

FASE IV
POST GRADO DE OFTALMOLOGIA

DOBLE CANALICULO DACRIOCISTORINOSTOMIA

Alternativa en el tratamiento quirúrgico de pacientes con
obstrucción del sistema lagrimal.

Estudio prospectivo efectuado en el departamento
de Oftalmología del Hospital Roosevelt
del primero de Junio de 1984 al primero de Abril
de 1985

DR. R. MAURICIO DE LUCA DI CHIARA

T E S I S

Presentada a la
Universidad de San Carlos de Guatemala
previo a obtener el grado académico de:

MAGISTER SCIENTIFICAE

y el Título de:

ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

INDICE

	Página
INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	2
JUSTIFICACIONES.....	2
ANTECEDENTES.....	3
HIPOTESIS.....	10
RECURSOS.....	10
METODOLOGIA.....	11
RESULTADOS.....	20
DISCUSION Y ANALISIS.....	23
LIMITACIONES.....	26
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	29
ANEXO.....	33

INTRODUCCION

Los cuadros infecciosos persisten en nuestro medio ambiente presentándose en una gama variada de entidades. Dentro de la rama de la Oftalmología, la Dacriocistitis aguda y crónica se presentan con frecuencia y su tratamiento quirúrgico ha causado frustraciones.

La inquietud del presente trabajo conlleva introducir una técnica quirúrgica que resuelva el problema de Dacriocistitis recidivantes y una nueva intervención. Se efectuó la misma en todo paciente quien presentó obstrucción de vías lagrimales alta, baja, post traumática o bien por recidivas debidas a problemas trans o post quirúrgicos.

Se plantea la técnica actual como una alternativa quirúrgica con la modificación de la intubación de ambos canaliculos con una sonda de polietileno que quedará fija varios meses con el propósito de crear una fístula fibrótica y evitar así el cierre del paso establecido quirúrgicamente.

Siendo una nueva técnica quirúrgica, trataremos de mostrar sus cualidades, describir el procedimiento e indicar sus resultados y no compararla con otras técnicas, inquietud que deberá promover su investigación posterior.

OBJETIVOS

- a) Dar a conocer una técnica quirúrgica alterna de Dacriocistorinostomía.
- b) Dominar la técnica quirúrgica alterna propuesta.
- c) Establecer la eficacia de la misma.
- d) Evaluar probables complicaciones en esta técnica quirúrgica.

JUSTIFICACIONES

Debido al pobre resultado de las técnicas actualmente en vigor y analizando la teoría que respalda la presente técnica de crear fistulización fibrótica como paso permanente, se elaboró el presente trabajo de investigación. El propósito del mismo es dar a conocer:

- a) La nueva técnica
- b) Posibles ventajas y desventajas en el uso de la misma.

REVISION DE LITERATURA

Las enfermedades del sistema lagrimal pueden dividirse en dos grandes grupos: trastornos de la glándula lagrimal, que no trataremos en este estudio por no tener ninguna implicación sobre él, y trastornos del sistema de drenaje de las lágrimas. Este último lo subdividiremos en dos:

- a) Obstrucciones situadas por encima del saco lagrimal:

La atresia del punto lagrimal congénita o por corrosión es menos frecuente que la estenosis. Son aún más frecuentes las obstrucciones en los conductos lagrimales como tumefacciones catarrales de la mucosa en las inflamaciones propagadas de la conjuntiva, particularmente comunes en el tracoma, más raros son los cuerpos extraños como pestañas y concreciones fungosas; especialmente el Streptothrix, que provocan verdaderos dacriolitos y canaliculitis purulenta. Streptothrix ahora llamado Arachia Propionica, así como Streptomyces, Actinomyces Israelii (el más frecuente) y más raro Cándida Albicans, Aspergillus Niger y Nocardia se han encontrado asociados a esta entidad nosológica. También alteraciones cicatrizales consecutivas a traumatismos, heridas mal curadas o radioterapia intensa en la región del tercio interno del párpado inferior ocasionan a menudo estenosis grave de los conductos lagrimales.

