

***SESIÓN EXTRAORDINARIA DE RECEPCIÓN COMO ACADÉMICO  
CORRESPONDIENTE DE***

**ILMO. SR. DR. D. JERÓNIMO JESÚS LAJARA BLESÁ**

**CONFERENCIA DE RECEPCIÓN**

***“EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA  
EN LA OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO NASOLAGRIMAL”***

**DISCURSO DE PRESENTACIÓN**

**ILMA. SRA. DRA. DÑA. MARÍA TRINIDAD HERRERO EZQUERRO**

***MURCIA A 16 DE OCTUBRE DE 2014***

***UCAM***

DISCURSOS

*SESIÓN EXTRAORDINARIA DE RECEPCIÓN  
CELEBRADA EL DÍA 16 DE OCTUBRE DE 2014*

*REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE MURCIA*

*CONFERENCIA DE RECEPCIÓN*

ILMO. SR. DR. D. JERÓNIMO JESÚS LAJARA BLESÁ

*“EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA  
EN LA OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO NASOLAGRIMAL”*

*DISCURSO DE PRESENTACIÓN*

ILMA. SRA. DRA. DÑA. MARÍA TRINIDAD HERRERO EZQUERRO

*DISCURSO DE PRESENTACIÓN POR LA  
ILMA. SRA. DRA. DÑA. MARÍA TRINIDAD HERRERO EZQUERRO*

Presentación del Dr. D. Jerónimo Lajara Blesa

Ilma. Sra. D<sup>a</sup>. María Trinidad Herrero Ezquerro

Con su venia Sr. Presidente.

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Excmas. E Ilustrísimas Autoridades, Excmo. e Ilustrísimos Académicos de la Real Academia de Medicina y Cirugía, de la Academia de Ciencias y de la Academia de Santa María de Farmacia, Excma. Y Magnífica Rectora de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, Señoras y Señores.

Me considero muy honrada al tener la oportunidad de introducir el discurso de ingreso como Académico Correspondiente de Don Jerónimo Jesús Lajara Blesa, y le agradezco el haberme otorgado su confianza y haberme designado para esta tarea de referir sus méritos como beneficiario y glosar el contenido de su discurso.

Asimismo, antes de continuar, quisiera agradecer al Profesor Lajara Blesa la deferencia que ha tenido con nosotros al aceptar este nombramiento e integrarse en las actividades de esta Real Academia de Medicina para compartir su trabajo clínico y docente, y la sabiduría con la que dirige las actuaciones en su vida profesional y personal.

No es fácil concretar en pocas líneas la historia científica y humana del Profesor Don Jerónimo Lajara, máxime cuando su extraordinaria riqueza de espíritu ha conferido matices personales ineludibles y, ha dejado, y deja una impronta imborrable allí por dónde pasa. Quisiera mostrarles en pocos minutos parte de su personalidad incluso alejándole de la fría descripción del Currículo vital oficial para que puedan Ustedes ser testigos de su pasión por la medicina, por la ciencia y por su familia, así como su mesura, equilibrio y coherencia como línea de vida.

El Profesor Lajara aunque forme parte del “club murciano de Albox”, no nació en Albox dónde si discurrió su infancia y adolescencia, sino que nació en

Águilas (provincia de Murcia). Es el mayor de cinco hermanos del matrimonio entre Doña Constanza (aquí presente) y Don Ramón, quienes fueron dos extraordinarios maestros comprometidos con el buen hacer de la formación de las nuevas generaciones, comenzando por la de sus hijos. De su familia aprendió los valores humanos fundamentales y el amor al trabajo bien hecho que ha llevado en errante devenir por diferentes hospitales, ciudades y comunidades. Además, en ese ambiente familiar culto, el Dr. Lajara aprendió a combinar la dedicación a la profesión con la sensibilidad y la admiración y gusto por las innovaciones en todos los campos, entre los que podemos destacar su afición a conocer y utilizar los últimos descubrimientos y aplicaciones tecnológicas. En ellas es un experto, las utiliza en Telemedicina y siempre “está a la última” como Ustedes comprobarán a continuación.

El Dr. Lajara estudio en Albox la ahora ya arcaica Educación General Básica, el EGB, el BUP y el COU. Todo ellos en un ambiente de esfuerzo y sin alternativa al fracaso. Sin cumplir los 18 años accedió a la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada en la primera promoción oficial de *numerus clausus* (en aquella promoción a la que ni nos avisaron que tendríamos *numerus clausus* y solo se hizo público después de realizar los exámenes de selectividad). Quiero decir con esto que el Prof. Lajara ya apuntaba maneras de trabajador desde el inicio. Así, y a pesar de empezar la Universidad un año más tarde que las promociones anteriores (por causa de los 3 años del BUP) fue tan brillante, constante y concienzudo en los estudios que finalizó la carrera con 23 años.

Cursó la especialidad de Oftalmología en el prestigioso Hospital Clinic de Barcelona rodeado de maestros y en un ambiente permanente de innovación. De esta etapa conserva grandes amigos algunos de ellos líderes en los diferentes campos de la oftalmología. Al finalizar la especialidad, su fama y méritos le precedían, y fue reclamado para ejercer en lo no menos afamada y acreditada Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra, en Pamplona, donde desarrolló una ingente actividad clínica, docente e investigadora. Allí puso en marcha nuevas técnicas quirúrgicas pioneras como la vitrectomía y la

facoemulsificación. Asimismo, en esa rutilante y fructífera época defendió su tesis doctoral en Medicina y Cirugía. Sin embargo, la llamada perla del Norte y la fértil Comunidad Foral estaban lejos de su familia y de su tierra, y en 1994 el Dr. Lajara decidió volver a Murcia con el encargo de crear el Servicio de Oftalmología del Hospital Morales Meseguer. De eso hace ya 20 años y desde entonces es el jefe de Servicio de Oftalmología del citado hospital dónde en estas dos décadas ha desarrollado con gran empeño y diligencia todos los grandes avances que ha vivido esta apasionante especialidad. Hace 20 años se instaló en Murcia (para siempre) porque esta es su tierra, ya que “Albox” debe pertenecer al Reino de Murcia” (dixit). Y aquí, en la huerta del Segura fundó el Instituto Murciano de Cirugía Ocular (Hoy Ircovisión) dónde él y sus colegas son referente obligado en el panorama oftalmológico nacional.

