El Aparato Lagrimal debe ser descrito en sus dos importantes componentes: 1.—Las Glándulas Lagrimales, que constituyen el aparato secretor y 2.—Los Conductos Lagrimales o aparato excretor.

Las Glándulas Lagrimales, derivadas de la conjuntiva que segregan las lágrimas dentro del saco conjuntival. Sobre la superficie de la córnea la secreción lagrimal forma una capa o película de consistencia intermedia, ya que está formada por la secreción mucosa profunda de las glándulas conjuntivales y la secreción aceitosa superficial de las glándulas tarsales.

Las Glándulas Lagrimales pueden clasificarse en dos grupos principales:

A.—La Glándula Lagrimal propiamente dicha y

B.—Las Glándulas Lagrimales Accesorias:

a) De Krause

b) De Wolfring (Ciaccio)

c) Glándula infraorbital

d) Glándulas de la plica y de la carúncula.

Están colocadas en la parte superoexterna de la órbita, contiguas al reborde orbitario. Descansa en la fosa Glandular lagrimal del hueso frontal que forma su relación superior; inferiormente se apoya sobre y es moldeada por el globo del ojo; superficialmente y hacia afuera está limitada por una delgada capa de grasa, el septum orbitario, el músculo orbicular y la piel del párpado; profundamente se adhiere a la grasa orbitaria.

La Glándula es extremadamente variable en su forma. Por un desdoblamiento de la aponeurosis del músculo elevador del párpado superior, es dividida en dos lóbulos, uno superior y otro inferior, los cuales están conectados posteriormente por un puente de tejido fino glandular.

1.—El lóbulo superior se llama orbitario.

2.—El lóbulo inferior o palpebral, es la mitad del tamaño del superior. Los conductos que transportan la secreción de la glándula en número de 12, parten de 2 a 5, del lóbulo orbitario y de 6 a 8 del palpebral. La mayor parte de ellos se abren dentro del saco conjuntival a 4 ó 5 mm. arriba del borde superior del tarso, pero 1 ó 2 usualmente se abren en la región de la comisura lateral.

La inervación de la glándula lagrimal está a cargo de los nervios trigémino, facial y simpático.

Arterias.—Entran por la parte posterior y son: la rama lagrimal de la oftálmica y algunas veces la rama infraorbitaria de la maxilar. Las venas caminan hacia atrás para desembocar en la vena oftálmica superior.

Parece ser que existen anastomosis arterio-venosas presentes en el tejido conectivo periglandular, mientras formaciones polipoides dentro de las arterias pueden ser parte de un mecanismo regulador del flúido de sangre a la glándula (Preto-Parvis 1950-51).

Los linfáticos de la glándula junto con los sistemas linfáticos conjuntivales y palpebrales, desembocan en el ganglio linfático pre-auricular.

Los Conductos Lagrimales comprenden los conductos óseos y los conductos lagrimales membranosos.

Conductos Oseos: 1.—La Fosa Lagrimal.—Yace en la parte baja del reborde interno orbitario, en el hueco formado por el proceso frontal del maxilar en la parte anterior y en la parte posterior por el hueso lagrimal o Unguis; la parte anterior es limitada por la cresta lagrimal anterior del maxilar, la cual se prolonga por la parte inferior con el reborde orbitario inferior, desapareciendo gradualmente hacia abajo. La parte posterior está limitada por la cresta lagrimal posterior del hueso lagrimal o Unguis, que se continúa hacia arriba con el reborde interno orbitario.

La parte anterior de la fosa, formada por el hueso maxilar es fuerte, mientras que la mitad posterior, formada por el hueso lagrimal es delgada y frágil.

2.—*El Canal Lacrimo Nasal.*—Se extiende de la fosa lagrimal al meato inferior, la pared externa está formada por el surco lagrimal del maxilar; la pared interna, que es en extremo delicada, por el proceso descendente del hueso lagrimal y el proceso ascendente del cornete inferior. La abertura superior está formada por la unión del Unguis con el maxilar; la abertura inferior descansa en la unión del 1/3 anterior y ⅔ posteriores del techo del meato inferior, cerca de 16 mm. atrás de la extremidad anterior del cornete inferior y 17 mm. arriba del piso de la fosa nasal, externamente el conducto hace ranura en la pared interna del antro maxilar, presentando en su parte anterior un receso prelagrimal.

Por término medio la fosa mide 6.5 mm. de ancho por 16.5 mm. de longitud. La longitud del canal es de 12.4 mm. con variaciones entre 2.5 y 15 mm. El diámetro transversal es de 4 a 6 mm., mientras que el antero posterior es ligeramente mayor.

Conductos Lagrimales Membranosos.—Comprenden: 1.—Los canalículos lagrimales; 2.—El saco lagrimal y 3.—El conducto lacrimo nasal.—(Figura número 1).

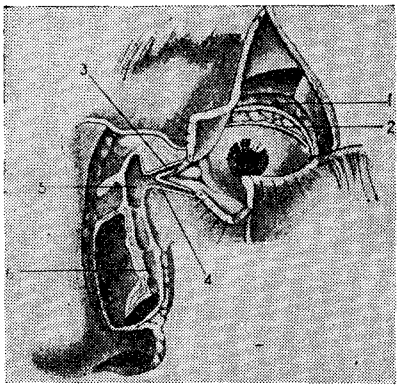

Figura Número 1.

EL APARATO LAGRIMAL

1.—Lóbulo superior de la Glándula Lagrimal.
2.—Lóbulo inferior de la Glándula Lagrimal.
3.—Canalículo Superior.
4.—Canalículo Inferior.
5.—Saco Lagrimal.
6.—Conducto Lacrimo nasal.

1.—*Los Canalículos Lagrimales.*—Comienzan en la Papilla lagrimal, dos prominencias dirigidas ligeramente hacia el ojo y situadas en el borde posterior del margen de cada párpado en la unión de las porciones ciliar y lagrimal. En el vértice de las papillas se encuentran los Puntos Lagrimales, los cuales miden 0.2 a 0.3 mm. de diámetro.

De los puntos lagrimales, el canalículo se dirige hacia el saco lagrimal, cada uno de ellos mide 10 mm. de longitud y tienen dos partes, una vertical y otra horizontal que forman un ángulo recto antes de llegar a la Ampolla.

