

Importancia de la reposición de los puntos lagrimales en el tratamiento del ectropión senil *

Por el Dr. ANTONIO TORRES ESTRADA,
académico de número

Normalmente el globo ocular y los párpados se encuentran en íntimo contacto; la cavidad que existe entre ellos es virtual y está ocupada por una delgadísima capa de lágrimas que baña constantemente al órgano. Son los párpados los encargados de mantener y distribuir uniformemente la humedad de la superficie del globo ocular, lo cual es indispensable para su lubricación, para evitar alteraciones en su nutrición y, de manera muy particular, para asegurar el pulimento y transparencia de la córnea.

Todas las alteraciones capaces de impedir estas condiciones de la humedad de la superficie ocular ocasionan molestias subjetivas muy acentuadas para el paciente, que con el tiempo se acompañan de alteraciones de los tejidos con resultados más o menos graves para la integridad del globo ocular. Una de las causas de estos trastornos es la separación de los párpados del órgano, convirtiendo el espacio virtual entre ellos en uno real, de mayor o menor amplitud. Esta separación se llama ectropión y cabe considerar algunas variedades que se clasifican según las causas que lo determinan.

Las principales variedades estudiadas son las siguientes: a) Ectropión cicatricial, debido a grandes pérdidas de substancia de la piel de los párpados que ocasionan cicatrices retráctiles, las cuales los inmovilizan y fijan sus bordes lejos de sus relaciones normales. Esta variedad puede ser también observada a consecuencia de queloides; de infecciones como la erisipela, la pústula maligna, el lupus; de fístulas de origen óseo y osteítis del borde orbitario; de quemaduras producidas por el calor o agentes cáusticos; de neoplasmas, etc. b) Ectropión por hipertrofia de la conjuntiva tarsal y de los fondos de saco, forma relativamente rara, consecutiva a una conjuntivitis catarral crónica. c) Ectropión espasmódico, cuya formación requiere como condición una marcada

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 27 de junio de 1945.

exoftalmía (estafiloma de la córnea, tumor retro-ocular, bocio exoftálmico, etc.) d) Ectropión paralítico, debido a parálisis facial. e) Ectropión senil, variedad así llamada por presentarse en los ancianos y cuya causa ha sido atribuída a la flojedad y falta de elasticidad de los tejidos. De todas estas variedades de ectropión, las dos primeras pueden invadir indiferentemente el párpado superior, el inferior, o ambos a la vez. En cambio, las demás formas sólo comprenden el párpado inferior.

La única variedad a la que me voy a referir en el presente trabajo es el ectropión senil. Desde luego haré notar que la causa señalada no es la más importante del padecimiento, sino que contribuyen algunas otras y de manera preponderante la desviación y obliteración de los puntos lagrimales, alteraciones que modifican profundamente la excreción lagrimal y que habitualmente son consideradas como una consecuencia natural de la desviación de los párpados.

Antes de ir más adelante, creo indispensable hacer una breve consideración de la fisiología de la excreción lagrimal para complemento de las ideas que más adelante expongo.

Los párpados, después de extender en delgada y uniforme capa las lágrimas secretadas por la glándula lagrimal, son transportadas éstas hacia el lago lagrimal, que es la porción en que comienza el desagüe del flujo lagrimal. El lago lagrimal anatómico es el espacio triangular comprendido hacia afuera y atrás por la conjuntiva bulbar, a partir de una línea imaginaria que pasaría por los puntos lagrimales superior e inferior; adelante por la porción de la pared posterior de los párpados comprendida entre los puntos lagrimales y la comisura interna; el vértice interno de este espacio está ocupado parcialmente por la carúncula y el repliegue semilunar. Entre estos órganos y la superficie del globo ocular existe un espacio real, que algunos autores consideran como el lago fisiológico, que habitualmente se encuentra seco y que sólo se llena de lágrimas cuando hay motivo de hipersecreción, como en el llanto o en la fotofobia, o cuando hay obstrucción de las vías lagrimales de excreción. En algunos tratados de anatomía, en algunos de fisiología y también en alguno de oftalmología, es frecuente leer que los puntos lagrimales desembocan dentro del lago lagrimal. De acuerdo con esta descripción, los puntos estarían des-