El Doctor Jerónimo Lajara Blesa ha sido Profesor Asociado y Colaborador clínico en la Universidad de Barcelona, en la Universidad de Navarra y en la Universidad de Murcia. En Pamplona, además fue tutor de residentes y médicos en formación y encargado de la asignatura de oftalmología en la especialidad de quirófano en la Facultad de Enfermería. En la actualidad ostenta la dirección de la Cátedra de Oftalmología de la Universidad Católica San Antonio de Murcia desde el año 2010 y es Vicedecano de su Facultad de Medicina. De hecho, el Prof. Lajara fue el artífice principal del esmerado diseño y reflexivo desarrollo del curriculum de la titulación de Medicina que condujo a su acreditación y aceptación por ANECA.

La carrera de investigación del Profesor Lajara se centra en el estudio multidisciplinar oftalmológico. Dirige el grupo de investigación Multidisciplinar en Ciencias de la Visión de la UCAM de cuya cátedra es director. Ha dirigido dos tesis doctorales y en la actualidad están acabándose seis. Dirige en la actualidad cuatro ensayos clínicos. Ha pronunciado más de 60 conferencias invitadas en diversos países, ha participado en más de 100 congresos científicos con ponencias orales y ha publicado más de 30 artículos de investigación y casos clínicos de su especialidad.

En su trayectoria profesional ha recibido numerosas distinciones y tiene diversas patentes entre las que destacamos el Curso interactivo de fondo de ojo por ordenador o el Capsulotomo circular. El Profesor Lajara Blesa es muy reconocido en el campo de la oftalmología por sus importantes y pioneras contribuciones tecnológicas y su pericia quirúrgica. Es perfeccionista en el quirófano e incansable en la consulta. Es un campeón del trabajo, sin descanso, responsable y seguro. Su vocación médica está fuera de dudas: es médico médico... y sus miles de pacientes lo saben.

Durante la preparación de esta reseña he reparado en que para comprender al Dr. Lajara hay que saber que fue *boy scout* desde que tuvo uso de razón hasta incluso en sus años de Universidad. Esta circunstancia que forjó su espíritu no es baladí. El movimiento Scout fue fundado por el británico Robert Baden-Powell a final del siglo XIX. Es un movimiento educativo mundial al que pertenecen más de 30 millones de personas que comparten un mismo sistema de valores con el deseo de construir un mundo mejor. Uno de sus amigos “de toda la vida”, el Dr. Francisco Toledo, nos confiesa que Don Jerónimo repetía continuamente su lema: **“siempre listos para servir”** porque como Baden Powell sentenció: Si no vives para servir no sirves para vivir. Esta convicción el Doctor Lajara la lleva a la práctica todavía en la actualidad: la usa y la siente. El sentido de “servir” le ha acompañado en sus responsabilidades de director y de jefe, pero también como persona en la vida cotidiana. Como buen boy scout sigue el lema de otros célebres boy-scouts “*el opaso dopo passo*” de Matteo renzi (Primer Ministro de la República italiana) o de la filosofía del entrenador colchonero, el Cholo Simeione: “partido a partido”. El Dr. Lajara en la Facultad iba asignatura a asignatura. Luego curso a curso. Y en estos tiempos paciente a paciente.

Según sus amigos es Jerónimo Lajara un tipo tenaz como pocos, espiritual y generoso. Es intrépido, ocurrente, culto y divertido. Siempre está muy ocupado, pero sabe encontrar un minuto de su tiempo para atender a sus pacientes y amigos, y nunca deja de devolver las llamadas perdidas, de hecho, acostumbra a llevar una batería de repuesto para no quedarse desconectado.

Igualmente, glosando las sátiras de Juvenal (siglo I después de Cristo) *“Mens sana in corpore sano para que pueda soportar cualquier clase de esfuerzos, y que no sepa de ira, y esté libre de deseos...”* El Dr. Lajara es deportista cultivando mente y cuerpo. Fue futbolista del “Albox”. Es del “Atleti”. Juega al pádel y jugaba al tenis. Le gusta navegar a vela, y es patrón de yate, aunque, evidentemente, sus obligaciones profesionales le dejan poco tiempo para hacerlo.

En la lección que vamos a escuchar a continuación se concentra una parte de sus descubrimientos y avances basados en la cirugía de la obstrucción del conducto nasolagrimonial. Cuando se presenta obstrucción del conducto nasolagrimonial la cirugía es la opción preferida. Es de interés esencialmente en lactantes y bebés con conductos lacrimonasales obstruidos de forma congénita por la presencia permanente de la válvula de Hasner, una membrana que permanece al final del conducto lacrimonasal de forma anómala ya que debería desaparecer en el periodo perinatal.

La dacriocistorrinostomía es una canulización quirúrgica realizada para tratar la mayoría de los casos de conductos lagrimales bloqueados. Esta técnica por medio de un bypass dibuja una vía de drenaje de las lágrimas discurriendo por la nariz (conexión directa entre saco lagrimonial y nariz). Mejora considerablemente el bienestar del paciente evitando el conducto nasolagrimonial (que se obstruye) y mejorando la calidad de vida de los individuos. Una de las características de estas intervenciones es que son personalizadas. Los pasos a seguir en este procedimiento varían de acuerdo al bloqueo del conducto lagrimonial de cada individuo. El trabajo sin descanso del Profesor Lajara a lo largo de los años ha sido buscar el progreso (sin mantenerse en lo avanzado por otros) persiguiendo la continua innovación. Así, con su equipo de colaboradores ha ido desarrollando diferentes variantes de cirugía como el abordaje por vía encocanalicular y endonasal con láser diodo que evitan las cicatrices cutáneas, disminuyen el sangrado y, sobre todo, minimizan las complicaciones intra y postoperatorias. El trabajo del Profesor Lajara consiste en perfeccionar las



técnicas utilizando las más recientes tecnologías con el fin último, y admirable, de mejorar el bienestar visual y la calidad de vida de sus pacientes.

Pero si de ojos hablamos en esta presentación, según un proverbio árabe, “los ojos no sirven de nada a un cerebro ciego”. Este no ha sido el caso del Profesor Lajara, quien como en Juan Salvador Gaviota: “gaviota que ve lejos, vuela alto”, su cerebro audaz siempre miró el horizonte desde lejos. Y en consecuencia, ha volado, y vuela muy alto. En la Universidad Católica San Antonio de Murcia ha sabido crear un departamento muy competitivo en el marco de un proceso disciplinado e intenso. Ciertamente es que Don José Luís Mendoza eligió bien a quien encomendar la preparación del Curriculum de la titulación de Medicina. La personalidad, preparación y dedicación del Profesor Lajara Blesa garantizan no sólo un presente exitoso sino un futuro asegurado ya que las reformas que está implementando, basadas en su amplia experiencia, están incidiendo favorablemente en la creación y modernización del ambiente de trabajo y formación de los nuevos y futuros profesionales de la Medicina.

