
GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

OFTALMOLOGIA

IMPORTANCIA DEL PROCEDIMIENTO

DE

KUHNT SZYMANOWSKI,

en el tratamiento quirúrgico
del ectropión del párpado inferior, de causa atónica.

SEÑORES ACADÉMICOS:

Llámase ectropión la inversión de los párpados hacia adelante, dejando a descubierto toda la conjuntiva o solamente una parte de ella.

Esta afección forma uno de los capítulos más interesantes de la patología de los párpados. La frecuencia con que somos consultados para su tratamiento, casi siempre quirúrgico; la diversidad de los métodos empleados para combatirla; su variada patogenia; las complicaciones a que expone, etc., dan un interés bien especial a su estudio, poniéndolo siempre a la orden del día.

No distraeré, sin embargo, la benévola atención de esta H. Academia, sino para referirme al ectropión del párpado inferior, que tiene como causa la relajación o atonía de los tejidos, para poder discutir las ventajas de la operación Kuhnt Szymanowski, precisando sus indicaciones y su técnica.

*
* *

Varios son los factores que tenemos que estudiar en la formación y naturaleza de esta clase de ectropión, para poder

aplicar en cada caso, el tratamiento adecuado y científico que les corresponde.

1º Existe, según el grado del ectropión, un alargamiento proporcional del borde libre del párpado. Este puede ser temporal o permanente; abarca tanto las partes blandas, como el esqueleto cartilaginoso y puede ser la causa o el efecto del ectropión.

2º Como quiera que el párpado no se aplica ya al globo ocular, existe un obstáculo para el curso normal de las lágrimas.

3º Existe un grado mayor o menor de inflamación de la conjuntiva, pudiendo ésta ser anterior al ectropión o bien ser su consecuencia.

4º La constitución de los párpados permite dividirlos en dos capas, desde el punto de vista quirúrgico y de la patogenia del ectropión. La anterior comprende la piel y el plano muscular subyacente; la posterior el septum orbital y el cartílago, al cual se une íntimamente la conjuntiva. Ambas capas tienen unión fuerte e íntima en el borde libre, independiéndose más y más a medida que se dirigen hacia la base del párpado, donde las separa el tejido celular que se llama submuscular.

Ahora bien, en el ectropión existe siempre una inversión de la capa posterior, hacia adelante, formando un ángulo variable, según el caso, con el globo ocular. La piel, por su parte, puede doblarse simplemente siguiendo la curvatura de la capa posterior, en los casos ligeros, o se separa con el plano muscular subyacente, de la capa fibromucosa, haciéndose más y más independiente hasta ponerse ambas en el mismo plano, en cuyo caso se borra el surco que corresponde al nacimiento de las pestañas, sirviendo estas como única división entre piel y conjuntiva.

Es indispensable hacer notar que en los grados máximos de ectropión, las dos hojas que forman el párpado, no se enrollan simple y sencillamente como una pieza de música, sino que se separan como las hojas de un libro, y que a medida que el septum se extiende hacia el borde de la órbita, la piel sufre al mismo tiempo un movimiento de traslación hacia la periferia.

La acción de los músculos es diferente según el caso. Al entrar en actividad, efectuando la oclusión de los párpados,

pueden llevar el cartilago a su posición normal o pueden aumentar el ectropión, según que el cartilago forme con el globo del ojo un ángulo agudo o un ángulo obtuso y que la acción del músculo se lleve sobre el borde libre del párpado, o sobre el borde convexo del cartilago, en cuyo caso lo hace bascular hacia adelante y aumenta el ectropión.

El signo predominante, atonía del borde palpebral, separa claramente esta clase de ectropión de las siguientes:

1º Ectropión por causas que obran sobre la capa anterior del párpado, (a) cicatrices; (b) sección del plano muscular (heridas en coloboma).

2º Ectropión por acción de atrás hacia adelante sobre el borde libre del párpado o acción sobre el borde convexo del cartilago, de atrás hacia la hendedura palpebral, habiendo producido ambas causas una posición oblicua del cartilago. Aquí se reunen el ectropión espástico (parafimosis), cuando hay contracción del músculo y el ectropión mecánico sea por tumores o éctasis del segmento anterior del ojo o por presión de tumores de la conjuntiva o del cartilago cerca del borde libre del párpado.