La causa más importante de alteración del drenaje a nivel del conducto lagrimal y que no ha variado en las últimas tres décadas es la oclusión por un repliegue de mucosa o por una estenosis en la entrada del saco lagrimal, cuya patogenia ha permanecido sin dilucidarse. (20)

Merece la pena mencionar que la malposición o

eversión del punto son vistos en alteraciones tales como Blefarofimosis y Ectropiones de cualquier tipo aunque más frecuente como condición adquirida en individuos de edad avanzada.

Pueden también causar obstrucción o atresia canalicular las conjuntivitis que provocan cicatrización, por ejemplo las causadas por Herpes simple y Zoster, Vaccinia, Tracoma, Mononucleosis y síndromes como Stevens Johnson y Pénfigo ocular. Todo tipo de trauma físico, químico y quemaduras, tumores cutáneos que envuelven el sistema canalicular, el uso de drogas tóxicas como Phospholine Iodide, Idoxiuridina e incluso el sondeo desmesuradamente frecuente por cualquier razón, también puede ocasionar este problema.

b) Obstrucciones en el saco lagrimal y en el conducto nasolagrimal:

Estas obstrucciones son importantes por su gran frecuencia y porque a menudo son causas de complicaciones. Variables anatómicas como la longitud y estrechez del conducto predisponen a la estenosis, así como probables cambios endócrinos que afectan al plexo vascular que rodea el ducto nasolacrimal membranoso hacen que en la mujer predomine la incidencia de dacriocistitis sobre el hombre en 4-5 a 1. En todos estos casos el diagnóstico es enmarcado dentro de las causas idiopáticas. (20)

Infecciones sobre todo con organismos como Pneumococos, Estreptococos, Estafilococos y Difteroide en ese orden de frecuencia, son causantes de estasis, acumulación de lágrima y mucus con la infección subsecuente y obstrucción. Hongos como Actinomyces y Cándida se han reportado y la Sarcoidosis Sistémica ha sido descrita con dacriocistitis crónica recurrente.

Las fracturas nasales y faciales, post cirugía

de senos, descompresión de la órbita y rinoplastias, son causantes también de obstrucciones lagrimales. También se reportan cálculos en el sistema lagrimal que han descendido secundariamente a una canaliculitis previa. Patología intra nasal como sinusitis alérgica y/o hipertrófica, atrofia de la mucosa nasal, poliposis y enfermedad de cornetes pueden causar obstrucción del ducto nasolacrimal, y finalmente neoplasias del saco son causa menos frecuente.

Cualquiera que fuese la causa de la obstrucción del sistema lagrimal, un gran porcentaje de pacientes permanecen con la molesta epífora aún después del tratamiento médico de los cuadros agudos y aún crónicos, e irremediablemente finalizarán en la sala de operaciones oftalmológica.

La finalidad ideal del tratamiento es restablecer el drenaje de las lágrimas y evitar de esta manera que los cuadros infecciosos agudos se tornen más frecuentes de no resolverse el problema.

A través de la historia de la Oftalmología, consecuentemente, se han ido ideando nuevas formas para restablecer un drenaje lagrimal adecuado. Hoy día distamos mucho de los tratamientos que Dominique Anel (1679-1730) utilizaba en su época recanalizando las vías lagrimales en forma cruenta y con cáusticos químicos. Louis Dupuy Dutemps (1871-1946) sin ser el primero en describir una operación de vías lagrimales, si fue el primero en reconocérsele una técnica eficaz, la cual llamó Dacriocistorinostomía y de la cual presentó una estadística de mil casos entre los años 1921 a 1933 a la sociedad oftalmológica de París (5). Sin embargo muchas han sido las técnicas descritas posteriormente debido seguramente al alto índice de recidivas. La eficacia de cada técnica varía en las manos de cada cirujano y no se ha establecido aún un

criterio universal de la técnica óptima. Esta es la mejor explicación al por qué de la insistente búsqueda.

