

CONSIDERACIONES SOBRE DACRIOCISTORRINOSTOMIA SEGUN EL PROF. RAVERDINO

POR

RICARDO FERRANDIZ VALENCIA, M. D.

Milán, Italia

Entre las múltiples intervenciones que he visto practicar en la División Oftalmológica del Hospital Maggiore de Milán (Italia), de la cual era asistente, una de las que más me ha satisfecho es la Dacriocistorrinostomía según la técnica propia del Prof. Raverdino, por su lógica concepción y eficacia, así como por los resultados satisfactorios que he podido comprobar a través de control de muchos pacientes operados años atrás, siendo mi deseo escribir algunas consideraciones técnicas y clínicas acerca del método que he visto practicar.

La dacriocistorrinostomía —según Raverdino— es una original modificación del método de Toti. Esta intervención fue ideada y puesta en práctica por Raverdino desde 1928, siendo publicado posteriormente en la revista "Klinische Monatsblätter für Augen heilkunde de 1930". La técnica de la intervención es la siguiente:

Se procede con anestesia local, anestesiando el nervio infraorbitario y nasal externo. En la fosa nasal correspondiente se introduce un tapón de adrenalina y cocaína: eventualmente puede anesthesiarse también mediante una inyección de anestésico por debajo de la mucosa nasal o mejor con anestesia general a círculo cerrado.

La incisión cutánea se practica perpendicularmente al $\frac{1}{3}$ externo del tendón del orbicular, la cual debe interesar únicamente al tejido cutáneo y subcutáneo dejando intacto el tendón. Se disecciona la piel a lo largo de la superficie tendinosa hasta llegar a su inserción sobre la cresta lagrimal. Hecha la incisión con un especial decolador de periostio se disecciona el saco de la celda lagrimal, hasta llegar al canal lácrimo-nasal liberando también el periostio de la pared media de la

órbita. La cúpula del saco queda libre cortando el ligamento suspensorio de la misma. El saco así liberado es desplazado lateralmente con un gancho de 4 dientes, sin punta, que ensancha la herida y nos permite ver toda la celda lagrimal y una parte de la pared media de la órbita. Ahora se debe abrir la brecha hacia la cavidad nasal extirpando todo el hueso lagrimal y si fuese este pequeño también se extirpa alguna parte de la pared medial de la órbita. Para hacer esto, es suficiente meter un escalpelo de 5 mm. a la sutura del hueso unguis y frontal y con un suave golpe de martillo se hace penetrar dicho escalpelo en la cavidad nasal. Luego se manobra como si fuera una palanca levantando el hueso unguis para después con una pinza o con el turbinótomo de Raverdino, extraer todos los fragmentos de hueso y mucosa del borde posterior de la apófisis montante del maxilar superior abriendo una brecha en la cual el borde debe estar libre de fragmentos óseos y mucosa nasal. En seguida con el mismo turbinótomo se extirpa de la nariz el cornete medio liberando así la cavidad nasal. Por la nariz hacia la herida se introduce una mecha de gasa la cual nos asegura que el pasaje a través de la coana y la brecha sea fácil y libre, taponando al mismo tiempo una eventual hemorragia.

Después se coge con una pinza la cúpula del saco y se introduce la punta aguda de una de las ramas de la tijera dentro de ella, cortando el margen medio y posterior del saco hasta el conducto lácrimo-nasal. De esta manera el saco es abierto a manera de una concha hacia la cavidad nasal. Los labios del saco deberán permanecer abiertos mediante la introducción de un tubo de goma y para esto se procede de la siguiente manera:

Es necesario elegir un tubo de goma con pared robusta del diámetro aproximadamente de 5 a 7 mm. y con una longitud de 7 cm. En una de las extremidades del tubo se hacen dos cortes, de una longitud de 1 cm. paralelo el uno del otro y equidistante de 2 a 3 mm. La lengüeta que se produce se elimina. Esta extremidad del tubo deberá estar entre los labios del saco. A la otra extremidad que debe sobresalir por fuera de la nariz se hace pasar un hilo grueso dos veces, a través de las paredes del tubo, anudando luego los cabos del hilo a 7 u 8 cm. de largo.