aguando constantemente la cantidad de lágrimas en exceso del lago lagrimal, como lo haría el desagüe de un estanque constantemente lleno. Esto es inexacto. Los puntos lagrimales normalmente son invisibles porque se encuentran dirigidos hacia atrás, aplicados como dos pequeñas ventosas sobre la conjuntiva bulbar, y esta membrana los cierra haciendo funciones de válvula. Además, la situación de ellos es bastante exterior con relación al lago lagrimal fisiológico, pues entre los puntos y la cavidad real formada por el lago hay una distancia de uno a dos milímetros.

Si en una persona que verifica el parpadeo, ya sea que éste sea voluntario o debido a un reflejo, observamos atentamente las papilas lagrimales, en cuyo vértice desembocan los puntos lagrimales, nos convenceremos de que cada contracción del músculo orbicular se acompaña de un desalojamiento de las papilas hacia la comisura interna y de que es en este momento cuando penetran al lago lagrimal y cuando los puntos hacen la succión de las lágrimas. Este movimiento es debido a la contracción de los haces musculares que se insertan en diversas partes del aparato de excreción lagrimal. Citaré entre ellos algunos que se reflejan de las fibras circulares del orbicular de los párpados y que se insertan en las paredes de los canaliculos lagrimales. Dichos haces han sido descritos por Horner y se conocen con el nombre de músculo de Horner. Otros haces se insertan sobre las paredes del saco, entre ellos el grupo que forma el tensor de la cúpula de saco. Todas estas fibras, siendo dependientes del músculo orbicular de los párpados, se contraen sinérgicamente con él, de lo cual resulta que durante el parpadeo no sólo se desalojan los puntos lagrimales hacia el lago, sino que se distienden las paredes de los canaliculos y las del saco lagrimal. Es fácil deducir de esta complicada y delicada estructura muscular del aparato de excreción lagrimal y de las enseñanzas de la clínica, que el desagüe de las lágrimas es un fenómeno activo que se verifica de una manera intermitente, y no un fenómeno pasivo que se realizaría en forma continua, como es la idea generalmente admitida. La teoría activa del desagüe lagrimal tiene su más completa confirmación en los pacientes que padecen de parálisis facial, en quienes muchas veces el primer síntoma del padecimiento es la epífora; ésta es únicamente debida a la disminución del parpadeo, cuando todavía el paciente

puede cerrar voluntariamente los párpados, mover los músculos de la cara y está muy lejos de pensar que le esperan días angustiosos, como son los que pasan los enfermos afectados de este padecimiento. La capilaridad de la primera porción de las vías lagrimales, la pesantez de la columna líquida comprendida desde el saco hasta la desembocadura del canal nasal y la inspiración de la columna de aire a través de las fosas nasales, indudablemente son factores coadyuvantes de la excreción lagrimal. Con relación al papel de la capilaridad de los canalículos, queda completamente demostrado con dos hechos de observación clínica: 1o. Que ningún paciente en quien se ha hecho la desbridación de los canalículos cura de la epífora, por más que sea un procedimiento clásico impuesto por la rutina y todavía puesto lamentablemente en uso hasta nuestros días. 2o. Que la dacriocistorrinostomía, dando resultados satisfactorios de una manera constante, en la inmensa mayoría de los pacientes, es seguida de un fracaso seguro, aun cuando la intervención haya sido ejecutada con la mayor perfección posible. La aspiración nasal también es evidente y esta es la razón por la cual una persona que contiene el llanto parpadea frecuentemente y hace inspiraciones profundas, todo lo cual acelera la excreción lagrimal. Utrech ha introducido un pequeño manómetro de aire libre en el aparato lagrimal del caballo y ha comprobado que se hace una presión negativa en cada inspiración del animal.