3º Ectropión ex-vacuo, que merece un capítulo aparte.

En el grupo de ectropión por atonía del párpado debemos fundir el paralítico (p. parálisis del orbicular) el catarral, el tracomatoso, el eczematoro y el senil. En efecto, haciendo a un lado el período inicial o lagofalmo paralítico, corregible en los casos rebeldes por medio de la tarsorrafia temporal o permanente, en los casos no tratados, la conjuntivitis, la epífora, el eczema consecutivo, etc., producen fácilmente alteraciones idénticas a las otras variedades.

Las alteraciones seniles de los tejidos, el catarro crónico de la conjuntiva, la blefaritis y el eczema de la piel, y más rápidamente aún la infiltración tracomatosa, conducen fatal y necesariamente, a la larga, al relajamiento del músculo orbicular, produciendo una lijera separación del párpado. A esto se sucede la epífora; la conjuntiva expuesta al aire, se irrita, secreta, se seca, así como las secreciones que la revisten produciendo un hinchamiento y una inflamación de la membrana. Todo esto aumenta y favorece la mayor oblicuidad del cartilago, hasta que el músculo orbicular al contraerse,

obra sobre el borde convexo del cartilago principalmente, aumentando el ectropión y sucediendo a veces que este último persista, aun cuando cese la acción muscular. Las complicaciones de la conjuntiva y principalmente de la córnea producen a veces blefarospasmos que agravan la situación del paciente. En casos inveterados la conjuntiva se presenta formando un rodete amoratado, afelpado, seco, epidermisado; el cartilago mismo se muestra engrosado, por la congestión crónica a que ha estado sometido; la piel eczematosa presenta cicatrices y un acortamiento final que no deja de tener una influencia en el progreso de la enfermedad.

El tratamiento tenderá a dominar la causa inicial, las complicaciones y lograr la reposición del párpado en su posición natural. El tratamiento médico será siempre útil: ora profiláctico, curativo a veces, o por lo menos preparatorio para poder intervenir quirúrgicamente, con mayores probabilidades de éxito.

Mencionaré 4 grupos en que pueden clasificarse las principales operaciones practicadas y aconsejadas hasta nuestros días:

1º Operaciones que buscan el enderezamiento del plano fibromucoso, ejerciendo una tracción del borde del cartilago, sea hacia abajo o de atrás hacia adelante. Todas ellas son de efecto muy débil.

La conocida asa de Snellen, la de Wecker, aun buscando una banda de tejido cicatricial, y la de Argyll Robertson, interponiendo entre dos asas a la Snellen, entrando por la piel, una plaquita de plomo, merecen apenas ser señaladas.

2º Operaciones que obran sobre la piel del borde ciliar, buscando el enderezamiento del tarso.

La operación de von Graefe, que consiste en la sección intermarginal de todo el párpado inferior protegiendo sólo el canalículo, y la formación de un colgajo cuadrangular de piel, tirando dos incisiones verticales de cada extremo de la incisión intermarginal, reponer el tarso y suturar la piel, acortada por exesión de sus ángulos procurando efectuar una fuerte tracción hacia arriba, puede suplirse con ventaja por la operación de Lagleyze.

Lagleyze practica dos incisiones paralelas al borde palpe-

bral, una abajo de las pestañas y la otra a 1 centímetro de distancia. Ambas son reunidas en su parte media por otra incisión oblicua, formando dos colgajos yuxtapuestos que se disecan y se suturan alargándolos para formar dos fajas cutáneas superpuestas que forman más tarde una faja de tejidos de cicatriz más ancha que el cartilago y que mantiene a este último en su posición normal.