Por último, que no menos importante, esta brillante trayectoria nunca hubiera sido posible sin la presencia cálida y atenta de su esposa Doña Concha que ha sabido brindarle equilibrio, soporte emocional e intelectual y es un tremendo apoyo moral. Asimismo, sus hijos: Natalia, nacida en Barcelona, Fernando nacido en Pamplona y Raquel nacida en Murcia, así como Guillermo y Paula.

Como han podido comprobar ustedes, la labor del Profesor Jerónimo Lajara Blesa ha sido aprovechar de forma continua y acertada todas las oportunidades que se le han presentado para hacer realidad y construir con éxito proyectos de futuro creando nuevo conocimiento en el campo de la oftalmología y del que se beneficiaran también las generaciones futuras. El Dr. Lajara sigue siendo el boy-scout de toda la vida. En su vida como médico, oftalmólogo y profesor ayudar a crear un mundo mejor donde las personas puedan desarrollarse como individuos y jugar un papel constructivo en la sociedad. Pero además y compruébenlo, siempre sonríe. No es una sonrisa fingida, ni es

sarcástica, ni una máscara. Es una sonrisa natural ya que Una dificultad deja de serlo tan pronto como sonrías ante ella y la afrontes. Una sonrisa es la llave secreta que abre muchos corazones (Baden-Powell). Su sonrisa es poderosa y desde el principio abre el corazón de sus pacientes, de sus colegas y de sus amigos.

Por todo ello, así como por su trayectoria profesional, por su dedicación a la ciencia, a la medicina y a la oftalmología, y por su categoría como persona, más allá del protocolo y la cortesía, le manifiesto mi profundo respeto y sincera admiración y amistad.

Con la venia del Señor Presidente, me complace darle la bienvenida como Académico Correspondiente a esta bicentenaria Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia para la que es un grandísimo privilegio contar entre sus miembros con Don Jerónimo Lajara Blesa cuyo nombre quedará escrito en la historia de la medicina murciana.

He dicho.

CONFERENCIA DE RECEPCIÓN POR EL  
ILMO. SR. DR. D. JERÓNIMO JESÚS LAJARA BLESÁ

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Excmo. Sr. Consejero de Presidencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Excmo. Sr. Presidente de la Universidad Católica San Antonio de Murcia

Excma. y Magnífica Rectora de la Universidad Católica San Antonio de Murcia

Ilma. Secretaria General de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Excmos. e Ilmos. Srs Académicos

Excmas. e Ilmas. autoridades

Queridos compañeros, familiares y amigos

Señoras y Señores.

Muy buenas tardes

Antes de comenzar el discurso de ingreso como ACADÉMICO CORRESPONDIENTE en esta Real Academia, quiero expresar mi gratitud a todos los Académicos de Número por hacerme participe de esta gran institución del buen saber y entender de la Medicina de Murcia.

Quiero dar también las gracias a toda la gran familia que es la UCAM, liderados por su Presidente, por darme la oportunidad de trabajar en dicha Universidad y poder dar rienda suelta a la vocación docente que heredé de mis padres.

A todos los pacientes que he tratado a lo largo de mi carrera, por aportar cada uno su grano de arena a mi formación profesional y personal.

También a mis colaboradores, compañeros y amigos por aceptarme como soy y por su comprensión y afecto.

No me puedo olvidar aquí de toda mi familia, que sufre en silencio las largas jornadas de trabajo que nuestra profesión demanda.

Gracias a todos los presentes por acompañarme en este acto tan entrañable y emotivo.

Hace un tiempo tuve la oportunidad de recibir un regalo muy especial de un colega médico que ejerce en mi pueblo natal, un libro. Este lleva por título "*la vida del médico*" y fue escrito en 1947 por el eminente Dr. D. Manuel Marín Abat,

oftalmólogo y profesor de la Beneficencia Provincial de Madrid, nacido en Almería y que por desgracia ya no se encuentra entre nosotros para poder pedirle consejo.

Voy a apoyarme en sus palabras para expresar por lo que estoy aquí, por lo me hice médico y por lo que espero continuar en este trabajo mientras tenga posibilidad.

“Todas las profesiones, todos los oficios y todas las ocupaciones, y cada uno en la capacidad de su radio de acción, son terreno apropiado para hacer el bien; pero entre todos, ocupa el lugar preeminente, de verdadero privilegio, la Medicina, por ser la que más íntimamente se pone en contacto con la Humanidad, llegando a conocer las enfermedades, sus flaquezas, sus pasiones, sus vicios..., sus amarguras. Es decir, que el médico actúa, se desenvuelve, vive, en el ambiente de mayor conocimiento de los dolores físicos y morales de sus semejantes; y, por tanto, tan apropiado para practicar la caridad, cual ningún otro profesional, incluyendo al sacerdote fuera de la esfera espiritual que le compete.

Por eso, su actuación, su conducta, su vida entera, han de estar consagradas al cumplimiento de la elevada misión espiritual que le está confiada; sin que en modo alguno deba declinar, cercenar o tergiversar tan ineludible deber.

Ahora bien: ¿el médico cumple siempre con la obligación moral que su profesión le impone?

Este interrogante debe acuciar siempre nuestra propia conciencia, viendo la manera de contestarlo del mejor modo posible, porque su simple enunciación ya lleva consigo un tácito propósito de modificación y de enmienda”.

Estas palabras de mi admirado colega, que escribió hace ya 67 años, siguen estando vigentes en el siglo de la tecnificación y del avance imparable del conocimiento y de la curación de la enfermedad.

Esta capacidad de ayuda y de aliviar al que padece, puede llevarnos a uno de los peores pecados del hombre y, mucho más grave, del Médico, ..... la soberbia.

Si no enfocamos nuestro trabajo con humildad, sabedores de lo mucho que nos queda siempre por saber y descubrir, y si no sabemos escuchar al que padece, porque nuestro “ego” nos lo impide, perderemos la posibilidad de ejercer nuestro trabajo con la diligencia debida.

Esa falta de humildad es uno de los mayores peligros del médico joven e inexperto o maduro y experimentado y..... no podía ser menos....., cuando empecé mi carrera, yo también caí en sus “redes”, a pesar del buen ejemplo de mis padres y de mis abuelos.