Es un hecho que la flojedad y la pérdida de elasticidad de los tejidos existe en los pacientes afectados de ectropión senil, lo cual determina una deformación característica del párpado inferior, exagerando la curvatura de su borde libre y dejando al descubierto una pequeña porción de esclera debajo de la córnea. Si se hace una ligera tracción del párpado éste queda un momento separado y hasta después de unos instantes se pone nuevamente en contacto con el globo ocular. Sin embargo, estas condiciones de flacidez de los tejidos pueden existir en los ancianos sin que sean suficientes por sí solas para provocar el ectropión; todos los días podremos observar a diversas personas de edad avanzada con estos síntomas de flacidez de los párpados sin epífora ni ectropión. La desviación del párpado se acompaña de epífora, que habitualmente es atribuida a la separación del párpado inferior; pero un examen cuidadoso de los enfermos enseña que, por regla general, el ectropión

senil es precedido de cierto grado de epífora acompañada de la desviación de los puntos lagrimales y que la separación de los párpados se inicia siempre por la comisura interna. En consecuencia, el comienzo involucra forzosamente los puntos lagrimales, o dicho sencillamente, el ectropión senil se inicia con la desviación de los puntos lagrimales.

Las relaciones entre la epífora y el ectropión han sido señaladas con mucha anterioridad y se ha pensado que la epífora exagera la eversión debido a que el paciente, usando su pañuelo repetidas veces en el día para secar las lágrimas, ejecuta tracciones de los párpados que relajan aún más los tejidos y aumentan la eversión, y para evitar estos efectos del pañuelo se aconseja a los pacientes que lo usen lo hagan haciendo un movimiento de abajo hacia arriba y de afuera hacia adentro.

Las consecuencias del ectropión en los mismos párpados varían con el grado de separación de éstos al globo ocular y con la antigüedad del padecimiento. Desde luego, la piel, por la constante humedad debida a la epífora, sufre alteraciones de diversa índole que pueden exagerar el ectropión. La conjuntiva queda expuesta a la acción del aire y, mientras mayor y más prolongada es dicha acción, la mucosa sufre de resequedad y enrojecimiento con lesiones de hipertrofia de las papilas conjuntivales, engrosamiento del epitelio, proliferación del tejido elástico y cambios en la estructura normal. La conjuntiva bulbar sufre también enrojecimiento y lesiones de hipertrofia. A medida que la separación de los párpados aumenta, estas condiciones favorecen un estado de conjuntivitis crónica acompañada de blefaritis con infección de las glándulas de Meibomio, que a la larga producen alteraciones en las relaciones anatómicas de las diversas capas de los tejidos de los párpados. La córnea está expuesta a sufrir ulceraciones y lesiones de queratitis superficial, a veces seguidas de formación de panus.

Con relación a las blefaritis con infarto y seborrea de las glándulas de Meibomio, es importante hacer la aclaración que estas condiciones pueden preexistir a la formación del ectropión senil y que este padecimiento puede desarrollarse sin lesiones de blefaritis. En cambio, las blefaritis de este origen, por la deformación y engrosamiento de los bordes palpebrales, pueden determinar la desviación

de los puntos lagrimales y ser la causa determinante del ectropión senil.

Se consideran tres grados de eversión de los puntos lagrimales. El primero es cuando el paciente, mirando hacia arriba y sin tocar los párpados, el punto aparece visible sobre el borde interno de ellos. El segundo corresponde a una situación del punto cerca del borde anterior del párpado y generalmente se acompaña de cierto grado de estenosis y aun de oclusión. El tercero se considera cuando está colocado el punto sobre el borde anterior del párpado o un poco más adelante. En este grado hay una gran estenosis y la mayor parte de las veces está ocluido. Los bordes de los párpados casi siempre están engrosados, algo deformados y existe cierto grado de ectropión. La carúncula sufre la epidermización y se pierde el surco que separa ésta de la comisura interna del párpado inferior y a veces el que la separa del superior, lo que hace que se exagere el ectropión. El repliegue semilunar está engrosado y a veces ocupa la cavidad del lago lagrimal.