Las ventajas de ambos grupos las ha reunido Fukala, en la operación siguiente muy alabada por Vossius, en los casos de ectropión por telefanitis y eczema de la piel: Protegido el párpado por una placa de Jäger, se hace una incisión horizontal del plano músculo-cutáneo hasta el fascia, a 10 o 12 milímetros del borde palpebral y paralela a este último. Se prepara el colgajo hasta el borde ciliar sobrepasando lateralmente, un tanto cuanto, los bordes palpebrales y dejando a descubierto el cartilago en su totalidad. Se hacen pasar después tres hilos dobles del modo siguiente. Se introduce la aguja a 4 milímetros abajo del borde libre, en su parte media, a través de la piel y del músculo, sigue entre el músculo y el cartilago hasta el borde superior de este último, adonde lo perfora para salir en la conjuntiva un poco abajo del borde libre del párpado. A una distancia de tres milímetros horizontalmente, entra la aguja siguiendo un camino paralelo e inverso para salir a igual distancia del lado de la piel y anudarse los dos hilos sobre rollitos de gasa o tubitos de goma. Los dos hilos dobles restantes quedan a 4 milímetros del borde libre y a 3 milímetros antes de alcanzar, de cada lado, una línea vertical tirada de cada comisura, recorriendo un camino idéntico al ya señalado. El resto de la piel se sutura, teniendo cuidado de abarcar en la sutura de abajo, algo del fascia tarso orbitario, inmediatamente abajo del cartilago. Curación.

Esta operación, repito, da buenos resultados en los casos de ectropión por blefaritis o eczema crónico, cuando no hay un gran alargamiento del párpado y sólo se ha perdido la acción muscular. Obra de un modo doble, deprimiendo el cartilago y levantando la piel y el músculo, haciendo ejercer la presión de este último sobre el borde superior del cartilago.

Esta operación es superior a la de Angelucci, Bono y Steiner.

3º Operaciones que obran procurando una cicatriz de la conjuntiva, para levantar el párpado sea por medio de la excisión de una faja de la hoja posterior o por cualquier otro medio.

Cortando una faja amplia de conjuntiva y cartilago, la hoja posterior se acorta, tiende a enderezarse y la musculatura obra más directamente sobre el borde libre del párpado.

La primera en fecha es la de von Michel, quien corta una cuña conjuntivo-tarsal de 4 o 5 milímetros de profundidad, en toda la extensión del párpado e inmediatamente atrás del borde ciliar. La herida se cicatriza por sí sola. Landolt y Fox, aprovechan la operación de von Michel, terminándola con suturas distintas.

En el procedimiento de Landolt, se sutura con hilos dobles entrando inmediatamente abajo de las pestañas, saliendo por la pérdida de substancia que recorren hasta el fondo para penetrar en él y salir en la piel de la mejilla, anudándose sobre tubitos de goma. Fox comprende en la sutura los dos bordes de la pérdida de substancia, entrando los hilos por la piel, saliendo por la conjuntiva, recorriéndola hasta el fórnix, para hundirse en él y salir por la piel a pulgada y media del borde ciliar.

A estas operaciones prefiero la de Terson, y sobre todo la modificación de esta última, hecha por Obarrio.

En ambas se corta una banda horizontal de conjuntiva hipertrofiada y se hace la excisión de un triángulo cutáneo de tamaño variable, que efectúa una tracción de la piel, reforzando la acción de la cicatriz conjuntival, al enderezar el párpado. Conservan intacta la comisura externa y sus ventajas son, por lo tanto, inferiores a los procedimientos de Diffenbach y Szymanowski, de los que me ocuparé después.

En el procedimiento de Terson, el triángulo corresponde por su base vertical, al centro de la comisura externa. Su vértice se dirige a la sien, y al suturar el centro de la base al vértice de la pérdida de substancia, queda una cicatriz en forma de V, cuyas ramas se abren hacia la comisura y que producen una tracción horizontal del párpado.

En el procedimiento de Obarrio, el triángulo sufre una rotación hacia arriba. La base es oblicua, de adentro a afuera

y de arriba a abajo, y el vértice queda más cerca del vértice de la cabeza, por lo que efectúa una tracción de la piel, después de suturado, hacia arriba y atrás, de efecto mucho mayor que la simple tracción horizontal, que se obtiene en el procedimiento de Terson o en el de Weber, que merece una simple mención.

Señalaré solamente el procedimiento de Ziegler y el de Jocqs, quienes hacen unas pequeñas quemaduras en la conjuntiva solamente, y sólo recordaré que todas estas quemaduras o son insuficientes o son excesivas, lo que origina un acortamiento vertical de la conjuntiva, la que se invierte al mirar el enfermo hacia arriba, y que favorecen la reproducción del mal.

Todas estas operaciones tienen su aplicación, cuando el hinchamiento de la mucosa es marcado y no hay un gran alargamiento del párpado, es decir: en los casos de ectropión de mediana intensidad.

4º El último y más importante grupo de operaciones, tiene por mira el hacer desaparecer el relajamiento del borde palpebral.