Después de 27 años de profesión sigo luchando contra este mal y no me encuentro curado, así que les pido perdón de antemano si encuentran en este discurso algún síntoma del mismo.

El tema del que quiero hablarles hoy, ha sido siempre, en el campo de la oftalmología, un tema menor. Ha estado relegado a los últimos puestos, en orden de importancia, en nuestro quehacer diario.

La causa de la falta de interés se debe principalmente a que en nuestra especialidad contamos con patologías de enorme transcendencia social. En muchas de ellas nos jugamos el ver o no ver.

El ojo es un órgano fundamental del cuerpo humano que a menudo no valoramos suficientemente. Gracias a los ojos, podemos percibir el mundo, ver a nuestros seres queridos, apreciar la belleza y conocer lo que nos rodea. A través de los ojos podemos percibir los colores, las formas y los sentimientos de los que nos rodean.

Al margen de su función principal que es la vista, los ojos son muy importantes porque forman una parte muy especial de nuestro rostro. Los ojos y la mirada transmiten muchos sentimientos hasta el punto que muchos dicen que los ojos son la ventana del alma. A través de los ojos se puede transmitir alegría, esperanza, emoción, amor y también tristeza, desesperación o angustia. A muchas personas les resulta muy difícil ocultar sus sentimientos porque sus ojos y su mirada los delatan. Por este motivo, es habitual que la gente mire a los ojos de otra persona para saber lo que está pensando o lo que realmente siente.

Para muchas personas es importante estar con gente que sea capaz de mirar a los ojos y sostener la mirada y a menudo no se confía en aquellas personas que no pueden mirar fijamente a los ojos. Las miradas también juegan un papel muy especial en otras cuestiones. Una mirada puede comunicar mucho más que unas palabras, y comunicar cosas que a menudo son difíciles de describir con palabras, como por ejemplo la ternura que refleja la mirada de una madre hacia su bebé.

Como decía, nuestra especialidad está muy centrada en la visión, pero tenemos otras partes de la misma, menos reconocidas por su poca influencia en la misma pero muy importantes por su gran influencia en la mirada. Estas subespecialidades, oculoplástica, estrabismo, vías lagrimales, etc., tienen cada vez más desarrollo, no solo por su importancia estética, sino por su gran influencia en la calidad de vida, aspecto de la medicina éste que está jugando un papel cada vez más creciente en nuestra sociedad.

Dentro de estas subespecialidades, la cirugía de vías lagrimales, ha pasado de tener una situación anecdótica en los servicios hospitalarios a contar en la actualidad con unidades multidisciplinarias, abordándola conjuntamente oftalmólogos y otorrinolaringólogos.

Desde que, en el año 1990, el entonces Catedrático y Jefe de Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico de Barcelona, Profesor Demetrio Pita Salorio, me encargara, en mi 4º año de residencia, que organizara la primera unidad dedicada a las vías lagrimales (teníamos una lista de espera de 3 años porque nadie quería operar a estos pacientes), mi interés por ese campo no ha disminuido sino que ha ido creciendo, con nuevos retos, nuevas preguntas, nuevos desafíos.

De aquellos primeros pasos, en el hoy llamado Hospital Clinic, y tras continuar con el tema en la Clínica Universitaria de Navarra, nació mi tesis doctoral que defendí en Julio de 1994 en la Universidad de Navarra y que me hizo iniciarme modestamente en el camino de la investigación clínica.

La lágrima es secretada por la glándula lagrimal y, tras realizar su función protectora y lubricante en el ojo, es bombeada por el cierre de los párpados hacia la vía de drenaje.

La vía de drenaje lagrimal comienza en los puntos lagrimales de ambos párpados, superior e inferior, continúa por sendos canaliculos que confluyen en un único canaliculo común. Este desemboca en el saco lagrimal.

El saco lagrimal se localiza en la fosa ósea lagrimal en la región anterior de la pared orbitaria media. Descansa sobre una capa perióstica y se encuentra cubierto por una fascia que es una extensión del periostio. Se relaciona en su región medial con las estructuras que constituyen la fosa lagrimal, en la parte anterior del apéndice frontal del maxilar y en la región posterior del hueso lagrimal.

El conducto nasolagrimal es una continuación del saco hacia abajo hasta su terminación en el meato inferior de la nariz. El pasaje óseo de 12 mm de largo se continúa por debajo de la porción nasal como porción intrameatal (5 mm). La abertura de dicho conducto se encuentra en la parte anterior de la pared lateral del meato inferior.

La obstrucción del conducto nasolagrimal convierte al saco en una bolsa cerrada que se contamina por los detritus del medio, la conjuntiva y las secreciones de la mucosa lagrimal. La mezcla resultante es un medio de cultivo ideal para las bacterias incluyendo los gérmenes anaerobios y los hongos.

El saco lagrimal obstruido habitualmente se dilata con el tiempo y se manifiesta como una masa quística en el canto interno que, a veces, se infecta con fuerte dolor y tumefacción y esto representa un riesgo cierto de infección intraocular ante cualquier cirugía sobre el ojo.

*Para solucionar este problema solo tenemos la cirugía.*

La historia de la cirugía de la vía lagrimal de drenaje comenzó hace miles de años con un enfoque empírico a los problemas del sistema de drenaje lagrimal, y solo recientemente, se ha desarrollado hacia un enfoque científico con una base anatómica y fisiológica firme. Antes, el tratamiento de trastornos lagrimales, no estaba basado en el conocimiento de la patología, pero estaba motivado por la necesidad de aliviar síntomas molestos.

La cura radical de la epífora, lagrimeo por obstrucción de la vía lagrimal de drenaje, se intentaba por medio de la cirugía, a menudo, después de que se aplicaran varios remedios vegetales y minerales al paciente.

Los resultados alcanzados por estas técnicas quirúrgicas primitivas permanecieron prácticamente igual durante muchos siglos.

El Código de Hammurabi (1728 a.C. aproximadamente), hace la primera referencia documentada al tratamiento quirúrgico de una fístula lagrimal o un absceso del saco lagrimal.

Hay referencias a tratamientos de la vía lagrimal en la medicina china en los manuscritos de la dinastía Chand (2000 a.C.) y en la medicina india (1500 a.C.).

En el papiro de Ebers, el más antiguo de todos los papiros encontrados en Egipto, se observan referencias en dos ocasiones.

En la tradición hipocrática se habla del lagrimeo en las personas mayores, pero no se hace mención de ningún tratamiento.