Estas alteraciones de la carúncula, las que sufre el repliegue semilunar y la conjuntiva adyacente, no las he visto hasta ahora consignadas como causa determinante de la eversión de los puntos lagrimales. La hipertrofia de la carúncula y del repliegue semilunar generalmente coexisten entre sí y se acompañan de una sobrecarga grasosa del tejido subconjuntival, que cambia por completo las relaciones anatómicas entre dichos anexos de la conjuntiva, los puntos lagrimales y la comisura interna de los párpados. El lago lagrimal se convierte en una cavidad virtual y a veces los párpados son rechazados hacia adelante. La hipertrofia de los tejidos que ocupan el espacio que antes formaba el lago lagrimal puede ser tan grande, que las papilas lagrimales, en vez de reposar sobre la conjuntiva bulbar, lo hacen sobre el repliegue semilunar. El resultado final de esta pérdida de las relaciones anatómicas es provocar la eversión del punto lagrimal; la epífora va en aumento a medida que los puntos van siendo cada vez más impedidos para hacer la succión de las lágrimas, hasta que llega un día en que por falta de función se estrechan y se obstruyen. Poco después, la separación del párpado y del globo ocular se inicia hasta constituirse en un ectropión senil más o menos marcado.

El tratamiento del ectropión senil es exclusivamente quirúrgi-

co. Diversos procedimientos han sido propuestos para corregirlo: unos obran sobre la mucosa de los párpados, otros sobre el armazón cartilaginoso, otros sobre los músculos, otros sobre la piel, y los más de ellos tienen una acción combinada sobre las diversas capas de los tejidos. A continuación hago una breve enumeración de algunos de estos procedimientos.

Entre los que actúan sobre la mucosa conjuntival citaré la ignipuntura de Ziegler, que consiste en practicar con el galvanocauterio varios puntos de fuego en la mucosa del fondo de saco conjuntival, para provocar una cicatriz retráctil que contrarreste las causas que evierten el párpado.

Métodos que actúan sobre el armazón fibrocartilaginoso. Algunos, como los de Fox y de Imre, que consisten en reseca una tira del cartilago en toda la extensión, ya sea cerca del borde libre, en la parte media, o sobre el borde inferior. Otros, en los que la sección del cartilago se hace en forma de V y comprende desde el borde libre del párpado hasta el fondo de saco conjuntival. El procedimiento generalmente es conocido con el nombre de sección de Kunth; sin embargo, varía de nombre según el sitio y extensión con que se practica, y tal parece que el primero en haberlo preconizado fué este autor.

Métodos que actúan sobre los músculos. El más importante es el de Birch-Hirschfeld, que consiste en cortar las fibras del orbicular verticalmente por su parte media y luego suturar los dos extremos después de haberlos cruzado en X, con lo que se busca un acortamiento y un sostén del párpado inferior.

Procedimientos que actúan sobre la piel. Consisten en reseca porciones de ella, generalmente de forma triangular, o disecándola y deslizándola hacia arriba y afuera. Estos procedimientos habitualmente se combinan con la resección de una porción del tarso; el más conocido de ellos el de Szymanowski que, asociado con la resección del tarso según el método de Kunth, constituye el de Kunth-Szymanowski.

Además de estos procedimientos debo citar el de Wiener, que consiste en pasar debajo de la piel del párpado, inmediatamente abajo del borde libre, una tira delgada de aponeurosis tomada de la fascialata, fijando después los extremos del injerto sobre el perostio, arriba de una y otra comisuras de los párpados. El procedimien-

to tiene su indicación principal en el ectropión debido a la parálisis facial, pero también se aconseja en el ectropión senil.

Finalmente, debo citar las suturas de Snellen como uno de los procedimientos más antiguamente usados, pero da resultados completamente efímeros e ineficaces.

Como se ve, ninguno de los métodos clásicos descritos para corregir quirúrgicamente el ectropión senil interviene en los puntos lagrimales, máxime que ninguno de ellos, por perfecto que sea el resultado inmediato para corregir la eversión del párpado, jamás repone los puntos lagrimales en su posición normal, ni mucho menos restablece la función fisiológica que les está encomendada en el complicado proceso de la excreción lagrimal. En efecto, los puntos lagrimales persisten evertidos, la epífora también persiste y el resultado después de algunas semanas o meses es la reproducción del ectropión.