Señalaré como curiosidad la blefarorrafia externa o interna; la sección de una cuña abarcando el espesor del párpado, sea en la parte media operación de William Adams y que ví practicar aún a mi inolvidable maestro el Dr. Galezowski, suturando la pérdida de substancia con un alfiler de sostén y puntos de sutura, o bien, sección cerca del ángulo externo del ojo, operación V. Ammon y de Desmarres. Esto recuerda también la operación de Walther, sección en doble cuña de la comisura externa seguida de sutura. Todas estas operaciones son defectuosas y no son raros los casos que han dejado de cicatrizar por primera intención y producir un coloboma del párpado.

Dieffenbach ideó una operación muy interesante, resecaando un triángulo de piel, de base horizontal, prolongando la comisura, de vértice vuelto hacia abajo y de extensión variable, según el efecto deseado. Diseca luego el lado interno, es decir, la piel del párpado hasta su borde libre, corta la piel que lleva las pestañas en una extensión correspondiente a la base del triángulo cortado y sutura el ángulo de piel del pár-

pado que queda al vértice externo de la pérdida de substancia. El efecto final es una tracción horizontal de la piel y del párpado más intenso que en la operación de Terson.

Szymanowsky modifica felizmente este procedimiento, cortando un triángulo obtuso cutáneo y no sin cierta originalidad como decía Arlt. Partiendo de la comisura externa, se dirige hacia arriba y ligeramente hacia afuera, en una extensión de cerca de 5 milímetros, de donde tira una incisión casi vertical y de doble extensión, sobre la mejilla, para volver a alcanzar el punto de partida. Resecada la piel, despega la piel del párpado hasta el borde libre, quita la piel con pestañas en la extensión correspondiente a la primera incisión y sutura el ángulo de la piel del párpado al ángulo superior de la piel de substancia, produciendo una tracción y elevación del párpado, más intensa aún que en el procedimiento de Obarrio y por lo tanto más enérgica aún que la tracción en el sentido horizontal.

Esta brillante operación ha sido diversamente considerada por los autores clásicos de cirugía ocular. Las malas ilustraciones del procedimiento que se encuentran en los tratados de Wecker, de Panas y aun de Morax y Terson, han hecho creer que en esta operación se ataca también el tarso y aun vemos la misma figura en los tratados que forman autoridad en la materia, Czermak, Elschmig y Wood, como representado la operación de Kuhnt, Szymanowski y la de Szymanowski pura, siendo tan falsa una como otra. Las mejores ilustraciones están en la Enciclopedia francesa de Oftalmología, en la de Czermak, la de Haab, quien presenta casos operados y la de Terrien, siendo de sentirse que ni siquiera fuera mencionada en la obra clásica de Norris y Olliver. De este grupo de operaciones, es la de Szymanowski, la que sin disputa alguna, brinda mayores garantías y da mejor resultado estético.

A este grupo de operaciones, se oponen otros que obran recabando una parte de la capa posterior, cuando la hipertrofia de esta última es muy exagerada.

Kuhnt fué el primero en aprovechar la idea de Adams, evitando la formación del coloboma; para lo cual, hace la incisión intermarginal *en la parte media* del párpado, y reseca una cuña transversal, de vértice inferior y de extensión variable según el caso, de cartilago y conjuntiva, suturando los

bordes con hilos, de dirección horizontal. La piel la aproxima y forma un pliegue anteroposterior, lo que no es muy estético, asegurando el pliegue en su base, con un buen punto de sutura vertical.

Müller modificó esto último, procurando suturar la piel y el cartilago oblicuamente para repartir el exceso de piel; pero perdiendo el importante punto de apoyo que la sutura vertical de la piel brindaba a la sutura del cartilago, como en el procedimiento de Kuhnt.

Este método de Kuhnt, aunque no perfecto, obra de un modo eficaz contra el relajamiento del párpado y ha dado origen a combinaciones o procedimientos interesantísimos, cuya aplicación clínica es vastísima, siendo sus indicaciones los casos graves, pues obran tanto sobre la conjuntiva y cartilago, hipertrofiados, como sobre la piel; por lo que aseguran el éxito radical, quitando por siempre la relajación o atonía de las capas que constituyen el párpado inferior.