2.—*El Saco Lagrimal.*—En el cual desembocan los canalículos, está situado en la parte inferior del reborde interno orbitario. Está recubierto completamente por periostio. Este divide la región en dos capas, la profunda adherida al hueso y formando el lecho donde descansa el saco, y la superficial que forma un puente entre la cresta y la fascia lagrimal. El saco está adherido en su parte profunda. Su parte superficial termina en el periostio y está separado de la fascia anterior por un plexo venoso que drena en la vena lagrimal.

En la parte media de su pared lateral existe un divertículo donde el canalículo se vacía, éste es el Seno del Maier, arriba de éste a 3 ó 5 mm. por encima del ángulo interno se encuentra un fondo de saco, el Fundus. Por abajo el saco se continúa directamente con el conducto lacrimo nasal. Estructuralmente el saco y el conducto son similares, pero en su forma varía en el recién nacido en el cual forma un simple tubo y en el adulto que sufre una dilatación en su parte superior en sentido antero posterior, formando ésta, el Saco. Propiamente hablando el Saco lagrimal es la parte que descansa dentro de la órbita.

La luz del saco tiene normalmente una capacidad de 20 mm.^{3}, y puede inyectársele hasta 120 mm^3. En general su forma es de acuerdo a la fosa lagrimal, midiendo 12 mm. de largo, 4 a 8 mm. en sentido antero posterior y 2 a 3 mm. en sentido lateral. Esto

puede comprobarse con radiografías tomadas con medio de contraste (Lipiodol diluído en aceite de oliva) inyectado a través de los canalículos.

Las relaciones del saco dentro la fosa lagrimal son: interna con la mencionada fosa ósea; lateralmente el saco está estrechamente en contacto con el origen óseo del oblicuo inferior, unas pocas fibras de las cuales tienen su origen en la parte lateral de la fascia lagrimal, con la cual el saco tiene una relación inmediata superficial.

La mitad superior de la superficie externa de la fascia lateral lagrimal está cubierta por la parte posterior o profunda del ligamento interno del músculo orbicular de los párpados. Sin embargo, en la parte inferior el ligamento tiene un borde libre, así es que la parte inferior del saco lagrimal con su fascia se extiende abajo de la unión de las partes anterior y posterior de este ligamento.

El septum orbitario está estrechamente relacionado con la fascia lateral lagrimal; arriba está separado de la fascia por la parte superior de la cresta lagrimal posterior y por el origen profundo del músculo pretarsal e inferiormente se funde con la fascia en la parte baja del piso de la fosa lagrimal. Así es que el septum separa las estructuras de la fosa lagrimal de la grasa orbitaria y del ligamento recurrente del recto interno, ambos descansan en la parte adyacente de la propia órbita. Una directa relación de la fascia lagrimal lateral, es el origen profundo de las cabezas superior e inferior del músculo preseptal que se levanta de la fascia arriba y abajo de la abertura del punto lagrimal interno común. El término de Diafragma Lagrimal, sugerido por Jones y Boyden (1955), para designar la fascia lagrimal lateral y la parte posterior del ligamento interno del orbicular de los párpados, es muy apropiado, puesto que enfatiza el importante papel que juegan estas estructuras en el mecanismo del drenaje lagrimal.

3.—*El Conducto Lacrimo Nasal.*—Continúa el saco hacia abajo hasta el meato inferior de la nariz. Se divide en dos partes:

a) La Intra-ósea que se encuentra dentro del canal lacrimo nasal y que mide 12.4 mm. y

b) La Parte Intra-meatal, que mide 5.32 mm., extendiéndose debajo de la terminación del canal óseo y descansando dentro de la membrana mucosa de la pared lateral de la nariz. La abertura inferior—Ostium Lacrimale—varía en posición y forma. Normalmente se encuentra en la parte más anterior de la pared lateral del meato inferior, pero raramente puede encontrarse en el meato medio de la nariz (Geddes 1910). Está situado aproximadamente a 30 ó 40 mm. atrás del borde lateral de la narina anterior (abertura externa de la nariz). La posición del Ostium tiene variaciones considerables, pero usualmente se le encuentra inmediatamente abajo de la unión del cornete inferior con la pared lateral de la nariz, sin embargo, puede encontrarse unos 10 mm. abajo de este punto, de donde la parte más baja en que puede encontrarse es a unos 16 mm. arriba del piso de la nariz. A nivel del Ostium el conducto lagrimal presenta un repliegue de la membrana mucosa que es la Plica Lacrimalis o Válvula de Hasner (1850). Kuribayashi (1956-57) encontró al examen naso lacrimaloscópico, in vivo, que es de forma redonda u oval con diámetro entre 3 ó 4 mm., cuando la válvula está abierta, mientras que está completamente cerrada cuando la válvula está ocluída. Parece existir una relación directa entre la abertura y cierre de los párpados con la abertura y cierre de esta válvula. También impide el paso del aire de la nariz hacia el conducto lacrimo nasal en el momento de sonarse.

La forma del conducto lacrimo nasal varía notablemente, normalmente su luz permanece cerrada, en el momento de distenderse, asume una forma cilíndrica general, con un diámetro aproximado de 4 mm. en el adulto y 2 mm. en el niño.

En el feto es un cordón sólido de células, que se canaliza más tarde. En el recién nacido, hay una marcada irregularidad en su luz con formación de numerosos repliegues y criptas, pero la

mayor parte de estas irregularidades desaparecen gradualmente hasta que en el adulto se torna regular, con excepción de algunos pequeños divertículos, los cuales ordinariamente son: a) Válvula de Bochdalek; b) Válvula de Faltz; c) Válvula espiral de Hyrtl; d) Válvula de Krause (Béraud); e) Plica lacrimalis o válvula de Hasner (Horner, Bianchi o Cruveilhier); f) Válvula de Rosenmuller (Hushka); g) Seno de Arlt; h) Seno de Maier; i) Válvula de Taillefer, los cuales se encuentran distribuídos desde los puntos lagrimales hasta el Ostium.

Irrigación del Aparato Lagrimal.—Las arterias que nutren el aparato lagrimal son:

1.—De la Arteria Oftálmica:

a) La arteria palpebral superior interna que irriga el saco.

b) La arteria palpebral inferior interna que irriga el conducto.

2.—De la rama angular de la arteria facial, que nutre el saco y el conducto.