Impresionado en los primeros años de mi carrera de oftalmólogo por los frecuentes fracasos seguidos al tratamiento quirúrgico del ectropión senil, a veces después de una operación plástica impecable, tuve la idea de que el fracaso dependería de la persistencia de la desviación de los puntos lagrimales. Como por otra parte, al mismo tiempo estaba empeñado en algunos trabajos de vías lagrimales, principalmente de la dacriocistorrinostomía, me había dado cuenta de que muchos pacientes que padecían de epífora y que estaban siendo inútilmente tratados con sondas por una supuesta obstrucción de las vías bajas de excreción lagrimal, en rigor debían su epífora a la desviación y obstrucción de los puntos lagrimales, y curaban por la simple dilatación de los puntos por medio del dilatador cónico. Sin embargo, algunos pacientes continuaban con la epífora y no mejoraban en nada con la dilatación de los puntos, no obstante que el resto de las vías lagrimales estaba completamente permeable. Pronto me di cuenta de que se trataba precisamente de enfermos con grados avanzados de eversión de los puntos y hasta con el comienzo de un ectropión. En estos pacientes practiqué la técnica de Hoffmann, consistente en reseca con tijeras muy finas una cuña en V, o en forma de signo $\sqrt{\text{V}}$ partiendo del punto lagrimal hacia la parte posterior del borde palpebral, lo cual producía el agrandamiento y la desviación del punto hacia atrás, haciéndose nuevamente apto para succionar las lágrimas del lago lagrimal. Sin

embargo, el procedimiento no era seguro y algunas veces se complicaba de una cicatriz firme que cerraba definitivamente el punto lagrimal. Por lo tanto, no estando muy satisfecho de los resultados, tuve la idea de hacer una intervención distinta, respetando en absoluto la integridad de los puntos lagrimales. De esta manera, tanto en la serie de los buenos resultados obtenidos con la simple resección de las cuñas por método de Hoffmann, como los que obtuve con el que más adelante describo, pude darme cuenta de que todos aquellos pacientes que acusaban un comienzo de ectropión curaban espontáneamente de él y se hacía innecesaria toda intervención ulterior. Una vez que he adquirido el convencimiento de este hecho he venido completando las operaciones plásticas para corregir el ectropión con la reposición de los puntos lagrimales, habiendo obtenido de esta manera resultados siempre satisfactorios, que me han evitado la pena de ver la reproducción del padecimiento en los pacientes afectados de ectropión senil.

Hace más de 20 años vengo insistiendo en la necesidad de hacer la reposición de los puntos lagrimales como un complemento de las operaciones que corrigen el ectropión senil, como una operación profiláctica para evitar el desarrollo del padecimiento y también para corregir las formas incipientes.

El año de 1922 presenté al VII Congreso Médico Nacional celebrado en Saltillo, una pequeña comunicación sobre este mismo asunto, dando a conocer la técnica que había ideado para restablecer a los puntos lagrimales en su posición normal y en sus funciones fisiológicas. Más tarde, el año de 1931, el Dr. Salvador Beltrán Rodríguez hizo su tesis profesional sobre esta operación, aprovechando el material clínico que le proporcioné. A partir de esta época vengo practicando sistemáticamente la reposición de los puntos lagrimales en los enfermos afectados de ectropión senil y en los que padecen la eversión de dichos puntos, obteniendo bastantes buenos resultados. No obstante el tiempo que ha transcurrido de entonces a la fecha, he notado con extrañeza que poco se haya adelantado en la patología de los puntos lagrimales, y el hecho real es que fuera del medio hospitalario que acabo de mencionar pocas veces se fija la atención en sus defectos de posición, y menos se ejecuta alguna intervención en ellos, con excepción de la dilatación por medio del

dilatador cónico, procedimiento que como he indicado solamente es eficaz en los primeros grados de eversión.

Debo hacer mención que el procedimiento que he venido haciendo para curar el ectropión senil es el Kunth-Szymanowski, cuya descripción detallada omito hacer, y sólo enumeraré los tiempos principales.