La técnica de Dupuy Dutemps fue sucesivamente modificada por Iliff en 1954 utilizando un trépano especial que lleva su nombre para abrir la ventana ósea en el hueso nasal, anterior a la cresta lagrimal (6). Luego en 1956 Callahan utilizando una Pinza Gubia de Kerrison efectuaba la apertura del hueso desde la cresta lagrimal posterior (técnica aún muy aceptada) (4). Viers en 1969 introdujo la innovación de cauterizar los bordes membranosos de la anastomosis que servía para agrandar la comunicación y disminuir el sangrado (8). Este paso ha caído ya en desuso por no ser práctico ni necesario. En 1971 Picó seccionaba el ligamento cantal interno, paso hoy innecesario también. (9)

En 1957, aparece Benaccolto quien fue el primero que al efectuar la dacriocistorinostomía colocaba un tubo de polietileno desde el canículo inferior (dilatando el punto lagrimal inferior) exclusivamente, haciéndolo llegar a la fosa nasal a través de la anastomosis de mucosas de saco lagrimal y nasal. La técnica no fue muy popular ya que por el diámetro tan grande del tubo, las complicaciones fueron innumerables. (3)

En 1965 Jones describió la técnica clásica de conjuntivo dacriocistorinostomía utilizando tubos Pyrex desde 10 a 16 mm. de longitud para casos de obstrucciones lagrimales de vías altas, la cual persiste aún aceptada aunque no puede negarse su resultado estético pobre. (7)

La idea de canalizar o intubar todo el sistema lagrimal nació sin duda de las técnicas de Callahan, Schie, Worst sobre todo, Greaves, Picó y otros para restaurar los canalículos después de sección traumática. Fue así como una técnica de intubación canalicular

con tubos o sondas de silicón fue propuesta por Quickert y Dryden en 1970 en que por medio de sondas guía de Bowman se recanalizaba toda la vía lagrimal sin tener que efectuar ninguna incisión, obviando totalmente un procedimiento quirúrgico mayor (10). Fue descrita originalmente para reparar laceraciones de canalículos pero ha demostrado su utilidad para aliviar obstrucciones bajas. Consideramos que este tipo de procedimiento ha desplazado en cierto grado la operación de Jones (conjuntivo DCR) la cual queda aún vigente con la única indicación de destrucción canalicular total e imposible de recanalizar, aunque algunos autores como Katowitz sugieren la formación artificial de los canalículos y su reconexión bajo visualización microscópica (4). De la forma que sea, es cierto afirmar que la recanalización del sistema lagrimal no es un procedimiento atraumático, sin embargo sus ventajas posteriores están por probarse. Algunas complicaciones han sido reportadas como el apareamiento de granulomas en el punto lagrimal, rasgadura del punto ya sea por colocar el tubo muy apretado o en niños a los que se les ha dejado por tiempo prolongado y han crecido rápidamente. Claro está que el manejo de éstas es rápido y sencillo. Es rara una hemorragia franca, sin embargo en niños, en los que pudiera representar un problema, es aconsejable la anestesia general y tener sangre disponible por razón necesaria. (1)

Se ha llegado al acuerdo común de dejar el tubo colocado de 2 a 3 meses hasta 6 pudiendo el tiempo ser mayor mientras más anciano sea el paciente. Se remueve fácilmente cortándole con tijeras a nivel del canto interno y halándolo desde la nariz. En niños muy pequeños puede ser necesaria anestesia general para no traumatizar la nueva vía.

En 1977 Crawford describía la intubación con silastic combinada con dacriosistorinostomía, técnica que

hemos tratado en este trabajo y ningún otro autor ha reportado algo similar. (11-12)

Esta técnica ha ido ganando simpatía e incluso David Tse en abril de 1984 propuso un tubo de silicón con un botón especial colocado en el extremo distal para atrapar los dos extremos del tubo. (1-13)

Durante 1983 Girón y el autor intentaron la recanalización con tubos de polietileno desde el canalículo inferior (obviando el superior), pasándolo por la DCR hasta la fosa nasal. El tubo se anclaba 1 mm. por dentro del punctum con seda 6-0. Sin embargo muy tempranamente se observaron complicaciones como pérdida del tubo (que era expulsado con facilidad por la nariz), rasgadura del punctum e incluso la formación de falsas vías transpalpebrales por lo que la técnica fue abandonada. La mayoría de estos pacientes lograron recanalización de sus vías, algunos total y otros parcialmente. Fue así que se decidió intentar la DCDRC que en teoría solucionaría los problemas anteriores.

