

## Nuestra experiencia en la dacriocistorrinostomía

*Dres. Angel y Ramón Sánchez-Palencia Relaño*

*Servicio de Oftalmología del Hospital Provincial de Jaén*

Nosotros utilizamos sistemáticamente en la dacriocistorrinostomía (D. C. R.) la técnica del profesor DÍAZ-CANEJA, de quien la aprendimos durante nuestros tres años de estancia en su servicio de oftalmología de la Casa Salud de Valdecilla, y la practicamos sistemáticamente por convencimiento, no por rutina, ya que esta técnica tiene la ventaja sobre todas las demás de la sencillez, cosa que, a nuestro modo de ver, es lo primero que todo cirujano, por muy hábil que sea, debe de buscar al decidirse por un determinado procedimiento quirúrgico, siempre que esta sencillez sea compatible con un buen resultado anatómico y funcional. Hace meses, pasamos en Barcelona unos días, y allí tuvimos la satisfacción de comprobar cómo en la prestigiosa clínica del doctor Barraquer se hacía, aunque con

ligeras variantes, el mismo procedimiento operatorio.

### *Condiciones para practicar la D. C. R.*

Como requisito indispensable, sólo hay uno, y es que exista una perfecta permeabilidad de los canaliculos lagrimales, sin esta condición, la D. C. R., esté contraindicada. También interesa que el saco lagrimal no esté excesivamente dilatado (mucocele) o que esté excesivamente pequeño (atrésico), pero éstos son factores que no contraindican la operación, aunque sí hacen que aumenten las posibilidades de resultados funcionales negativos de la misma.

De todas estas condiciones nos damos perfecta idea mediante el lavado de las vías lagrimales. Inyectando sue-

ro fisiológico por el canaliculo inferior debe salir por el canaliculo superior; los canaliculos son así permeables. La cantidad de líquido inyectado nos da una idea del tamaño del saco y si, al mismo tiempo que inyectamos el líquido, presionamos con el dedo a nivel del saco, obtendremos así también datos sobre la tonicidad del mismo.

La edad es también un factor que conviene tener en cuenta para la indicación de la D. C. R. Nosotros eludimos la operación en los niños por falta de colaboración; bien entendido que el eludir esta intervención en los niños no quiere decir que practiquemos en estos casos la extirpación del saco lagrimal en ellos, pues ésta es una mutilación a la que no tienen derecho a pedirla ni los padres; con menos motivos el cirujano puede, por su cuenta, hacerlo, pues cuando el chico sea mayor está en su perfecto derecho de pedirnos responsabilidades; lo que se debe hacer es darles largas hasta que se le pueda hacer la D. C. R. En los viejos también la eludimos por varios motivos: en primer lugar, porque indudablemente es una operación más traumatizante que la extirpación del saco; en segundo lugar, porque generalmente se trata de personas que tienen su dacriocistitis desde hace años y ya se han habituado al lagrimeo, aparte de que en estos casos la simple extirpación del saco lagrimal suele contribuir a disminuir la epífora al ceder considerablemente la conjuntivitis

secundaria que la dacriocistitis mantenía.

### Anestesia

1.º *Anestesia de la región del saco lagrimal.*—Se consigue mediante la inyección de novocaína al 2 por 100 con adrenalina y la cantidad que inyectamos varía según la facilidad de difusión del anestésico en la región. En los casos antiguos, máxime si ha habido varios brotes agudos de dacriocistitis, hay bastante tejido cicatrizal; la difusión del anestésico es peor y mayor la cantidad del mismo a utilizar.

2.º *Anestesia de la pituitaria.*—Para la anestesia de la pituitaria usamos un tapón de algodón impregnado en una solución de cocaína y adrenalina, o mejor que esto, la anestesia tópica Miró, con lo que se evita el posible espasmo de glotis que la cocaína puede dar lugar. El algodón se introduce hasta la porción de pituitaria que se va a incidir.

### Operación

1.º *Incisión de la piel.*—Se hace según el procedimiento clásico, procurando ajustarnos lo más posible a la dirección de las fibras del orbicular, a fin de que la cicatriz luego sea lo menos llamativa posible, y como separadores, el clásico de MÜLLER no nos agrada por dos motivos: por no sepa-

rar suficientemente los labios de la herida y por no conseguirse con él una suficiente acción hemostásica de los mismos. Utilizamos conjuntamente el separador de GÓMEZ MÁRQUEZ y el de AXENFELD, con los que estos dos requisitos se logran ampliamente.

2.º *Trepanación del hueso*—En la trepanación del hueso lo fundamental es conseguir una ventana amplia en la porción de hueso correspondiente al saco lagrimal. Nuestro orificio suele tener una longitud de un centímetro y medio por uno de ancho. Usamos el trépano eléctrico, y como fresas fundamentalmente la de GUTZEIT y la fenestrada.

3.º *Tallado de los colgajos mucosos*.—Hacemos siempre el colgajo único en saco y pituitaria y en esto es precisamente en lo que se consigue la simplificación de la técnica.

El colgajo del saco lo hacemos a nivel de la unión de su cara interna con su cara posterior y extirpamos al mismo tiempo gran parte de esta última.