3.—De la arteria Maxilar Interna:

a) La arteria Infra-orbitaria que irriga la parte baja del saco y la parte superior del conducto.

b) La rama Nasal de la Esfenopalatina, la cual irriga la parte inferior del conducto.

Sistema Venoso.—El plexo venoso que existe en la membrana mucosa, drena hacia arriba a las venas angular y orbitaria inferior, hacia abajo por medio de las venas esfeno-palatinas hacia el plexo Pterigoideo y la vena maxilar interna. Pequeñas vénulas pasan del plexo alrededor del saco lagrimal, a través del saco lagrimal o la sutura lacrimo nasal en el piso de la fosa lagrimal hacia la submucosa de las celdas etmoidales anteriores.

Los Vasos Linfáticos.—Los del saco acompañan a la vena facial hacia los ganglios linfáticos submaxilares, después los conductos reúnen los vasos linfáticos de la nariz con los de los labios para finalizar en los ganglios submaxilares, esto en la parte anterior; por atrás a través del sistema retrofaríngeo, terminan en los ganglios cervicales profundos.

Inervación del Aparato Lagrimal.—Los nervios del Aparato Lagrimal son:

1.—*Nervios Sensoriales.*—Derivan del nervio Trigémino; el canalículo, el saco y la parte superior del conducto están inervados por la rama infratroclear del nervio naso-ciliar (división oftálmica del trigémino) y la parte inferior del conducto está inervada por el nervio alveolar antero superior (división maxilar del trigémino). La inervación sensorial de los canalículos es abundante, particularmente en sus porciones horizontales. Las fibras son meduladas y terminan en el tejido conectivo en forma contorneada o no contorneada, sin la formación de corpúsculos terminales. La terminación contorneada de los nervios parece ser peculiar de la región del canalículo lagrimal y en el borde del párpado. Las terminaciones nerviosas llegan, unas cerca de las células epiteliales y otras parecen terminar dentro de dichas células.

2.—*Nervios Motores.*—Derivan de las ramas del nervio facial que inervan el orbicular; son fibras meduladas que terminan dentro de los músculos colindantes.

3.—*Nervios Simpáticos.*—Derivan del simpático que va hacia la órbita y no son medulados.

III.---FISIOLOGIA

EL MECANISMO LAGRIMAL
(EL BOMBEO O BOMBA LAGRIMAL)

El flujo de las lágrimas a través del aparato lagrimal no es un proceso pasivo, como fue originalmente descrito por Petit (1734-44), sino que es el resultado perfecto y balanceado de una intercomunicación de fuerzas activas, un mecanismo que muy bien puede ser llamado El Bombeo Lagrimal. Es verdad, como fue sugerido por Molinelli (1773) y Weber (1863), que la atracción capilar a través del punto lagrimal puede tener un efecto dragante de las lágrimas; pero la fuerza motora esencial, parece estar en la actividad muscular que actúa sobre los canalículos y el saco. Observaciones radiográficas han mostrado los cambios volumétricos que ocurren en el saco a la compresión del músculo orbicular (Ploman 1928), sin embargo, esto ha suscitado algunas controversias. La mayor parte de los autores, han seguido la teoría inicial de Arlt (1855-63) y aceptada por muchos observadores como Weber y Aubaret, que la contracción de este músculo, particularmente el músculo de Horner que al comprimir el canalículo y saco en el cierre de los párpados obliga a las lágrimas a salir hacia el conducto; en contraposición a lo anterior, otros autores dicen que ese mecanismo es anatómicamente imposible, lo que ocurre, según éstos es que con el cierre de los párpados, se dilata el saco y succiona las lágrimas de la conjuntiva, mientras que en una relajación muscular, el saco contraído por su propia elasticidad, conduce las lágrimas hacia abajo.

Parece, sin embargo, que esta razonable teoría, fue desechada por Jones y Boyden (1955) como resultado de sus cuidadosas disecciones anatómicas. Según estos autores, el cierre de los párpados va asociado con una contracción de los tendones profundo y superficial de las partes superior e inferior pretarsal del músculo palpe-

bral (músculo de Horner), produciendo un cierre parcial de la ampolla y un acortamiento de los canalículos en ambos párpados, que precipita el flujo lagrimal dentro del saco. El mismo movimiento muscular está asociado con una contracción de los tendones profundos de las partes superior e inferior preseptal del músculo palpebral, de donde resulta un movimiento lateral del diafragma lagrimal, con una dilatación del saco. Al contrario de lo anterior, la abertura de los párpados está asociada a un mecanismo opuesto —una abertura de la ampolla, alargamiento de los canalículos y un movimiento hacia adentro del diafragma lagrimal, resultando de ello una compresión del saco—. Alternándose estos movimientos de los canalículos y el saco lagrimal, dan como resultado la impresión de una peristalsis (Nagashima 1958). Según esto, el cierre de los párpados está asociado al forzamiento y aspiración de las lágrimas a la ampolla y canalículos dentro del saco y la abertura de los párpados origina la conducción de las lágrimas del saco hacia el conducto lacrimo nasal. El paso de las lágrimas del conducto lacrimo nasal a la nariz, es generalmente aceptado como un proceso pasivo resultante de la acción de bombeo puesta en juego. La entrada final de las lágrimas dentro de la nariz, es facilitada por la abertura de la válvula de Hasner, la cual como hemos mencionado se dilata sincrónicamente con la abertura de los párpados; un alargamiento del saco está asociado con el cierre de la válvula (de donde proviene la aspiración del flúido de la nariz), mientras que una contracción del saco va acompañada de una abertura de la válvula, acción que facilitará la salida de las lágrimas del conducto lacrimo nasal al meato (Aubaret 1910).

Las lágrimas son una solución de cloruro sódico al 12.5 por mil, ligeramente albuminosa, tienen por objeto lubricar el ojo, facilitando el deslizamiento de los párpados e impidiendo que la córnea se deseque. Contienen además un fermento, la lisozyma, que parece tener propiedades protectoras contra la infección.