Galeno ya empieza a distinguir entre lagrimeo (exceso de secreción lagrimal) y epífora (dificultad en el drenaje lagrimal) y fundamenta los tratamientos según una descripción anatómica. Propone una escisión del absceso con abordaje óseo; pero, va más lejos y recomienda perforar el hueso con un hierro al rojo y colocar un cáustico a fin de evitar una cicatrización demasiado rápida. Esta técnica puede considerarse como una ablación del saco lagrimal bastante eficaz y nos encontramos probablemente ante el ancestro de la dacriocistorrinostomía.

En el mundo árabe encontramos referencias en los textos de Avicena (980 d.C.) donde recomendaba la aplicación de judía con una sonda hasta la fístula.

Durante la edad media y el renacimiento no se produjeron avances importantes en la cirugía lagrimal.

Con Gui de Chauliac (1300-1368) se anuncia ya lo que será el espíritu de los cirujanos en los siglos venideros, pero manteniendo siempre la aplicación de hierro al rojo y los cáusticos, y dejando de lado la trepanación y el sondaje.

Ambroise Paré (1510-1590) preconiza la cauterización de la fístula mediante quemadura e ideó un protector metálico para el ojo.

Las bases anatómicas y fisiológicas de la patología se van a convertir de una forma relativamente rápida en el tema de preocupación de los médicos del siglo XVII, gracias al progreso y al impulso de la imprenta y al impulso en el conocimiento del cuerpo humano que supuso el que se pudieran hacer autopsias.

Fallope (1524-1562) redescubre y describe los puntos lagrimales y los canalículos.

Giovanni Baptista Leone (1536-1606) hace una descripción precisa del canal lagrimo-nasal.

Nicolás Stenon (1638-1680) publica en 1662 la descripción de los canales de la glándula lagrimal.

Será en los siglos XVII y XVIII cuando se desarrollarán en el mundo occidental las aplicaciones terapéuticas apoyándose en razonamientos lógicos y en los nuevos conocimientos de anatomía y fisiología.

El maestro Juan (1707) dedica, en un tratado sobre enfermedades de los ojos, un capítulo a la patología lagrimal, donde se hace una buena distinción entre absceso lagrimal y fístula, y en el que se indica la terapéutica de la cauterización sólo en los casos más graves. En este tratado, preconiza los compuestos químicos (óxido de cobre, precipitado de mercurio) para tratamientos locales.

Casi al mismo tiempo, Woolhose (1650-1702) practica una dacriocistorrinostomía, no como último recurso, sino en el curso de sesiones de demostración.

Stahl (1694-1716) da a conocer una concepción totalmente nueva según la cual la fístula lagrimal es en esencia una patología del saco lagrimal y de los tejidos que la rodean. Asimismo, elabora un diagnóstico diferencial entre las distintas causas del lagrimeo.

Anel (1679-1730) es el primer gran especialista europeo de patología lagrimal. Perfecciona la jeringa que lleva su nombre, así como numerosos dispositivos de sondaje de las vías lagrimales. Conoce perfectamente la anatomía de éstas, intenta curar los abscesos lagrimales recanalizando hasta la nariz las

vías obstruidas. Es el primero que utiliza la presión sobre el saco lagrimal y el reflujo de la mucosidad a través de los puntos lagrimales como medio diagnóstico.

La explicación fisiológica del flujo de las lágrimas hacia la nariz la ilustra Jean Louis Petit (1674-1780) en la memoria de la Academia Real de Cirugía de Francia del año 1734. Realiza una sorprendente descripción de la función lagrimal y de la mecánica de bombeo de las lágrimas. Idea una técnica para el tratamiento de la dacriocistitis que se mantendrá vigente cerca de un siglo. Propone sondear con una aguja roma el conjunto del sistema lagrimal de excreción; esta aguja, que llevaba un hilo, se pasaba por la nariz llevando sustancias terapéuticas antisépticas por el canal lacrimonasal mediante la tracción del hilo de forma retrógrada.

Benoist Mejean retoma esta técnica en 1747 pero utilizando una aguja de oro.

Palucci (1719-1780) utilizará también esta técnica inventando una sonda hueca con la finalidad de guiar el paso de una crin de caballo.

Se puede resumir el progreso de la técnica de repermeabilización de las vías lagrimales en los siglos XVIII y XIX considerando tres procedimientos generales:

1. Restablecer las vías naturales para el paso de las lágrimas.
2. Abrir una vía artificial
3. Extirpar las vías naturales, fuente de infecciones

El restablecimiento de las vías lagrimales responde a la idea de Anel y de Gensoul (1844) quien realiza un lavado comenzando por la nariz. Esta idea fue recogida por De Graefe y Le Petit, el cual dejaba una aguja durante varias semanas.

La dilatación canalicular y del canal está preconizada por De La Foreste (1753) quien la considera también realizable por vía nasal. Este método será perfeccionado por Bowman (1857) quién utilizará sondas de plata de tamaño progresivo para la dilatación de los puntos y canalículos.

Mejean deja colocada una mecha embebida en sustancias medicamentosas para ir aumentando progresivamente su calibre.

Jean Louis Petit (1734) propone un tercer procedimiento para pasar el canal lacrimonasal por vía cutánea; efectúa una dilatación temporal mediante una sonda cuyo calibre irá en aumento.

Scarpa (1780) inserta un clavo de plomo y Desmarres (1854) utilizará cuerdas de violín.

Dupuytren (1812) introducirá algunas variantes como la utilización de una cánula de platino, plata u oro hueca de 20-25 mm de largo de diámetro.

El procedimiento de crear una vía artificial para el drenaje de las lágrimas, considerada por Woolhouse, tras la extirpación del saco lagrimal y la abertura del hueso de la nariz con colocación de una cánula de oro, fue posteriormente perfeccionado por Hunter y más tarde por Reybard, que inventó una pieza que permitía quitar el hueso unguis y curar radicalmente las fístulas.



Laugier (citado por Desmarres, 1854) es el primero en proponer abrir la fístula por el seno maxilar.

Mannonni (1748) propone la ablación o cierre del sistema evacuador de las lágrimas. Éste fue criticado por Scarpa pero se utilizó a menudo. Se trataba de una variante de la cauterización con el hierro al rojo de Celso u Galeno, aunque con procedimientos químicos.

La ablación completa del saco será descrita más tarde por Terson (1891).