El colgajo de la pituitaria lo hacemos mediante una incisión en "U" invertida.

4.º *Sutura de los colgajos*.—Lo hacemos con catgut, y generalmente es suficiente con tres o cuatro puntos. De esta forma se consigue un amplio túnel entre el saco lagrimal y la fosa nasal por donde difícilmente se interrumpirá el paso de la lágrima. Una vez hecha esta sutura, solemos reponer el tendón del orbicular mediante

otro punto de catgut y fijando aquél a partes blandas por encima de la trepanación.

5.º *Cierre de la herida*.—En realidad, los labios de la herida quedan ya en contacto uno con otro como consecuencia de la reposición del tendón del orbicular. Suturamos la piel con seda, y utilizando la sutura continua, con lo que se consigue una mayor aposición de los labios de la herida y una mayor facilidad para quitar dicha sutura a los seis-siete días de la operación.

#### *Complicaciones durante la operación*

Prácticamente no hay ninguna de importancia, ya que la hemorragia de las partes blandas no existe gracias al empleo de los separadores antes dichos. En dos o tres ocasiones se nos ha presentado hemorragia del hueso por rotura de un vaso nutricio de la rama ascendente del maxilar superior; en estos casos hemos recurrido a quemar dicho vaso sangrante con un estilete al rojo, con lo que hasta la fecha siempre hemos conseguido su hemostasia. También se nos ha presentado en dos casos una complicación al parecer rara, pero, como ya hemos dicho, a nosotros de 252 casos operados se nos ha presentado dos veces, y es que la pituitaria estaba por completo atrofiada posiblemente por una rinitis atrófica y al intentar hacer la sutura se rasgaba lo mismo que si se tratase de un papel de fumar mojado; esta

complicación la hemos resuelto fijando el colgajo del saco a partes blandas vecinas, y en los dos casos la permeabilidad postoperatoria fue perfecta.

#### *Complicaciones postoperatorias*

Son escasas; no es raro se presente edema en los alrededores de la herida; se trata de un edema no inflamatorio y que nosotros atribuimos a una reacción producida por el catgut; este edema cede espontáneamente a los tres o cuatro días de su aparición. Utilizando los modernos antiflogísticos que existen actualmente en el comercio, es difícil observar esta pequeña complicación.

Más importante, aunque por fortuna menos frecuente, es la hemorragia tardía, que suele aparecer a partir de los seis-siete días de la operación. Es consecuencia del desprendimiento de una escara de la herida nasal, y puede ser muy copiosa, obligando a recurrir a los servicios de un otorrinolaringólogo e incluso de un transfusor. La transfusión, más que nada, es para reponer la sangre perdida por la potente acción hemostásica de ella. En nuestra casuística tres veces se nos ha presentado esta complicación, y en una de ellas la epístasis fue verdaderamente dramática.

#### *Datos estadísticos*

Desde que nos iniciamos en la especialidad hasta la fecha (nueve años)

llevamos hechas 252 D. C. R., y de éstas sólo en ocho no se ha conseguido la permeabilidad de las vías lagrimales, lo que supone un 3,1 por 100 de resultado funcional negativo y un 96,9 por 100 de buen resultado funcional.

D. C. R. operados ...	252
Se consiguió la permeabilidad en ...	244 - 96,9 %
No se consiguió la permeabilidad en ...	8 - 3,1 %

De estos ocho casos de resultados negativos, tres de ellos consintieron en la reintervención y en dos de los tres se consiguió permeabilizar, con lo que el cuadro anterior quedaría modificado de la siguiente forma:

D. C. R. operados ...	252
Se consiguió la permeabilidad en ...	244 - 97,7 %
No se consiguió la permeabilidad en ...	6 - 2,3 %

En dos casos en los que se había conseguido permeabilizar las vías lagrimales con la operación, persistió la epífora después de ésta, debido a la existencia en los dos casos de una conjuntivitis rebelde que mantenía una irritación constante del polo anterior del ojo, y como consecuencia de ello, el lagrimeo pertinaz. En uno de estos dos casos se le hizo extirpación parcial de la glándula lagrimal y mejoró considerablemente.

#### BIBLIOGRAFIA

AGANARAZ, R.: «Estudio crítico del tratamiento médico-quirúrgico de la dacriocis-

- titis». *Arch. Oftal.*, 11, 567, octubre 1936.
- ARRUGA, H.: «Una modificación de la D. C. R.» *Arch. Hisp-Ame.*, mayo 1927: «Tratamiento quirúrgico del lagrimeo». *Arch. Oftal.*, junio, 19, 9-21.
- CORNET, E.: «La dacryocystorhinectomia». *Ann. Ocul.*, 175, 842, noviembre 1938.
- DÍAZ-CANEJA: «Dacryocystorhinostomie externe d'après la Méthode de Gutzeit». *Ann. Ocul.*, 384, 1933.
- FERNÁNDEZ, Juan: *Revista Cubana Oftalmología*, 3-71, 1930.
- MORAX: *Le tracome*, 52, 1929.
- SORIA: «Dacriocistorrinostomia: estudio crítico e histórico». *Arch. Oftal. Hisp-Ame.*, 10, 1921.