1o. Incisión angular de la piel con un trazo corto hacia arriba y afuera, partiendo de la comisura externa, y otro vertical hacia abajo. (Fig. 1).

2o. Disección de la piel y del plano muscular dejando al descubierto el armazón fibrocartilaginoso del párpado. (Fig. 2).

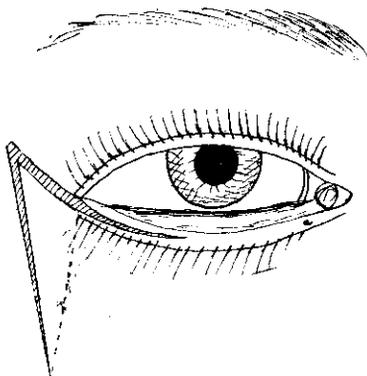


Fig. 1

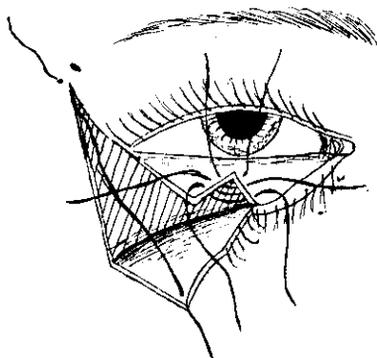


Fig. 2

3o. Resección de una cuña en forma de V de dicho armazón comprendiendo desde el borde palpebral hasta el fondo del saco conjuntival. (Fig. 2).

4o. Sutura de la herida conjuntival. (Fig. 3).

5o. Sutura de la piel en el borde palpebral deslizándolo todo el colgajo músculo-cutáneo hacia afuera y arriba, resecaando la porción triangular excedente del colgajo cutáneo y suturando la herida restante. (Fig. 3).

Reposición de los puntos lagrimales

La intervención debe ser precedida de la dilatación de los puntos lagrimales y después de la inyección de un líquido no colo-

rido, de preferencia agua esterilizada o suero fisiológico, para cerciorarse del perfecto estado de la canalización de las vías bajas de excreción lagrimal. Frecuentemente, la desviación de los puntos lagrimales se acompaña de la oclusión completa de ellos, o de un proceso de estenosis o de obstrucción total del canal nasal, y por lo

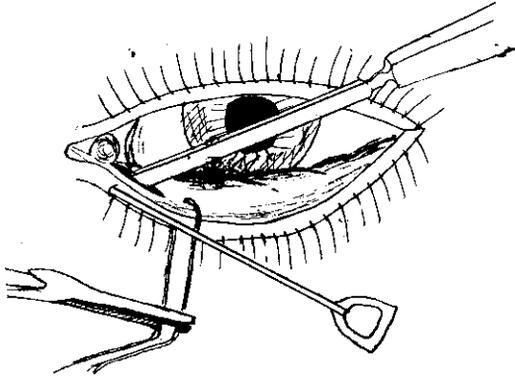


Fig. 3

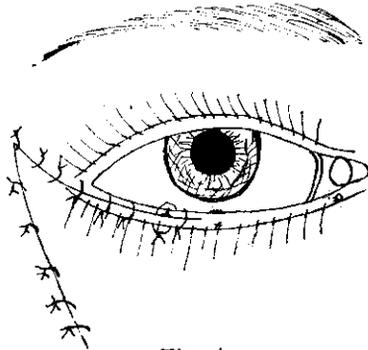


Fig. 4

tanto, antes de hacer la reposición de los puntos, deberán ser tratadas dichas condiciones, sin lo cual la intervención no tendría éxito, y estaría fuera de indicación.