Reybard de Lyon (1848) modifica la técnica de Woolhouse y propone que la perforación voluntaria del unguis debe ser amplia y exceder los 5 mm de anchura de forma que sea permanente.

El final del siglo XIX está caracterizado por la exacerbación de las discusiones sobre los tratamientos y las técnicas, sin que por ello se produzca ningún progreso importante. Se repetirán numerosas discusiones sobre la necesidad de sondajes, dilataciones e irrigaciones del sistema lagrimal, así como de la necesidad o no de la extirpación completa del sistema lagrimal.

Mandelstamn pone de moda el raspado del conducto nasolagrimal, que permanece hasta principios del siglo XX.

Gorecki introduce la galvanoterapia en 1889, que consistía en introducir una sonda de Bowman en el canal como un ánodo, mientras que una cánula de platino era colocada por la nariz como cátodo, luego se aplicarán 2 mA de corriente galvánica durante 30 segundos. Esta técnica se seguirá utilizando en 1942 por Morgenstem, el cual aportaba buenos resultados con la misma.

Por esas fechas, la resolución de la enfermedad de las vías lagrimales se estaba orientando ya hacia la extirpación completa del saco lagrimal o dacriocistectomía.

Fue Woolhouse (1650-1730) el que realiza la primera dacriocistectomía total y sistemática, pero es Berlín (1868) el que se considera el padre de la dacriocistectomía moderna. Su técnica es modificada posteriormente por Graeffe, Kuhnt, Czermak, Axenfeld, Meller y otros muchos.

En 1929, Meller expuso su método de dacriocistectomía. Después de hacer un corte limpio en la piel, fascia superficial, músculo orbicular y fascia profunda detrás de la cresta lagrimal anterior, exponía la mucosa del saco lagrimal y cuidadosamente la separaba de la fascia circundante. Después separaba el saco de la entrada del canalículo con un tijeretazo seco. Por último, cortaba el cuello del saco lagrimal por donde empieza el canal nasolagrimal y raspaba totalmente el tejido blando dentro del canal. Este método se ha mantenido hasta la fecha aunque con unas indicaciones mucho más reducidas.

Otra técnica que tuvo muchos seguidores a finales del siglo XIX y principios del XX fue la denominada dacriocistectorrinostomía. Esta consistía en la extirpación completa o parcial del saco lagrimal y la creación de una abertura en la fosa del saco lagrimal y mucosa nasal adyacente.

Aunque este procedimiento apareció en 1724 con Platner y tuvo su auge con Blaskovic (1912), Morgenstem (1942) y Hogan (1947), nunca ha conseguido la aceptación de que goza la dacriocistectorrinostomía externa. No obstante, todavía hay autores que abogan por la dacriocistectorrinostomía sin colgajos mucosos.

Incluso las técnicas mas modernas con láser diodo se basan en este principio de abertura sin colgajos.

Becker en 1988 reporta un éxito del 90% con la técnica de dacriocistorrinostomía sin colgajos, que no es nada mas que una mezcla entre la dacriocistectomía y la dacriocistorrinostomía externa.

El antecedente mas claro de la dacriocistorrinostomía externa está en Scarpa, el cual creó, en 1801, una comunicación entre el saco lagrimal.

La siguiente contribución de importancia fue hecha por Toti, que publicó un artículo en 1904 describiendo un tratamiento quirúrgico de dacriocistitis. Era extirpada una parte de la pared posterior interna del saco lagrimal, las celdillas etmoidales eran eliminadas con martillo y cincel y finalmente se resecaba una parte de la mucosa nasal.

La técnica de Toti creó algunas controversias, relacionadas con la dificultad del procedimiento comparado con la dacriocistectomía.

Siguió un periodo de desarrollo rápido en la técnica y sucediéndose las modificaciones.

En 1909, Toti recomienda aumentar el diámetro de la abertura ósea.

En 1914, Kuhnt cortaba la mucosa nasal en forma de herradura y suturaba este colgajo al periostio anterior a la osteotomía.

También en 1914, Lowestein realizó la operación de Toti con trépanos de 6 a 12 mm de diámetro, accionados por un motor eléctrico.

En 1919, Soria abrió el saco y a través de su cavidad perforó la pared interna, el hueso y la mucosa nasal, dejando una mecha de gasa en la abertura entre saco y mucosa nasal. Más tarde modificó la técnica, suturando un solo colgajo de mucosa nasal al colgajo posterior de saco lagrimal y el colgajo anterior de mucosa nasal al borde anterior de la abertura ósea.

En 1920, Ohm disecó colgajos anteriores y posteriores de ambas mucosas cosiéndolas posteriormente.

En 1921, Mosher siguió la técnica de Toti, pero el colgajo anterior del saco era suturado al periostio anterior circundante a la osteotomía.

También en 1921, Dupuy-Dutemps y Bourget desarrollaron una técnica similar pero no extirpaban una parte del saco lagrimal. Su alto porcentaje de éxito la hizo popular rápidamente.

Basterra modificó la técnica de Dupuy-Dutemps en 1925 suturando solamente el colgajo anterior y usando una fresa de dentista para marcar el contorno de la osteotomía.

En 1929, Arruga introdujo sus trépanos cilíndricos con un motor eléctrico.

En 1930, Gutzeit introdujo dos fresas, una para perforar el hueso y otra para perforar la osteotomía.

La siguiente modificación importante fue hecha por Iliff en 1945 al introducir el uso de la sierra oscilante para realizar la osteotomía.

En 1971, Krasnou introduce la resección ultrasónica del hueso, pero no consigue mucha difusión.

Durante el desarrollo de la dacriocistorrinostomía se han utilizado diversos materiales para impedir el cierre de la nueva vía por el tejido de granulación y la cicatriz de contractura.

Ya desde Galeno existe la preocupación por evitar una rápida cicatrización después de la intervención sobre las vías lagrimales.

Scarpa, en 1801 ya informó del uso de sondas o hebras de hilo.

En 1949, Hallum usó sutura de seda.

En 1953, Abrahamsom y Stichel utilizaron hilo de acero inoxidable.

En 1955, Romanes sugirió la inserción de un catéter de caucho.

En 1957, Bonaccolto utiliza un tubo de polietileno.

En 1963, Veirs aconseja el uso de una mecha mantenida en su sitio con una sutura de seda de 4/0 que se pasaba por el canalículo inferior.

En 1965, Mirabile y Tucker usaron un implante de esponja de silicona afilado.

En 1967, Gibbs introduce la intubación con silicona para la cirugía lagrimal y Murube Del Castillo publica su técnica de "compresión ab interno".