Preparado el tubo de la manera antedicha se introduce en la cavidad nasal y se trata de coser la extremidad tallada a los labios del saco lagrimal. Este tiempo operatorio se procede así:

Se coge el labio posterior del saco que corresponde a la porción cupular y se hace pasar un hilo de catgut a través de esta pared de fuera a dentro, entonces el saco es llevado hacia la dirección temporal mediante un gancho. Abierta así la herida se tira afuera una parte de la mecha que ya estaba en la nariz para poder anudar el hilo del tubo de goma. Ahora tiramos la mecha por fuera de la nariz de manera que el hilo y el tubo de goma entren a través de la herida en la cavidad nasal, debiendo la extremidad tallada ponerse en correspondencia con los labios del saco lagrimal. Entonces el hilo de catgut que ya habíamos puesto en

el labio posterior del saco, se cose a la parte posterior del tubo de goma de manera que el labio del saco quede por fuera del tubo. El segundo hilo de catgut debe atravesar la pared anterior del tubo de dentro a fuera y también en la misma dirección el labio anterior del saco. Cuando estos dos hilos son anudados, los dos labios del saco abrazarán el tubo de goma y serán fijados así mediante el hilo de catgut. Ahora será fácil, tirando el tubo por fuera de la nariz, hacer entrar el tubo y el saco en la cavidad nasal, de manera que la pared externa del labio anterior del saco esté en correspondencia al margen posterior de la apófisis montante del maxilar y la pared exterior del labio posterior del saco esté en correspondencia a la pared media de la órbita. El saco lagrimal es así transformado a manera de un embudo cuya cavidad tenderá siempre a agrandarse progresivamente, dada la cicatriz adherente que le convertirá en un embudo cada vez mayor. De esta manera se impide que el saco vuelva a cerrarse nuevamente.

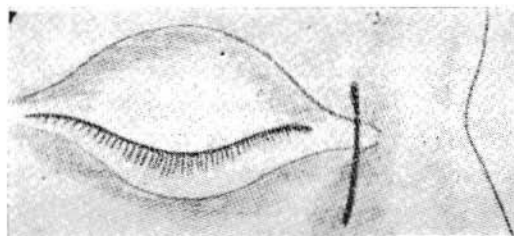


Fig. 1.

A la herida cutánea se hace sutura continua, estando siempre atento que el tendón del orbicular coincida con su antigua inserción.

Después de 8 días el tubo de goma se extrae de la nariz con una pequeña tracción. La sutura cutánea se quita a los 5 días.

Esta operación ofrece muchas ventajas respecto a los otros métodos. La sutura sobre el tubo da mayores garantías que la sutura sobre la mucosa y elimina numerosas dificultades técnicas. La vía nasal para la aireación es amplificada como consecuencia de la ablación del cornete y la intubación impide el peligro de cicatrización defectuosa. La intubación mantiene el saco abierto y dilatado y la cicatrización se formará sobre las paredes de la brecha ósea, lo que facilita una eliminación segura de las lágrimas.

No existen casi contraindicaciones al método, el cual puede ser practicado incluso en mucosas atróficas, en cornetes hipertróficos o cuando existen deformaciones traumáticas o congénitas.

Si existe dacrioetmoiditis anterior, las células etmoidales enfermas pueden ser destruidas durante la intervención.

Tal vez la única contraindicación sería la sinusitis maxilar o frontal aguda que produce inflamación de la mucosa nasal y fácilmente procesos inflamatorios granulomatosos.

Numerosos autores han presentado estadísticas sobre el resultado de la operación de Ravardino, habiendo obtenido el autor en sus casi tres mil casos el 92% de curación, controlados muchos años después de operados; igualmente Mazzantini de Roma ha obtenido también un 92% de curación.

Por gentil concesión del Prof. Ravardino, personalmente he seguido la intervención en tres pacientes (un hombre, una mujer y un niño) que luego pasaré a describir.

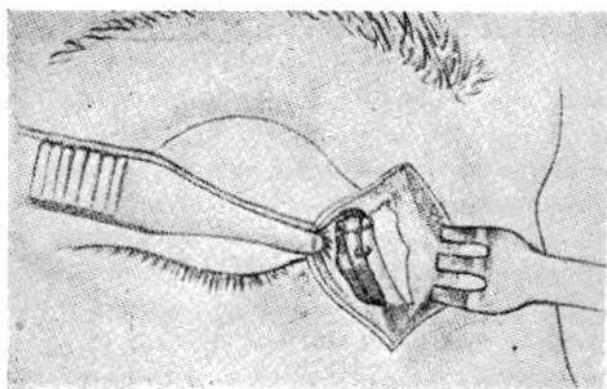


Fig. 2.