Mencionaré el procedimiento de Kenneth Scott, cantotomía y traslación en masa del párpado hacia afuera, suturándolo después, para ocuparme más especialmente del procedimiento de Kuhnt, modificado por el mismo, de Beard, de Dimmer y las combinaciones de Kuhnt-Dieffenbach y de Kuhnt-Szymanowski.

En el segundo procedimiento de Kuhnt, se divide todo el párpado en dos láminas, desde afuera del canaliculo inferior hasta la comisura interna. Añade una resección de piel como en el procedimiento de Fuchs para blefarorrafia, suturando después las dos capas del párpado entre sí y la pérdida de sustancia cutánea. Obra bien por la tracción hacia arriba de la piel; pero no modifica el tarso. Yo juzgo que unidos la resección del tarso de su primer procedimiento y la resección cutánea del segundo, hubiera resultado un procedimiento de los más halagadores.

Beard hace una cantotomía y después reseca el cartilago y la mucosa excedentes, previamente liberados del plano cutáneo muscular. Sutura el cartilago al ligamento externo y reseca un colgajo a la Fuchs, como en el procedimiento anterior. El efecto alcanzado es mayor que en la operación de Kuhnt, supuesto que reseca el tarso.

He notado en mi práctica, que en las resecciones externas del tarso, cuando hay una gran hipertrofia de la mucosa, la acción es casi nula, o por lo menos, poco marcada del lado opuesto, (exactamente como se observa en la operación de Szymanowski,) por lo que no creo que puedan aplicarse estos dos procedimientos en los casos graves de ectropión, con gran hipertrofia de la mucosa.

La operación de Dimmer y la de Kuhnt—Dieffenbach, son idénticas al final, comenzando exactamente de un modo inverso. Dimmer corta primero el triángulo cutáneo a la Dieffenbach; hace la incisión intermarginal y termina por la clásica resección del tarso a la Kuhnt. En la Kuhnt—Dieffenbach, se hace primero la operación de Kuhnt y después la de Dieffenbach. Esta última operación es más científica en cuanto a que primero reseca el cartílago excedente y este cartílago da la anchura de la resección cutánea, con lo que se obtiene una adaptación perfecta de las dos hojas del párpado. El camino contrario puede dar lugar a errores lamentables que rompen la armonía en la perfecta adaptación final.

Esta operación Kuhnt—Dieffenbach, tiene el defecto de que muchas veces deforma finalmente la comisura externa, y que la tracción horizontal nunca es tan efectiva como la tracción vertical del párpado de la operación de Kuhnt Szymanowski, siendo, sin embargo, mucho más eficaz que la operación modificada de Kuhnt y la de Beard, por la sección del tarso en su parte media, que se hace sentir igualmente en ambas extremidades.

En resumen, si asociamos la clásica operación de Kuhnt, excisión de una cuña de cartílago en su parte media, que es la que ejerce mayor acción sobre la capa posterior del párpado, con la operación de Szymanowski, que a su vez, es la que obra más activamente sobre la piel y músculo adyacente, levantando el párpado *hacia arriba*, prolongando previamente la incisión marginal hasta la comisura externa y sirviéndonos de la extensión de cartílago resecado, para medir exactamente la extensión de piel por resecar, obtendremos con ellas un efecto máximo que será, sin disputa, el procedimiento de elección en los casos difíciles.

Tal es la operación de Kuhnt Szymanowski, preconizada y

vulgarizada por la escuela de Fuchs, (véase el precioso tratado de operaciones de Meller) y de efecto muy superior a la que lleva su nombre, patrocinada por la autoridad de los tratados de Czermak-Elschnig y Wood, en los que impropriamente se recomienda hacer la sección del tarso, en su parte externa, so pretexto de que no queda la herida del tarso tan expuesta a las infecciones, como cuando se secciona el cartilago en su parte media.

Además de mis observaciones en el extranjero, he tenido seis casos en mi práctica personal, de los cuales tres en el Hospital de la Luz. Puedo asegurar que la resección mediana del tarso es indispensable para obrar con energía sobre toda la extensión del párpado; que la reunión del tarso es tan perfecta y la cicatriz cutánea tan poco marcada, que constituye esta operación un verdadero progreso; pues en cuanto a eficacia, es la que presta más garantías y en cuanto a la estética, la que nos suministra resultados verdaderamente perfectos.

México, Julio 31 de 1912.

RAFAEL SILVA.