En 1970, Quickert y Dryden introducen la intubación bicanaliculonasal con silicona utilizando un hilo de plata como guía.

En 1971, Iliff propone la inserción de un catéter de goma de calibre 12.

En 1974, Vergne propone una bola de Silastic® cuyas extremidades, metidas en un tubo de mayor tamaño, salen en las fosas nasales y cuya extremidad superior mantiene abierta la osteotomía.

En 1976, Picó propone la intubación monocalicular con un hilo de seda de 4/0.

En 1977, Elie realiza un molde en material plástico con una extremidad deshilada que ocupa el canalículo y una abultada que ocupa el saco y la osteotomía.

En 1978, Mouly propone como material de intubación una sonda de Fogarty de endoarterectomía con calibre inferior a 1 mm.

En 1982, Leone propone la interposición de una esponja de trombina.

En 1986, en el congreso de la Sociedad Española de Oftalmología, celebrado en Barcelona, Gutiérrez Sevilla y Pablo Zaragoza proponen la interposición de una sonda vesical de Foley nº 8.

Como hemos podido observar, se ha insistido mucho, a finales del siglo XX, en procurar el fracaso de la fístula creada en la dacriocistorrinostomía mediante diferentes sistemas o técnicas de interposición. Todas tienen en común la idea de separar los colgajos mucosos, anterior y posterior, para evitar su sinequia. Pero se diferencian en que algunas realizan intubación canalicular (mono o bicanalicular) y otras no.

Desde que Toti creara el término dacriocistorrinostomía en 1904 y Dupuy-Dutemps y Borguet introdujeran la sutura de los colgajos mucosos en 1921, la polémica sobre la necesidad de interponer distintos materiales en la fístula y de suturar solamente los colgajos anteriores o ambos, continua.

Muchos autores defienden la idea de que se obtiene el mismo porcentaje de éxitos realizando solamente la anastomosis mucosa anterior y utilizando un material de interposición.

Autores como Weil, Milder, Linberg y otros defienden la idea de que es mejor realizar una buena anastomosis tanto anterior como posterior y cuando esto se realiza correctamente, los sistemas de interposición no son necesarios porque no mejoran el pronóstico quirúrgico y además son fuente de complicaciones.

Esta aceptado entre la comunidad oftalmológica que una dacriocistorrinostomía puede fracasar por un diagnóstico erróneo, por una técnica quirúrgica incorrecta o por cierre del canalículo común o de la anastomosis mucosa.

El cierre del canalículo común puede producirse por una incisión incorrecta en el saco lagrimal, por excesiva manipulación de los canalículos, por retracción cicatrizal postoperatoria o por edema y hemorragia postoperatoria abundante.

El cierre de la anastomosis quirúrgica puede producirse principalmente por coincidencia de las líneas de sutura de los colgajos, por necrosis mucosa, por excesiva retracción cicatrizal, por edema y hemorragia postoperatoria y menos frecuentemente por acumulación de moco y pus en un fondo de saco residual o por cierre fibroso de la osteotomía.

Hasta el año 1994 no existían publicaciones que demostraran si la interposición era o no efectiva y todas las sugerencias de los autores estaban basadas en impresiones clínicas.

Fruto del trabajo de investigación realizado entre los años 1989 y 1994, primero en el Hospital Clínico de Barcelona y después en la Clínica Universitaria de Navarra, defendí mi tesis titulada “Técnicas de interposición en la dacriocistorrinostomía: Estudio prospectivo” en agosto de 1994 en la Universidad de Navarra.

En ella conseguimos demostrar que:

1. No existían datos objetivos que sugirieran que el uso de las técnicas de interposición mejorase el porcentaje de éxito en la dacriocistorrinostomía externa.
2. La técnica de compresión “ab externo” de Murube podía ser de utilidad para los casos con abundante hemorragia o sospecha de mayor sangrado postoperatorio.
3. La intubación bicanaliculonasal presentaba mayor número de complicaciones que las demás técnicas de interposición.
4. La dacriocistorrinostomía externa presenta un alto porcentaje de éxito quirúrgico (90%), por lo que puede ser recomendada a todos los pacientes con epífora por obstrucción distal al canalículo común, que no presenten complicaciones añadidas.
5. En ausencia de complicaciones previas, no hay ningún dato de la historia clínica que nos pueda ayudar en el pronóstico quirúrgico.
6. La ausencia de dacriocistitis crónica nos podría mejorar el pronóstico postoperatorio por una mejor localización del saco lagrimal.
7. Realizando ambos colgajos mucosos se obtienen los mismos resultados quirúrgicos que si se realiza el colgajo anterior.

El hecho cierto de que la cicatriz que deja la incisión en piel de la dacriocistorrinostomía externa puede ser, a veces, antiestética, indujo a muchos cirujanos a pensar en el abordaje endonasal para evitar este problema.

La primera referencia al abordaje endonasal del saco lagrimal fue hecha por Caldwell en 1893.

La fenestración del saco lagrimal tal como se hace actualmente está basada en la técnica descrita por West en 1911 y en las modificaciones realizadas por Mosher.

Con la llegada del microscopio binocular la utilización de medios ópticos para la cirugía endonasal fue descrita por Heerman en 1958, Prades en 1970 y Rouvier en 1981.

La primera referencia a la utilización de los endoscopios en la dacriocistorrinostomía endonasal fue hecha por Rice en 1988 y Mc Donohg en 1989. La utilización del endoscopio permite la visualización completa de las estructuras del cornete medio, lugar de trabajo para esta cirugía.

El uso de la endoscopia nasal popularizó la técnica entre los especialistas de otorrinolaringología y nos obligó a introducirnos en el estudio de la nariz, terreno hasta entonces desconocido para el oftalmólogo.

La aparición del láser y endoscopio junto con la minimización de las fibras ópticas han permitido modificar la técnica quirúrgica, estableciendo las bases de la cirugía mínimamente invasiva del sistema lagrimal, la Dacriocistorrinostomía transcanalicular con láser diodo asistida por endoscopia nasal, también llamada DCR láser.

Consiste en la marsupialización del saco lagrimal a fosa nasal creando una fístula permanente. La vía de abordaje son los conductos naturales: puntos, canalículos, saco y fosa nasal y no causa, por tanto, cicatriz visible. Es una cirugía sencilla, rápida (menos de 15 minutos) <sup>que</sup> precisa unos mínimos requerimientos anestésicos debido al escaso traumatismo quirúrgico, con una mínima morbilidad operatoria y postquirúrgica y con respeto del mecanismo de bombeo, al no incidir en músculos ni ligamentos.