IV.—PATOLOGIA

Cuando existe un obstáculo al drenaje normal de las lágrimas en cualquiera de sus estructuras, se inicia el proceso patológico. Los puntos de elección para las estrecheces son: la unión de los canalículos, la unión del saco con el conducto lacrimo nasal y la abocadura de dicho conducto a la nariz. La estrechez en los puntos lagrimales, se excluye, pues aisla el saco, haciéndolo perder su función colectora. En los otros puntos, no pudiendo pasar el flujo lagrimal, se estanca en el saco, lo cual al cabo de cierto tiempo produce una ectasis del mismo. El estancamiento y la temperatura del saco favorecen la proliferación de microbios, que ordinariamente llegan desde los fondos de saco conjuntivales, esto junto con las toxinas bacterianas producen una inflamación catarral de la mucosa.

Esta infección es lo que constituye la Dacriocistitis, la cual puede dividirse así:

Por su etiología: Congénita y adquirida.

Por su naturaleza: Aguda: Pericistitis, Supurativa y Flegmonosa.

Crónica: Catarral, Mucocele lagrimal y Supurativa.

La disminución de la secreción lagrimal puede ser, aunque muy raro, de origen congénito. Se observa asimismo, en ciertas fiebres graves y el cólera. En el bocio exoftálmico y en la tabes dorsal alternando con períodos de hipersecreción. En la diabetes, se observa cierta sequedad de la conjuntiva. En las parálisis del facial que afecta el tronco nervioso antes de la salida del petroso mayor superficial. En la xerosis conjuntival se observa por atrofia de la glándula y de la mucosa en general. Lo mismo ocurre en la queratoconjuntivitis sicca o síndrome de Sjoegrem. El mismo fenómeno suele observarse en la lepra y en el botulismo.

Ahora bien, no cabe duda que el síntoma capital de la patología lagrimal es el lagrimeo, el cual puede ser de dos tipos: el activo o por hipersecreción y el pasivo o por hipoexcreción. El primero ocurre por ejemplo en el llanto por emoción moral, lagrimeo psíquico, característico de la especie humana; en ciertos estados fisiológicos y hasta neuropáticos, como tabes dorsal, bocio exof-

tálmico, histerismo, embarazo, en los cuales la hipercrinia es independiente de todo acto emotivo del sujeto. Aquí podemos también incluir el efecto producido por gases irritantes, por procesos inflamatorios de los senos paranasales y asociado a diversos actos como el estornudo, bostezo, tos, etc.

El que nos interesa, dado el tema de que trata el presente trabajo, es el lagrimeo producido por una HIPOEXCRECION, el cual es producido por la falta de impulsión de la lágrima o bien porque los puntos lagrimales no bañen en el lago lagrimal, o, en fin (la causa más frecuente), por obstáculos a la marcha de las lágrimas en todo el curso de las vías de desagüe. Entre las causas principales están la parálisis del facial que produce ectropión del párpado inferior y parálisis del músculo de Horner, la desviación de los puntos lagrimales, ya por la causa anterior o bien por lagoftalmos, ectropión senil, exoftalmos o de otro origen, etc.

Las estrecheces en los diferentes puntos del aparato lagrimal pueden ser congénitas o debidas a procesos inflamatorios. Además de ello cabe mencionar las deformaciones nasales o del seno maxilar, lesiones del mismo conducto o que descienden del saco o que ascienden de la mucosa nasal (poliposas, neoplásicas, inflamatorias, etc.)

Exploración Clínica del Aparato Lagrimal Excretor.—En el lagrimeo pasivo o por hipoexcreción, el líquido se acumula en el borde libre del párpado inferior y en la parte del globo ocular que se encuentra inmediatamente por encima. Si la cantidad de líquido es mayor, rebasa el borde libre y se vierte sobre el párpado y la mejilla (epífora). Además, se produce una conjuntivitis crónica porque a consecuencia del estancamiento de lágrimas, la flora microbiana exalta su virulencia. Los distintos procedimientos de exploración son:

1º—Presión con el dedo índice sobre la región del saco lagrimal. En condiciones ordinarias, en fases iniciales de las dacriocistitis crónicas, en las cuales no hay secreción anormal del saco, así como, cuando hay obstrucción de los puntos o canalículos lagrimales, no sale nada del saco. Cuando existe secreción, mucosa o mucopurulenta, pueden ocurrir varios casos: a) El saco se vacía y su contenido sale por los puntos lagrimales; b) El líquido se vierte en la fosa nasal, saliendo por la abertura de la nariz, si el sujeto

inclina la cabeza hacia adelante; c) El líquido sale tanto por arriba como por abajo; en estos tres casos, si el saco hace relieve, desaparece éste; y d) El saco no se vacía y el relieve, que en este caso siempre existe, no desaparece.

2º—Instilación en el saco conjuntival de un colirio colorante (Argirol del 2 al 5%), aparece, después de unos momentos en la nariz, lo cual se evidencia al sonarse el enfermo: este procedimiento indica que no hay obstrucción.

3º—Las inyecciones de agua o de suero fisiológico esterilizado son un excelente medio de diagnóstico, empleándose para ello una jeringa especial de vías lagrimales y agujas rectas o incurvadas. Puede ocurrir lo siguiente: a) El líquido sale limpio por la nariz en la misma cantidad que se ha inyectado, lo cual demuestra una perfecta permeabilidad en las vías lagrimales; b) Si el líquido sale por la nariz, pero turbio, indica inflamación catarral o purulenta de las vías, especialmente del saco; c) El líquido sale con dificultad y turbio por la nariz y al mismo tiempo por el punto lagrimal superior, indicando una estrechez de las vías; d) El líquido no sale por la nariz y sí por el punto lagrimal superior, tratándose en este caso de una inflamación crónica del saco y de una obstrucción del conducto nasal; e) El líquido refluye por el mismo orificio por el que es inyectado, por obstrucción del canalículo correspondiente; y f) Cuando existe ectasia del saco que todavía no es visible al exterior se pone de manifiesto por la presión dilatadora del líquido.