Considero oportuno mencionar aquí el resultado de varios estudios efectuados en Guatemala que revelan el alto índice de recidivas en la cirugía de vías lagrimales que mueve la difusión de esta nueva técnica.

Schieber en 1978 revela que en un año se operaron 90 casos en un centro asistencial, de dacriocistorinotomía y 14 conjuntivo DCR. 27% del total necesitaron más de 2 operaciones. De los operados de DCR 23% necesitaron reintervención quirúrgica y 42.85% de las conjuntivo DCR también fueron reintervenidas. (15)

Paz en 1981 reporta en 5 años de estudio, en otro centro asistencial, de toda la patología vista de vías lagrimales un 75% correspondían a dacriocistitis, de éstos, 68.75% fueron tratados quirúrgicamente con DCR y un 28.40% recidivaron. (18)

Chacón en 1982 en estudio retrospectivo en un tercer y diferente centro asistencial, durante 8 años, reporta un 48% de recidivas después de una DCR y 24% después de 2 DCR. (16)

HIPOTESIS

- 1) La Doble Canaliculo Dacriocistorinostomía (DCDCR), es una técnica quirúrgica eficaz para resolver el problema de obstrucción de vías lagrimales.
- 2) El procedimiento quirúrgico puede resolver las recidivas y su reintervención.

RECURSOS

A) Humanos:

Pacientes del Hospital Roosevelt que ameritan cirugía por dacriocistitis crónica, sección traumática de canaliculos o recidiva post tratamiento quirúrgico sin patología otorinolaringológica presente.

Un Médico Oftalmólogo y un residente de último año de Oftalmología.

b) Materiales:

Instalaciones del Hospital Roosevelt.
Equipo oftalmológico de diagnóstico clínico.
Equipo quirúrgico.
Papelería anexa a historial clínico (Anexo No. 1).

METODOLOGIA

- 1) Se seleccionaron los casos para la muestra de la siguiente forma:

Pacientes con dacriocistitis crónica
Pacientes con sección canalicular tanto del superior, inferior, ambos o del canaliculo común.
Pacientes con dacriocistitis recidivante post cirugía.

Los datos así obtenidos se analizaron de manera independiente considerando variables comunes para todos los pacientes.

Variables:

Edad, sexo, diagnóstico clínico pre operatorio, complicaciones trans operatorias, permeabilidad post operatoria en diferentes períodos de tiempo y complicaciones tardías.

- 2) Se efectuó evaluación de las vías lagrimales pre operatoriamente, exclusivamente para confirmación del diagnóstico, con: lavado de vías lagrimales, pruebas de Jones.
- 3) Exámenes de laboratorio pertinentes y examen Otorinolaringológico pre operatorio.
- 4) Técnica Quirúrgica:

DOBLE CANALICULO DACRIOCISTORINOSTOMIA (DCDCR)

Indicaciones:

Epífora crónica secundaria a oclusión del sistema lagrimal.

-Absoluta: Obstrucción alta por estenosis o por sección traumática. Dacriocistitis crónica recidivante a dacriocistorinostomía.

-Relativa: Obstrucción baja (caso vírgen).

Anestesia:

- 1) Tapón nasal de gasa mojada en solución de cocaína al 4% y epinefrina 1:1000 insertada profundamente en la cavidad nasal a nivel del área que será trepanada.
- 2) Lidocaína con epinefrina inyectada profunda en el área cercana y alrededor del saco lagrimal. Un centímetro cúbico más es inyectado alrededor del foramen supraorbital e infraorbital en el área de salida de los nervios correspondientes. Incluye anestesia de los nervios supra e infratrocleares.
- 3) Puede ser utilizada anestesia general. (alternativa).

TECNICA:

- 1) Incisión cutánea rectilínea o siguiendo la curvatura de los pliegues de 5 a 7 mm. medial al canto interno 2 mm. arriba del ligamento cantal y llevándola aproximadamente 2 cms. por encima del anillo orbito nasal inferior; muy similar a la técnica tradicional de Dacriocistorinostomía.

Los colgajos cutáneos y el tejido subyacente se separan por disección roma hasta el perióstio el cual también es separado con retractor de saco lagrimal destinados especialmente para ello. El ligamento cantal se separa y usualmente no requiere ser seccionado.

