

Apuntes de...

Oftalmología

Vanessa Salas
Palmira Rodríguez
Manuel Villagrasa

Centro Oftalmológico Veterinario
C/ Goya 106
28009 Madrid

Canalización de conductos lacrimonasales

Ante la presencia de epífora o secreción purulenta en el canto interno del ojo, debemos realizar una serie de exámenes sencillos para comprobar la permeabilidad de las vías lacrimales (atresia, imperforación, dacriocistitis); así como la correcta situación de los orificios lacrimales (entropion medial...).

En algunos casos pueden ser necesarias pruebas complementarias como la radiografía de contraste o la ecografía.

Una vez testada la no permeabilidad de las vías lacrimales mediante: la valoración del test de schirmer, prueba de salida de fluoresceína por nariz y lavado forzado de los conductos mediante el sondaje del orificio lacrimal superior, podemos realizar un diagnóstico de atresia de orificios (ausencia), imperforación (presencia de una vesícula que se pone de manifiesto en la localización del orificio al realizar el lavado forzado) y dacriocistitis (salida de pus por el orificio lacrimal inferior, mientras se fuerza el lavado por el superior).

Una vez realizado el tratamiento médico y/o quirúrgico, es necesario a menudo colocar un fiador con finalidad de evitar la recidivas y de forma particular el cierre de la aperturas quirúrgicas realizadas. para ello podemos colocar dos tipos de fiadores.

1. Cerclaje entre orificios lacrimales

Este dispositivo esta indicado en las imperforaciones o atresias de los orificios lacrimales. En él se sitúa un monofilamento de nylon, anudado en sus extremos, con la finalidad de impedir el cierre por segunda intención de las aperturas quirúrgicas realizadas. El nylon es introducido por los canaliculos con la ayuda de una sonda lacrimal perforada en su extremo (Fig. 1).

Una vez introducida la sonda por uno de los orificios y exteriorizada por el otro (Fig. 2), enebamos el orificio del instrumento (Fig. 3) y retiramos la sonda con un movimiento retrogrado, con lo que el nylon queda insertado (Fig. 4 y 5).



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

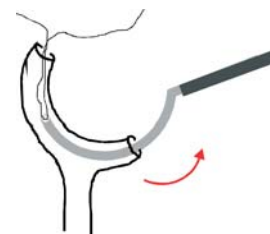


Figura 4.

2. Tunelización con tubo de silicona y fijación mediante anudado

A continuación pasamos un tubo de silicona de un calibre de 1-1.5 mm. y una longitud aproximada a 1 cm, variable dependiendo del tamaño del paciente, utilizando el nylon como fiador (Fig. 6), para por último anudar el nylon. De esta forma conseguimos no dañar las aperturas quirúrgicas, que de otra manera podrían desgarrarse en extremo.

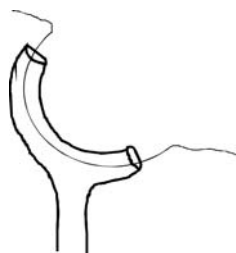


Figura 5.



Figura 6.



3. Sondaje total

Usando un monofilamento de nylon de un grosor de 1 mm. procedemos a sondear en primer lugar el orificio lacrimal superior hasta exteriorizarlo por la narina; de igual forma, introducimos el otro extremo del nylon por el orificio lacrimal inferior hasta su salida por narina y posterior anudado. El nudo debe de asegurarse con al menos tres vueltas, dado el grosor del nylon (tiene tendencia a ser expulsado).

La colocación de un tubo protector de silicona en esta ocasión debe de ser meditado, y en cualquier caso, de ponerse, debe ser bastante más largo dada su tendencia a rotar (lo que podría dar lugar a la incarceration dentro del conducto lacrimonasal).

La retirada del fiador debe de posponerse al menos un mes, manteniéndose durante este tiempo con tratamiento de colirio anti-biótico-corticoideo topico 3/4 veces al día.