4º—El sondeo, otro recurso importante para el diagnóstico de estas afecciones, se realiza con sondas especiales de plata (sondas de Bowman). Para practicar el tercero y este cuarto procedimientos, se hace previa instilación de unas gotas de solución de cocaína al 3% y si los puntos lagrimales están estrechados, antes de proceder a las maniobras se hace dilatación con el cono metálico especial para dilatar el punto lagrimal. Los tiempos del sondeo son: a) Verticalmente abajo en la longitud de 1 mm.; b) Apoyándose en el sitio en que el canalículo cambia de dirección, se hace girar la sonda unos 90° hacia abajo y afuera, colocándose la sonda en

posición horizontal, todo esto teniendo el párpado inferior tirante, se desliza la sonda hasta sentir la resistencia que le ofrece el unguis a través de la pared interna del saco; c) Sin perder el contacto con esta pared interna, pero dejando ya de tirar el párpado se gira hacia arriba y adentro otros 90°, de modo que la sonda se dirija ahora hacia abajo y algo afuera. Si existiera pus en las vías lagrimales, no es prudente sondear o si se realiza es indispensable practicar antes un lavado que arrastre la secreción. Los datos proporcionados por estos distintos procedimientos nos indican más o menos el sitio aproximado de la estrechez. Si el extremo de la sonda no penetra hasta la pared interna del saco, indica que el obstáculo existe en el canalículo. El saco sólo excepcionalmente se encuentra obstruído por secreción espesa, por bridas cicatriciales o por masas de hongos o cuerpos extraños.

5º—La radiografía, previa la inyección de las vías lagrimales con lipiodol o con la papilla de óxido de torio, es otro procedimiento de exploración importante del aparato lagrimal.

En cuanto a la naturaleza de la estrechez hay que agregar que las inflamatorias tienen por origen, si son agudas, el neumococo y el estreptococo y si son crónicas la tuberculosis y la sífilis.

Afecciones de la Región del Saco Lagrimal.—Pueden ser: tumoraciones, inflamaciones o ectasias del saco y excepcionalmente de algunos de los conductillos. Neoplasias y estrecheces de las vías lagrimales.

La tumoración inflamatoria o sea la Dacriocistitis, clínicamente, es siempre una afección crónica interrumpida por una serie de episodios de agudización, evolucionando de este modo: 1º—Lagrimeo intermitente, que luego se hace continuo; si se presiona sobre el saco no sale nada todavía por los canalículos, más tarde la depresión ligera del saco se aplana y después se hace ligeramente convexa por distensión de su pared, y da lugar a la salida de una pequeña cantidad de exudado, el cual es al principio mucoso, des-

pués mucopurulento y al fin francamente purulento (período de Dacrioblenorrea). El saco puede aumentar de tamaño en forma considerable (período de ectasia) y en estas circunstancias por una corriente de aire frío o sin causa aparente, puede sobrevenir la inflamación aguda (Dacriocistitis Aguda y Pericistitis), aparece entonces una tumoración inflamatoria, con edema de los párpados, especialmente del inferior y en los casos intensos invade el dorso de la nariz, los párpados del lado opuesto y las regiones malar y del carrillo del lado de la afección. Existe dolor exquisito por la presión del dedo a nivel del saco. A veces hay fiebre y síntomas generales. La afección puede terminar por reabsorción, quedando, después de desaparecer la inflamación, la afección crónica, con predisposición a nuevos brotes. Puede terminar también por supuración, constituyéndose el flemón lagrimal que se abre al exterior, ya sea espontáneamente o bien por el cirujano. Cuando el flemón se ha abierto puede dar origen a fístulas por las cuales el saco se vacía con intermitencias irregulares. La afección es frecuentemente catarral transmitida desde la fosa nasal o desde la conjuntiva, siendo las agudizaciones generalmente de origen estreptocócico o neumocócico. Siendo el muco-pus de la dacriocistitis crónica un cultivo de neumococos hace la afección sumamente peligrosa para la córnea, ya que el más pequeño traumatismo puede producir una queratitis purulenta.

Cuando se obstruyen simultáneamente los orificios de entrada de los canalículos lagrimales en el saco y en la unión de éste con el conducto nasal, se distiende dicho saco, constituyéndose un mucocele: tumor redondeado, fluctuante, sobre el que la piel se desliza adelgazada y cuyas dimensiones varían, desde la de una avellana a la de una nuez. Son verdaderos quistes llenos de un líquido viscoso con gran cantidad de gérmenes.

V.---TRATAMIENTO MEDICO

El tratamiento médico de la afección está encaminado principalmente a suprimir las fases agudas o de reagudización de la enfermedad y prepararla para la intervención quirúrgica. Existen muchos recursos terapéuticos, idénticos a las maniobras que hemos descrito en la exploración clínica de la enfermedad.

En el comienzo de la afección lagrimal, denunciado únicamente por epífora, puede usarse un colirio astringente de sulfato de zinc al 1% en solución de clorhidrato de adrenalina al 1‰, instilado una o dos veces al día, siempre que su origen sea la tumefacción de los puntos y canalículos lagrimales, por propagación a ellos de una conjuntivitis. Cuando el lagrimeo es una consecuencia de una rinitis catarral que obstruye el paso lagrimal a nivel de la mucosa de la nariz, el tratamiento será puramente rinológico.

Cuando la afección se encuentra ya en el saco lagrimal y en el conducto lacrimo nasal y si en este último aún no hay bridas fibrosas, sino únicamente tumefacción de la mucosa y exudados que obliteran su luz, ciertos autores aconsejan la inyección de un colirio antibiótico, previa instilación de una pequeña cantidad de solución de cocaína-adrenalina, que prepara el terreno anestesiando e isquemiando.

Si a pesar de ello y aún suprimido el pus, el líquido no sale por la nariz, se procede al sondeo y lavado del conducto y saco con suero fisiológico.

Punto importante en el tratamiento será hacer cultivo de la secreción, así como sensibilidad a antibióticos y entonces usar el específico y efectivo, tanto local como parenteralmente.

El tratamiento médico, tan sólo muy rara vez puede proporcionar la curación de esta enfermedad, a no ser en la impermeabilidad de las vías lagrimales inferiores, de carácter puramente funcional, en cuyo caso, pueden obtenerse buenos resultados, librando al paciente de las molestias inherentes a la epífora.

Cuando la impermeabilidad es de carácter permanente, el único tratamiento lógico es el quirúrgico.

VI.—TRATAMIENTO QUIRURGICO

Si no se logra suprimir la supuración y tuviera que hacerse una operación urgente de iridectomía antiglaucomatosa, de catarata, etc., entonces para suprimir el foco séptico, tendrá que recurrirse a la extirpación del saco lagrimal.