A veces, la obstrucción de los puntos lagrimales es tan completa que ni con la lupa se encuentra la menor huella de su des-

embocadura, a lo cual contribuye la deformación del borde palpebral con el borramiento completo de la papila lagrimal. En tales casos debe procederse con delicadeza y paciencia a buscar el punto

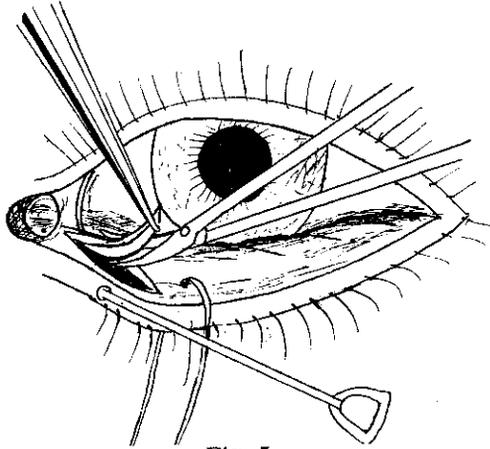


Fig. 5

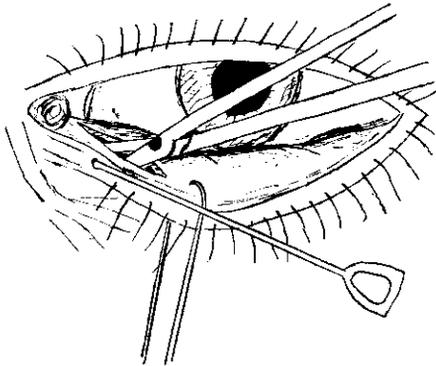


Fig. 6

lagrimal, usando un dilatador cónico fino (1), procurando que el instrumento penetre a los tejidos sin que sangren. Si esto aconteciere deberá suspenderse la operación hasta el día siguiente, para

(1) El mejor de todos es el improvisado con un alfiler de seguridad de tamaño mediano, cuya punta vista a la lente es perfectamente cónica y de punta roma.

no lacerar los tejidos. Cuando la punta del instrumento penetra al punto lagrimal se nota menos resistencia, el instrumento progresa con facilidad dentro de la luz del canalículo, los tejidos no sangran y aparece en torno de la porción que sobresale un anillo pálido que corresponde a la estructura fibrosa del orificio. En seguida, se sustituye el dilatador por otro más grueso para agrandar la dilatación y después por una sonda delgada que se hace caminar hasta la cavidad del saco lagrimal. Cuando este paso se ha logrado con facilidad es el indicio seguro de que se ha encontrado el canalículo lagrimal y puede hacerse desde luego la inyección de agua dentro del saco, y si las vías bajas son permeables el líquido pasará íntegro a la nariz. En caso de no haber encontrado el canalículo lagrimal la sonda no podrá caminar fácilmente, ni penetrará al saco. La maniobra hará sangrar los tejidos y causará bastantes molestias al paciente. La operación no debe seguir adelante y se dejarán pasar algunos días antes de intentar una nueva maniobra.

En caso de estenosis o de la obstrucción de las vías lagrimales bajas, se harán después de la dilatación tres o cuatro sesiones de cateterismo y, en caso de no obtener la perfecta permeabilidad, se hará una dacriocistorrinostomía que se terminará con la reposición de los puntos lagrimales.

Otro de los requisitos previos es asegurarse del estado del lago lagrimal, que puede haber desaparecido por la hipertrofia de la carúncula, del repliegue semilunar y de la grasa subconjuntival subyacente, circunstancias que marcan una variante importantísima en la técnica operatoria. La técnica de la intervención es la siguiente:

1o. Aseguradas las condiciones anteriores, se procederá a la anestesia por infiltración con una solución de novocaína o adrenalina, de más de media porción del párpado inferior, el fondo de saco conjuntival, la carúncula, el repliegue semilunar, la conjuntiva bulbar cercana y parte del párpado superior.

2o. Se pasa una sonda de Bowmann núm. 1 o núm. 2 hasta el saco y se pone el párpado en eversión forzada, en cuya posición lo mantiene el ayudante. En algunos casos conviene tomar el borde con una pinza de garras o por medio de un hilo pasado a través del borde palpebral. (Fig. 4).

3o. Con un cuchillo de catarata se hace una incisión profunda

en el tarso, como de cinco o seis milímetros, paralela al borde palpebral y como a un milímetro abajo de la sonda pasada por el canaliculo. La parte media de la incisión debe corresponder al punto lagrimal. (Fig. 4).

