COMENTARIO A PROPOSITO DE UN TRABAJO DEL DR. ANTONIO TORRES ESTRADA

POR EL DR. ANTONIO F. ALONSO

El interesante trabajo del Doctor Torres Estrada aborda un asunto siempre viejo y siempre de actualidad por las interrogaciones de su génesis, las obscuridades de su patogenia, las incertidumbres y dificultades de su terapéutica: El tratamiento de las Dacriocistitis y de las estrecheces lacrimales. Una división clínica en dos grupos, unidos por todas las gradaciones y todos los matices, se presenta en el estudio de las afecciones de las vías lacrimales. Primero: Cuando éstas se encuentran ligeramente inflamadas, o estrechas conservando el saco prácticamente su integridad anatómico-fisiológica, y segundo: aquel en que el saco lacrimal inflamado, supurado, degenerado, etc. es la manifestación culminante del proceso.

Un síntoma, más bien un signo, domina en las enfermedades de las vías lacrimales: el lagrimeo, sin que podamos por otra parte inferir de éste, como antecedente correlativo y fatal, un estrechamiento de los conductos lacrimales.

La semiología de las lágrimas es algo más complejo. Producidas por la secreción de la glándula lacrimal, inervada por una rama del oftálmico con fibras del facial que se desprenden al nivel del ganglio geniculado, y después de una complicada trayectoria a través del gran petroso superficial, ganglio esfeno palatino y nervio maxilar superior, se amastomosan en el nervio lacrimal del 5º par, las lágrimas se producen esencialmente por acción refleja en las condiciones fisiológicas y patológicas. Todo el campo de inervación del oftálmico, de los nervios sensoriales y de sensibilidad general, pueden producir el lagrimeo. Las lesiones aun superficiales del borde palpebral, de la conjuntiva, de la córnea, del cuerpo irido-ciliar, de la retina, pueden producir el lagrimeo con el enrojecimiento y la fotofobia, manifestaciones todas de defensa de este alto órgano de la vida de relación. El bostezo, los esfuerzos, pueden igualmente producir el lagrimeo y más

aún: esta secreción está sometida a la acción de centros psíquicos cuya localización cerebral no se ha hecho todavía; pero cuyo funcionamiento constituye una de las manifestaciones más elocuentes en la vida de los sentimientos y de los dolores morales, centros gobernados frecuentemente por la voluntad y entrenados por el ejercicio, como se observa en los grandes artistas y en los grandes trágicos.

Esto explica la existencia del lagrimeo a veces bajo la forma de crisis, en enfermedades del sistema nervioso como la ataxia locomotriz, afecciones cerebro-menínges, el bocio exoftálmico, ciertas neurosis como la histeria.

Si la hipersecreción lacrimal es interesante en su estudio, la hiposecreción, no lo es menos y de gran valor semiológico.

Varios casos pueden conservarse:

1º—Cuando el lagrimeo reflejo por excitación del oftálmico falta y el llorar psíquico existe, hay una lesión en las vías centripetas del reflejo: oftálmico, ganglio de Gasser o trijémico.

2º—Cuando el llorar psíquico falta y el lagrimeo reflejo existe, la lesión está situada en el cerebro sobre las vías que comunican el centro psíquico de las lágrimas con el núcleo del facial.

3º—Cuando el llorar psíquico y el reflejo están abolidos, la lesión está situada en el facial entre su emergencia y el ganglio geniculado, en el gran petroso superficial o en el nervio lacrimal.

Las consideraciones anteriores permiten afirmar que el llorar es un fenómeno complejo, sin que podamos concluir de él como de una causalidad necesaria en el estrechamiento de las vías lacrimales, y nos explican los hechos paradójicos de que la clausura de dichas vías por la extirpación del saco puede estar seguida de una desaparición del lagrimeo o el que vías amplias accesibles a las gruesas sondas están acompañados de un lagrimeo incoercible. La infección de las vías lacrimales y su constante irritación; la hipertrofia frecuente de la glándula lacrimal por hiperfunción refleja, son factores lacrimógenos de primer orden en la patología de los conductos lacrimales.

Casos de ligerísima inflamación o estrechamiento de los conductos, de forma latente se presentan en la práctica, en los cuales una corrección perfecta de los vicios de refracción, evitando la fatiga ocular, el empleo de algunos colirios astringentes con ligero masaje del saco, algunas inyecciones a mayor abundamiento, o el paso periódico de una sonda delgada, procurando evitar en estos enfermos el polvo, el humo, todo lo circunfuso irritante para el ojo, preceptos cuyo conjunto puede sintetizarse como la higiene de los lacrimales, bastan para sostener a los pacientes en un estado compatible con la salud, desapareciendo conjuntivitis y enrojecimientos.