Si se logra suprimir la supuración, pero no el lagrimeo, a causa de que tratamientos anteriores no logren desobstruir el conducto nasal, caben aún dos recursos: 1º—La extirpación de la glándula lagrimal, operación que se practica en casos excepcionales, por producir una conjuntivitis sicca e hiperhemia al privar al globo ocular de la asepsia mecánica que el barrido de las lágrimas representa y 2º—La Dacriocistorrinostomía, tratamiento de elección, que como hemos dicho se hace por vía cutánea o nasal, estableciéndose una comunicación entre el saco y la fosa nasal, prescindiendo del conducto lacrimo nasal. Es precisamente una aportación técnica a esta operación, el punto medular del presente trabajo.

1.—INDICACIONES OPERATORIAS

a) Epífora crónica.
b) Impermeabilidad permanente de las vías lagrimales, a partir del canalículo lagrimal común.

2.—CONTRAINDICACIONES

a) Dacriocistitis aguda.
b) Dacriocistitis que excepcionalmente ha cedido con otros procedimientos satisfactorios.
c) Malignidad del saco lagrimal.
d) Supuración crónica del saco con abscesos recurrentes u osteomielitis del hueso lagrimal.
e) Infección fungosa con o sin fístula lagrimal.
f) Obliteración incurable del conducto lacrimo nasal con epífora en personas de edad.
g) Dacriocistitis crónica, cuando una operación de emergencia intraocular está pendiente.
h) Ulcera serpiginosa o hipopión asociados a dacriocistitis.

3.—PRE-OPERATORIO

a) Exámenes de rutina: Recuento y fórmula leucocitaria, heces, orina, tiempo de coagulación y sangría, cardiolipina, eritrosedimentación química sanguínea con dosificación de cloruros, urea y glucosa.
b) Evaluación del estado rinológico del paciente.
c) Radiografías de senos paranasales, especialmente en lo que se refiere a las celdillas etmoidales.

En el Servicio de Oftalmología de Hombres del Hospital General, además de lo anterior, rutinariamente y como pre-operatorio inmediato ordenamos lo siguiente: el día antes de la operación, vitamina K 10 mlgr. I. M., vitamina C 500 mlgr. o 1 gr. I. M. o I. V., limpieza del área a operar, sedación con las dosis apropiadas de barbitúricos o ataráxicos a las 20 horas y repitiendo la dosis el día de la operación a las 6 horas, lavado de boca antes de llevar al paciente a Sala de Operaciones y hacer que el paciente orine antes de la operación.

4.—ANESTESIA

a) Instilación local (colirios de adrenalina al 1‰, fenilefrina al 0.5 ó 1%, Holocaína al 2%, Cocaína del 2 al 5%).
b) Infiltración profunda subcutánea, bloqueando los nervios infratroclear e infraorbitario (Novocaína al 2 ó 4%, Scurocaína al 2%, etc.)
c) Anestesia de la mucosa nasal por taponamiento con gasa húmeda de solución de cocaína al 5% y adrenalina al 1‰ o fenilefrina al 0.5 ó 1%.
d) Ultimamente hemos usado nebulización de cocaína al 10% e instilación de II a III gotas de fenilefrina al 0.5% en el lado a intervenir.

5.—TIEMPOS OPERATORIOS

a) *Incisión.*—Estando el ojo cerrado, se practica la incisión a 4 ó 5 mm. de la comisura interna. Conviene que sea ligeramente cóncava hacia afuera, empezando a unos 5 ó 6 mm. por encima del ángulo interno del ojo y descendiendo hasta totalizar unos 15 mm. aproximadamente.

b) *Disección de los planos superficiales.*—Con una espátula fuerte y roma se efectúa la separación del tejido celular subcutáneo, fascia, fibras del orbicular y todo el plano muscular adyacente hasta llegar al periostio. En la parte superior del trayecto, se encuentra el tendón recurrente del orbicular en su inserción en la cresta lagrimal anterior. Con la ayuda de la misma espátula o de una rugina apropiada, se hace la disección hasta dejar completamente visible el plano óseo. La colocación del separador de Müller, Arruga, etc., facilitará la maniobra y ayudará a cohibir la hemorragia.—(Figura Nº 2).

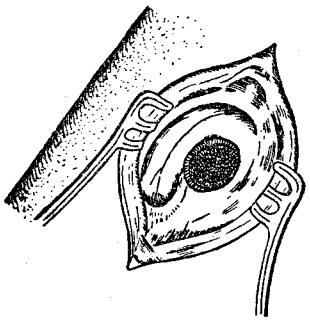

Figura Número 2.

c) *Disección del saco lagrimal.*—Se corta el tendón recurrente del orbicular a ras de su inserción en la cresta lagrimal anterior, atrás del cual aparece el saco lagrimal. Valiéndose de la espátula y de una pequeña porción de gasa simple, introducimos esta última entre el saco y el conducto lagrimal óseo, logrando con esta sencilla maniobra (Amaya), la perfecta separación del canal lagrimal en su lecho.

d) *Incisión del saco.*—Se efectúa con bisturí a nivel de la parte interna del saco lagrimal. La ampliación de la misma puede hacerse hacia arriba y abajo con tijeras hasta llegar al extremo superior e inferior del saco. Esta amplia incisión (Amaya), permite con la ayuda de una sonda de Bowman introducida por el punto lagrimal (superior o inferior, según los casos), reconocer perfectamente la

desembocadura de los canalículos lagrimales en el saco. A continuación se hace la resección total de la pared interna (a partir de la incisión inicial) y el segmento medio interno de la pared posterior del saco. Comprobada la integridad y la permeabilidad se procede al siguiente tiempo operatorio.

e) *Perforación del hueso.*—Se efectúa por medio del trépano empujándolo con presión prudente e imprimiéndole una ligera rotación en sentido circular.

Para no lesionar la pituitaria se recomienda laborar con prudencia y retirar el trépano en cuanto cesa la resistencia ósea. Dada la gran variabilidad del espesor del hueso, no puede darse indicaciones precisas sobre la profundidad de acción de los trépanos. El botón óseo así obtenido, se levanta con la espátula actuando en forma de palanca.

Con fresas cilíndricas o esféricas se procede a redondear y biselar los bordes del agujero óseo, maniobra beneficiosa que facilita la aproximación de la pituitaria al saco lagrimal en un tiempo posterior.

f) *Incisión de la pituitaria.*—Con la ayuda del bisturí y mejor con un cuchillete de Graefe (usado), siguiendo a ras el borde inferior del agujero óseo, se efectúa la incisión de la pituitaria (en media circunferencia) contorneando dicho borde de III a IX (sentido del movimiento de las agujas del reloj) (paciente en decúbito dorsal), con lo que se logra un amplio colgajo pituitario (Amaya). —(Figura número 3).