4o. En seguida con pinzas y tijeras, ambas muy finas, se disecciona un huso de tejido fibrocartilaginoso, comprendiendo todo el espesor

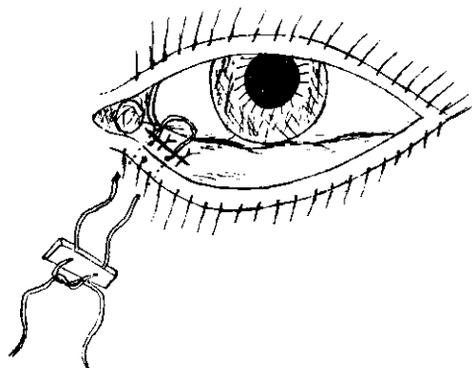


Fig. 7

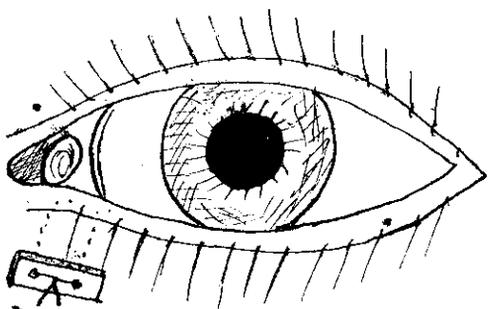


Fig. 8

del tarso, cuidando de no poner a descubierto la sonda, lo cual significaría haber lesionado el canaliculo lagrimal, cuya integridad debe respetarse por completo. (Fig. 5).

5o. Se introduce una tijera roma y fina a través de la incisión, diseccionando en una zona de medio párpado todos los tejidos en sus

diversos planos, a fin de que el borde palpebral pueda tomar sus relaciones normales; para esto a veces será preciso ampliar la incisión o aumentar la resección del tejido fibrocartilaginoso. (Fig. 6).

6o. Se pone uno o más puntos separados para cerrar la herida y se fija la posición del párpado por una puntada de Snellen. (Figs. 7 y 8).

En caso de que la eversión de los puntos coexista con la hipertrofia de la carúncula, del repliegue semilunar, o de la grasa de la conjuntiva subyacente en esta región, se procederá a amputar una

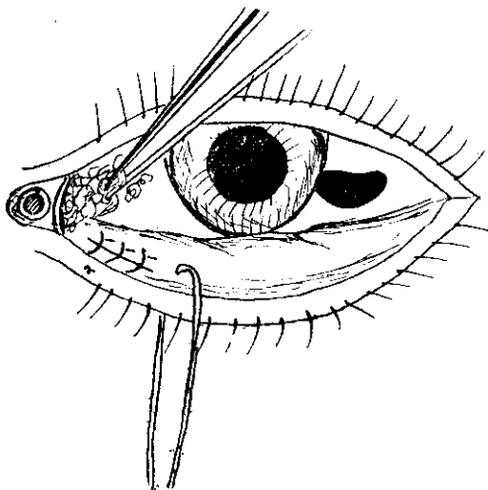


Fig. 9

buena porción de la carúncula o del repliegue semilunar y, si con estas pequeñas maniobras se restablece la cavidad correspondiente al lago lagrimal, se dará por terminada la intervención.

Si esto no bastare, y hubiere una gran hipertrofia de la grasa, por la misma abertura producida en la conjuntiva por la resección del repliegue semilunar se hará una disección cuidadosa entre esta membrana y el paquete célula-adiposo y, finalmente, se resecará una buena parte de él hasta haber logrado la reconstrucción del lago lagrimal. Esta pequeña variante no requiere ninguna sutura. (Fig. 9).

Conclusiones

1a. La eversión de los puntos lagrimales puede ser determinada por causas de origen palpebral o de origen conjuntival.

2a. La eversión de los puntos lagrimales y la epífora concomitante generalmente preceden al ectropión senil y no son la consecuencia de éste.

3a. La reposición de los puntos lagrimales cura la epífora, corrige los pequeños grados de ectropión y asegura un éxito definitivo en las operaciones plásticas para el tratamiento de este padecimiento.