CASO N^o 1—P. C., hombre de 50 años. Dacriocistitis crónica con discreta regurgitación en O. D. desde hace un año. Epífora, vía lagrimal completamente cerrada. Radiografía negativa de senos. Condiciones normales de las coanas. Intervención con anestesia general. Se aplica la técnica descrita más arriba. Escasa pérdida de sangre y gran facilidad en la ejecución del método. Ningún incidente particular durante la operación. Después de 8 días se extrae el tubo de goma de la fosa nasal y 8 días después se practica cateterismo de la vía lagrimal, comprobándose completa permeabilidad. El paciente sale de alta curado.

CASO N^o 2—M. T., mujer de 62 años. Dacriocistitis crónica con abundante regurgitación en O. I., epífora, vía lagrimal cerrada. Intervención con anestesia general, técnica de Ravardino.

También en este caso ha sido posible realizar con facilidad la intervención. Ningún accidente particular; quince días después cateterismo y control de la vía lagrimal y resulta permeable.

CASO Nº 3—A. P., niño de 3 años, diagnóstico: dacriocistitis purulenta con regurgitación de pus a la presión del saco en O. D. Intervención con anestesia general. Al abrir el saco aflora abundante cantidad de pus. Operación: técnica Ravertino.

Ningún incidente particular durante la intervención.

Cateterismo de control a los 13 días, comprobándose vía permeable. El pequeño paciente es dado de alta.

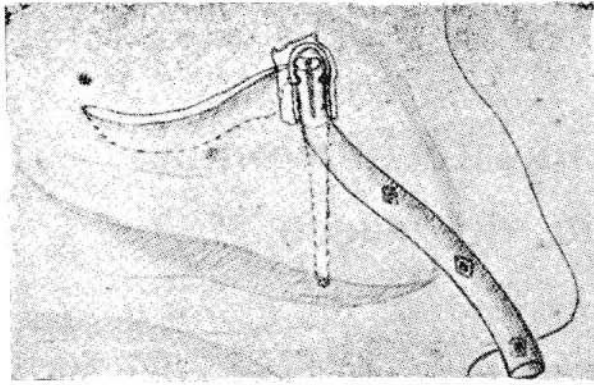


Fig. 3.

En la descripción de estos casos se pone en evidencia la rapidez y facilidad de la ejecución que raya en simplicidad extrema y constante buen resultado.

Estas ventajas permiten atribuir a la técnica de Ravertino como el método ideal entre las dacriocistorrinostomías, siendo aconsejable seguirla, eliminando así otras intervenciones menos lógicas, abandonando sobre todo la injustificable y mutilante intervención de extirpación de saco que aún hoy se sigue practicando con frecuencia.

Hospital Maggiore

BIBLIOGRAFIA

- RAVERTINO: *Klin. f. Augenh.* Bd. LXXXIV. p. 685, 1930.
 Congreso internacional de oftalmología, Amsterdam, 1930.
 Congreso internacional de oftalmología de Madrid, 1933.
 Reunión Oto-Neuro-Oftalmología, Brescia, 1931.
 Dacriocistitis post-traumática y su tratamiento con la operación de Toti. *Sociedad Oftalmológica Ital.*, 1944.
 BARATTA, Orazio: *Revista Oto-neuro-oftalmológica*, 1935. pág. 753.
 SEIDENARI, Renato: *Studio sulla motilità del sacco lacrimale dopo la rinostomia*. *Boll. d'oc.*, febrero 1947.
 SEIDENARI, Renato: *Influenza della rinostomia sul cheratoipopion e sulla flora batterica congiuntivale*. *Ann. D'Oft.* 1943, fascicoli 3-4.
 MAZZANTINI, G.: *La dacriocistorrinostomia con intubazione del sacco, second Ravertino*. XXXIV Congr. Soc. It. D'Oft. 1937, pág. 415.