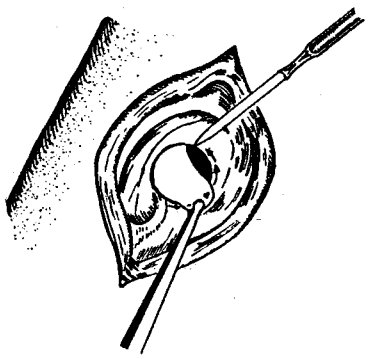

Figura Número 3.

g) *Sutura.*—Con aguja curva y seda negra (cuatro ceros), se empieza la sutura atravesando del plano superficial al profundo y comenzando por la parte interna nasal de la incisión cutánea (aproximadamente 5 mm. del borde cutáneo interno) : la piel y el plano muscular, la pituitaria (extremo inferior del colgajo mucoso) y con la misma sutura y sin interrupción y al mismo nivel, se atraviesa también el extremo inferior del labio externo (pared externa) del saco lagrimal de fuera a adentro. Ininterrumpidamente (y yéndonos hacia arriba), se continúa con un punto en "U" para salir de dentro a afuera (profundo a superficial) por el extremo superior de esta misma pared externa del saco. Continuamos la sutura (de dentro a afuera) y por la misma correspondencia a la pituitaria, atravesando nuevamente los planos musculares, para salir finalmente a la piel en la parte nasal a 5 ú 8 mm. del punto inicial. En un SOLO RECORRIDO se han atravesado todos los planos y estructuras en mención (Amaya).—(Figura Nº 4).

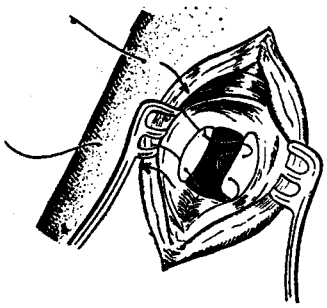

Figura Número 4.

Se anuda a nivel de la piel los dos extremos del hilo, haciendo una ligera presión para la mejor coaptación de las estructuras, logrando la formación de un puente que permite el paso de la secreción lagrimal como lo hace un río por debajo de un puente cualquiera.

h) *Sutura de los planos superficiales.*—Se logra la coaptación de los planos musculares con puntos separados de catgut simple, y la sutura de la piel con puntos de seda interrumpidos o continuos.

6.—POST-OPERATORIO

a) Una pequeña gasa enrollada se coloca comprimiendo la región del saco operado.

b) Se aplica un vendaje ligeramente compresivo a nivel de la región operada, aplicando sobre la piel pomada antiséptica o antibiótica para evitar la adherencia del mismo.

c) Se deja un empaque o taponamiento nasal, del lado operado, de gasa envaselinada durante las primeras 12 ó 24 horas de la intervención.

d) Reposo durante el primer día.

e) Antibióticos parenterales según criterio.

f) Analgésicos por vía oral o parenteral según necesidad.

g) El vendaje compresivo se quita a las 48 horas, realizándose la primera curación.

h) Puede sentarse y levantarse el paciente a partir del 2º día.

i) Fenilefrina nasal, solución al 0.5 ó 1% cada 4 horas.

j) Es aconsejable la no ingestión de alimentos calientes durante los 3 primeros días.

k) La sutura cutánea se quita a los 8 días.

l) El punto de sostén del puente mucoso se quita a los 12 ó 15 días.

m) Exploraciones y controles operatorios se harán a los 15 días y posteriormente, según necesidad.

VII.---REVISION DE CASOS OPERADOS

CASO NUMERO 1

Historia Clínica Número 56,583-59.—F. N. R., Agricultor de 70 años. Ingreso: 2 de Noviembre de 1959. Dx.: Ectropión párpado inferior y Dacriocistitis Crónica O. I. Tratamiento: 5 de Enero de 1960: Dacriocistorrinostomía O. I. (Dr. W. A. A.) Egreso: 18 de Enero de 1960. Resultado: Curado, con vías lagrimales permeables.

CASO NUMERO 2

Historia Clínica Número 62,623-59.—A. A. B., Albañil de 59 años. Ingreso: 5 de Enero de 1960. Dx.: Dacriocistitis Aguda O. D. Tratamiento Médico con antibióticos y cura local. 19 de Enero de 1960, Dacriocistorrinostomía O. D. (Dr. W. A. A.) Egreso: 30 de Enero de 1960. Resultado: Curado.

CASO NUMERO 3

Historia Clínica Número 10,587-60.—J. N. P., Agricultor de 17 años. Ingreso: 25 de Mayo de 1960. Dx.: Dacriocistitis Crónica y Fístula del conducto lagrimal O. D. Tratamiento: 31 de Mayo de 1960, Dacriocistorrinostomía O. D. Egreso: 6 de Junio de 1960. Resultado: Curado.—(Dr. W. A. A.)

CASO NUMERO 4

Historia Clínica Número 11,503-60.—A. C. E., Oficinista de 71 años. Ingreso: 1º de Junio de 1960. Dx.: Dacriocistitis Crónica A/O. Tratamiento: Dacriocistorrinostomía O/D.—(Dr. W. A. A.) Egreso: 12 de Junio de 1960. Resultado: Curado.

CASO NUMERO 5

Historia Clínica Número 18,776-60.—E. M. L., Albañil de 52 años. Ingreso: 22 de Septiembre de 1960. Dx.: Dacriocistitis Crónica O. D. Tratamiento: 4 de Octubre de 1960. Dacriocistorrinostomía O. D.—(Dr. W. A. A.) Egreso: 14 de Octubre de 1960. Resultado: Curado.

CASO NUMERO 6

Historia Clínica Número 21,210-60.—T. L. O., Sastre de 35 años. Ingreso: 9 de Noviembre de 1960. Dx.: Dacriocistitis Crónica O. D. Tratamiento: 14 de Noviembre de 1960. Dacriocistorrinostomía O. D.—(Dr. W. A. A.) Egreso: 21 de Noviembre de 1960. Resultado: Curado.