Podrá recordarse a este propósito la frecuencia con que se observan conjuntivitis crónicas monolaterales rebeldes a toda la gama de colirios astringentes y modificadores, que tienen por origen una desviación insignificante, casi imperceptible del poro lacrimal inferior por flacidez del párpado, ceder en el acto a una incisión o excisión pequeña oblicua y bien situada del punto lacrimal.

Es en los estrechamientos acentuados, franqueables del canal lácrimo-nasal, donde el método de Bowman acompañado o no, según los casos, de inyecciones modificadoras, encuentra su indicación en un gran número de casos. Mejora con frecuencia los enfermos que, a semejanza de los antiguos estrechos urinarios, tendrán que someterse periódicamente a sesiones de cateterismo para el mantenimiento de la función. Sólo en un 25 o 30% de los casos curaría el método de Bowman según la relación de Villard. Si en 10 o 12 sesiones de cateterismo este método no produce mejoría, es inútil continuarlo. Es por esto que algunos autores modernos como Poulard, siguiendo las huellas de antiguos oftalmólogos, preconizan actualmente el ensanchamiento rápido del canal por medio de gruesas sondas, precedido de la estricturotomía de Stilling, procedimiento que está lejos de haber recibido el asentimiento general de los oftalmólogos. Otros autores han empleado la electrolisis con diversos resultados.

Cuando el saco se encuentra profundamente afectado, supurado, fungoso, quístico; cuando las vías lacrimales se encuentran infranqueables, otros métodos operatorios se presentan hoy al cirujano. La extirpación completa del saco lacrimal, o la intervención conservadora haciendo una comunicación del saco con las fosas nasales, ya sea por el exterior según el proceder de Toti perfeccionado últimamente, sobre todo por Dupuy Dutemps y Bourguet, ya sea por la vía endonasal, según las indicaciones de West y otros rinólogos.

La comunicación del saco lacrimal con la nariz según los procedimientos antes mencionados, implica una idea racional que para algunos operadores podría terminar con la operación mutilante del saco. Es la historia del hiperbolismo en cirugía cuando surgen nuevos métodos o procedimientos operatorios. La extirpación del saco lacrimal está indicada fatalmente en circunstancias múltiples. Si los canaliculos están obstruidos de una manera definitiva y a mayor abundamiento el saco convertido en una bolsa quística sin comunicación con la conjuntiva y el canal nasal, su extirpación es obligada. No hay para que comunicarlo con las fosas nasales puesto que no hay corriente lacrimal que derivar.

En los casos de paredes gruesas, fungosas, de origen muy frecuentemente tuberculoso, la destrucción del foco infeccioso y no su comunicación con la nariz se impone, como en las neoplasias.

Una indicación urgentísima de extirpación del saco lacrimal es la úlcera de hipopion o úlcera de Semisch. Todos los tratamientos de ésta serían inútiles sin atacar inmediatamente desde luego el foco infeccioso secular. Es la urgencia de apagar un incendio.

Se ha achacado a la extirpación del saco la secuela de un lagrimeo irremediable. Esto se observa en algunos casos, sin embargo que el lagrimeo disminuye notablemente después de algún tiempo, al grado de no producir molestias al enfermo. En otros casos al contrario, la extirpación del saco termina con el lagrimeo, hecho paradójico que como antes lo indicábamos se explica por la supresión del foco infeccioso y de las irritaciones centripetas del reflejo lacrimal. En todo caso el cirujano podrá practicar la extirpación de la glándula lacrimal palpebral sin inconvenientes serios, según nos lo ha enseñado nuestra práctica. Queda algunas veces sin embargo después de esta intervención una conjuntivitis ligera rebelde a la terapéutica ordinaria.

El punto negro de la dacrio-cisto-rinostomía es la oclusión futura de la comunicación con la nariz, no obstante la sutura de las dos mucosas perfeccionada por los innovadores de esta operación delicada y laboriosa.

El Dr. Torres Estrada ilustra su trabajo con la presentación de dos enfermos operados por él y algunas radiografías. Uno de los pacientes fué operado por un mucocelo siguiendo la vía endonasal según las indicaciones de West; otro afectado de una dacriocistitis supurada crónica a quien el autor practicó una dacrio-cisto-rinostomía. Los pacientes no presentan lagrimeo, en el ángulo interno de la nariz no se percibe deformación o cicatriz; los párpados se encuentran aplicados normalmente al globo ocular, ni hay regurgitación alguna hacia el exterior a la presión del sitio anatómico del saco lacrimal. Las radiografías presentadas por el Dr. Torres Estrada acusan, como él lo indica, cierta retención lacrimal; pero los resultados obtenidos en los dos operados pueden considerarse prácticamente como enteramente satisfactorios.