Massaro <sup>realizó</sup> en 1990 una DCR asistida con láser de Argón por la vía de acceso endonasal ayudado con un microscopio quirúrgico.

Gonnering <sup>en</sup> 1993 lo utiliza por vía endonasal con un endoscopio.

Levin <sup>refiere</sup> por primera vez la vía endocanalicular y utilizó el láser en cadáveres en 1992.

Christenburry describe por primera vez esta vía de abordaje en pacientes utilizando un láser de Argón en 1992.

Durante los primeros años, los éxitos publicados fueron entre un 50 a un 60%.

La aparición del láser diodo con una longitud de onda de 980 nm. que asegura una buena absorción por la oxihemoglobina, ha posibilitado mejorar el método endonasal mediante la realización de la osteotomía, con la introducción de una fibra de entre 300 a 600 micras a través de los canalículos, que nos ayuda también para coagular, evitando así los grandes sangrados que, a veces, nos dificultaban la técnica.

Gracias a esta posibilidad de realizar la técnica sin sangrado, lo que posibilita hacerlo en más pacientes y de forma bilateral, de no tener cicatriz postoperatoria y necesitar menos tiempo quirúrgico y por tanto de anestesia, ha hecho que la DCR láser sea la técnica de elección en nuestro centro, aunque convive, en menor medida, con la DCR externa, la dacriocistectomía, la intubación bicanaliculonasal y el sondaje.

La técnica de DCR láser consiste en lo siguiente:

Una vez que el paciente está sentado en la mesa de quirófano en posición Anti- Trendelemburg, se colocan un par de lentinas empapadas en tetracaina tópica al 1% y epinefrina al 1/100.000 en la fosa nasal ipsilateral a la epífora.

Se instila 2 gotas de colirio anestésico doble de tetracaina 1 mg/ml y oxibuprocaina 4 mg/ml en el fondo de saco conjuntival inferior, 5 minutos antes de la intervención.

Se realiza una suave sedación mediante remifentanilo junto a midazolán y se le coloca unas gafas nasales con oxígeno a 3 litros/minuto.

En algunos casos donde el paciente presente alguna molestia, se le administra una ampolla de Nolotil® o 1 gr. de paracetamol intravenoso.

Se dilata el punto lagrimal superior, inyectamos viscoelástico y buscamos a través la luz del canaliculo lagrimal.

Una vez dilatado el punto lagrimal y el canaliculo, introducimos la fibra óptica flexible y recorremos punto lagrimal, canaliculo superior, canaliculo común, y saco lagrimal.

Al llegar al saco lagrimal notamos un tope duro que corresponde con el hueso lagrimal.

Este es el momento donde se realizan disparos cortos con el láser diodo con una energía media de 498 Julios.

En caso de huesos duros utilizamos el modo continuo con potencias de 10-12 W.

Ahora entra en escena el cirujano otorrinolaringólogo, pues es el que introduce un endoscopio en la cavidad nasal que sirve de guía para usar la energía láser de contacto, permitiéndole al cirujano oftalmólogo la localización exacta de los impactos mientras realiza la osteotomía.

La mayoría de las veces tenemos que luxar medialmente el cornete medio para obtener una mejor visión endoscópica, aunque tendremos cuidado de no excedernos demasiado con la manipulación del cornete medio para no crear sinequias posteriores que puedan empobrecer el pronóstico postoperatorio.

Una vez realizada la osteotomía por el oftalmólogo, el otorrinolaringólogo entra por vía endonasal y realiza una ampliación de la osteotomía mediante las pinzas en sacabocados de Citelli, para prevenir reestenosis.

Luego realizamos un lavado con suero salino de la nueva vía lagrimal, para evitar el acumulo de detritus y una posible reacción tisular.

A continuación, realizamos la intubación bicanaliculonasal con tubos de silicona recubiertos de PVP ¿??

Por último, se coloca unas tiras de espongostán empapadas en mitomicina C entre la cara lateral del cornete medio y la zona donde se ha realizado la osteotomía.

El fin de la mitomicina C es evitar la formación de estenosis y posibles sinequias, pero todavía no hay ningún estudio serio que demuestre su efectividad. Aunque, bien es verdad, que casi todos los centros donde se realiza DCR transcanalicular Láser, colocan mitomocina C al final de la intervención.

Otra de las ventajas de la DCR con láser diodo es que no precisa taponamiento nasal pues este tipo de láser es menos sangrante que los anteriores.

El paciente es dado de alta a la hora de la intervención, pues es una técnica indolora y no precisa anestesia general.

Los pacientes regresan a su actividad laboral habitual antes de las 24 horas.

Nosotros pautamos como tratamiento domiciliario solamente 3 gotas de Tobradex® colirio cada 4 horas durante 10 días y nometasona spray o furoato de fluticasona spray nasal cada 12 horas durante 1 mes, previo a lavados nasales con suero fisiológico.

Para evitar prolapso del tubo, recomendamos al paciente que evite frotar el canto interno del ojo y sonarse la nariz fuertemente durante las dos primeras semanas.

En la tesis dirigida por mi y defendida por el Dr. Alberto Raposo Jiménez en el año 2012, titulada "Evaluación endoscópica preoperatoria de los pacientes candidatos a dacriocistorrinostomía transcanalicular con Láser diodo asistida por endoscopia nasal (DCR Láser). Influencia de las variantes anatómicas en el resultado. Estudio prospectivo", observamos que las variantes anatómicas observadas en la endoscopia nasal podían dificultar la cirugía e influir en el resultado final y que, a pesar de las bondades de la técnica, el resultado era algo inferior a lo publicado sobre la DCR externa.

Como conclusión final diré que, después de 3 siglos de investigaciones, los principios del tratamiento de la técnica de repermeabilización de las vías lagrimales siguen siendo los mismos que hemos enunciado en los siglos XVIII y XIX, considerando tres procedimientos generales:

1. Restablecer las vías naturales para el paso de las lágrimas (sondaje).
2. Abrir una vía artificial (dacriocistorrinostomía).
3. Extirpar las vías naturales, fuente de infecciones (dacrocistectomía).

Por tanto, hemos sabido mejorar las expectativas de la cirugía de la obstrucción del conducto naso-lagrimonal pero seguimos sabiendo muy poco de lo que la produce en el adulto y nada de su prevención y, claro, seguimos con las mismas controversias.

A MIS PADRES