CASO NUMERO 7

Historia Cínica Número 23,645-56.—M. T. P., Ama de su casa, de 48 años. Ingreso: 20 de Marzo de 1961. Dx.: Dacriocistitis Crónica O. D. Tratamiento: 23 de Marzo de 1961. Dacriocistorrinostomía O. D.—(Dr. W. A. A.) Egreso: 2 de Abril de 1961. Resultado: Curada.

CASOS NUMEROS 8 Y 9

Historia Clínica Número 06,071-61.—P. M. G., Agricultor de 49 años. Ingreso: 10 de Abril de 1961. Dx.: Dacriocistitis Crónica A. O. Tratamiento: 13 de Abril de 1961, Dacriocistorrinostomía O. D.; 25 de Abril de 1961: Dacriocistorrinostomía O. I.—(Dr. W. A. A.) Egreso: 5 de Mayo de 1961. Resultado: Curado. Reingreso: 7 de Junio de 1961 por epífora en O. I. Diagnóstico: Estenosis conducto lagrimal O. I. Tratamiento: Dilataciones y

lavados con suero fisiológico, así como fenilefrina al 1% intranasal. Egreso: 21 de Junio de 1961. Resultado: Curado.

CASO NUMERO 10

Historia Clínica Número 08,756-55.—J. A. H., Albañil de 65 años. Ingreso: 21 de Abril de 1961. Dx.: Dacriocistitis Aguda O. I. Tratamiento Médico con antibióticos y cura local. 27 de Abril de 1961 Dacriocistorrinostomía O. I.—(Dr. W. A. A.) Egreso: 5 de Mayo de 1961. Resultado: Curado.

CASO NUMERO 11

Historia Clínica Número 15,127-61.—A. G. A., Zapatero de 15 años. Ingreso: 21 de Agosto de 1961. Dx.: Dacriocistitis O. I. Tratamiento: Dacriocistorrinostomía O. I.—(Dr. W. A. A.) el 5 de Septiembre de 1961. Egreso: 11 de Septiembre de 1961. El paciente por una rinitis catarral aguda resulta con una estenosis superficial del conducto lagrimal. Se hace tratamiento ambulatorio con dilataciones y lavados de las vías lagrimales. Resultado: Curado.

CASO NUMERO 12

Historia Clínica Número 33,439-55.—C. C. R., de 7 años de edad. Ingreso: 1º de Octubre de 1961. Dx.: Dacriocistitis Crónica O. D. Tratamiento: Dacriocistorrinostomía O. D.—(Dr. W. A. A.) el 12 de Octubre de 1961. Resultado: Curado.

CASO NUMERO 13

Record 3,225.—R. E. de 30 años. Ingreso: 23 de Abril de 1961. Dx.: Obstrucción de vías lagrimales post-traumatismo de la nariz. Tratamiento: Dacriocistorrinostomía O. I.—(Dr. W. A. A.) el 25 de Abril de 1961. Resultado: Curado.

CASO NUMERO 14

Record 3,409.—G. de P. de 63 años. Ingreso: 15 de Julio de 1961. Dx.: Dacriocistitis crónica O. I. Tratamiento: Dacriocistorrinostomía O. I.—(Dr. W. A. A.) el 17 de Julio de 1961. Resultado: Curado.

CASO NUMERO 15

Record 3,527.—C. I. de 27 años de edad. Ingreso: 21 de Septiembre de 1961. Dx.: Dacriocistitis Crónica O. I. Tratamiento: Dacrioscistorrinostomía O. I.—(Dr. W. A. A.) el 23 de Septiembre de 1961. Resultado: Curado.

CASO NUMERO 16

Record 3,564.—L. C. de 42 años. Ingreso: 17 de Octubre de 1961. Dx.: Dacriocistitis Crónica O. I. Tratamiento: 19 de Octubre de 1961, Dacriocistorrinostomía O. I.—(Dr. W. A. A.) Resultado: Curado.

VIII.---CONCLUSIONES

1ª—El tratamiento de elección en la Dacriocistitis Crónica, es quirúrgico.

2ª—La técnica empleada facilita la intervención.

3ª—Sin pretender ser la más anatómica, los resultados altamente satisfactorios, la hacen aconsejable.

4ª—La formación del puente muco-mucoso y músculo-muscular, deja amplitud suficiente para un sondeo posterior en caso de recidiva.

5ª—El sondeo lacrimo nasal se facilita por haberse conseguido con esta técnica, una comunicación más directa entre las formaciones anatómicas vecinas.

6ª—Por considerarla una comunicación previa, dejamos a futuras estadísticas la discusión final.

CÉSAR AUGUSTO LÓPEZ BARILLAS.

Vº Bº,
DR. J. MIGUEL MEDRANO,
Asesor.

Imprímase,
DR. ERNESTO ALARCÓN B.,
Decano.

IX.—BIBLIOGRAFIA

Arruga, H.—"Cirugía Ocular", 1959.

Berens, Conrad, M. D., F. A. C. S. and King Jr., John H., M. D., F. A. C. S.—"An Atlas of Ophthalmic Surgery", 1961.

Bonaccolto, G.—"Dacryocystorhinostomy with Polyethylene tubing: a simplified technic", 1957.

Callahan, A. C.—"Surgery of the eye.—Diseases", 1956.

Carreras Durán, Buenaventura y Carreras Matas, Buenaventura.—"Introducción a la Oftalmología", 1956.

Elder, Sir Stewart Duke, G. C. V. O., F. R. S. and Kenneth C. Wybar, B. Sc. M. D., Ch. M., F. R. C. S.—"The Anatomy of the visual system", Vol. II of "System of Ophthalmology", 1961.

Fuchs, Ernst, Fuchs, Adalbert.—"Oftalmología", 1958.

Gray, Henry.—"Anatomía Humana", XXVIII Edición, 1942.

Márquez, Manuel.—"Oftalmología Especial Teórica y Clínica" 1952.

Maggiore, Luis.—Traducción de Angel Moreu González Pola.—"Manual de Oftalmología", 1953.

Morales M., Ana María.—"Dacriocistorrinostomía en la Infancia", Tesis de Graduación, 1956.

Testut, L. y Latarjet, A.—"Tratado de Anatomía Humana", IX Edición, 1958.

Valiere-Vialeix, V. — "Pathologie de L'Appareil Lacrymal", "Traité D'ophtalmologie", 1939.

Oftalmología de Hombres del Hospital General.—Archivos, 1960-1961.