- 2) Se expone el saco lagrimal y el perióstio, y se libera anterior y posteriormente. La parte inferior del saco se eleva y retrae lateralmente exponiendo la cresta y el surco lagrimal anterior desde el borde final del tercio posterior de ésta.

- 3) La cresta lagrimal ósea anterior se remueve usando sinceles y martillo ortopédicos y continuando la apertura con la pinza gubia de Kerrison hasta exponer al menos 1.5 cms. de mucosa nasal.

- 4) Se efectúan incisiones en "I" a través de las caras anteromedial en el saco lagrimal y mucosa nasal proximal. Los colgajos posteriores se suturan con dos puntos de Catgut crómico 3 o 4-0, separados.

- 5) Un tubo flexible de silicón o polietileno de 0.86 mm. de luz se introduce por medio de una guía metálica (puede utilizarse varillas de sondeo lagrimal de Bowman), desde el canaliculo lagrimal superior hasta la abertura conseguida en el literal 4. El otro extremo libre del mismo tubo se pasa por el canaliculo lagrimal inferior hasta la misma abertura. Desde aquí se introduce en la fosa nasal ayudado por la gasa y puntos de seda 6-0 para halarlo y retirarlo de la nariz anudando sus extremos con sutura no absorbible dejando el cabo distal unos 4 a 5 mm. arriba del borde de la fosa nasal tomando el ala nasal como guía.

El colgajo anterior de mucosas se sutura con Catgut crómico 3 o 4-0 puntos separados, cubriendo por completo los tubos y anclándola a tejido celular subcutáneo para crear efecto de "tienda de campaña".

En el tubo a nivel de la carúncula lagrimal se efectúa un agujero para drenaje de las lágrimas con

una aguja #25 previamente calentada en mechero estéril.

- 6) La incisión cutánea se sutura con puntos separados de seda 6-0. No son necesarios vendajes compresivos.
- 7) El tubo queda en su lugar como se muestra en las figuras sin causar daño a conjuntiva, carúncula, cornea, párpado o estructura alguna.
- 8) El tubo se mantiene en su lugar de 8 a 12 semanas, después de las cuales se retira seccionándolo por completo entre ambos puntos lagrimales y halándolo libremente por la fosa nasal.
- 9) Los cuidados post operatorios incluyen:

Higiene estricta, solución antibiótica (colirio), solución descongestiva de mucosa nasal. Todo por tiempo limitado según la evolución del paciente.

Nota: En casos recidivantes en los que frecuentemente se encuentra la pared del saco con tejido fibroso muy duro, se efectúa la abertura de una ventana con tijera de disección curva a nivel por donde deberá pasar el tubo con el objeto de traumatizar mínimamente todas las estructuras.

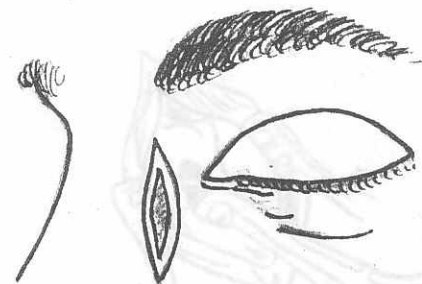
5) Seguimiento Post Operatorio:

Inmediato: Lavado del tubo previo egreso del paciente, recetas por cloranfenicol en colirio 1 gota cada 3 horas y neosinefrina 0.5% qid en fosa nasal.

Control a los 8 días con evaluación por epífora e irrigación del tubo.

- 6) Se efectuaron controles en consulta externa subsiguientemente cada 15 días 4 veces más con los mismos parámetros hasta que se completaron los 3 meses. Se removieron los tubos y se observaron durante 3 o 4 meses más.

1.-



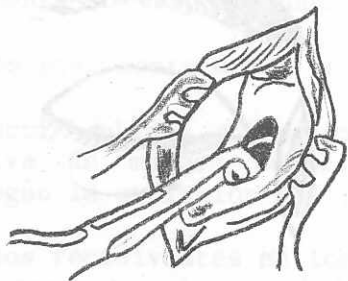
INCISION CUTANEA

2.-



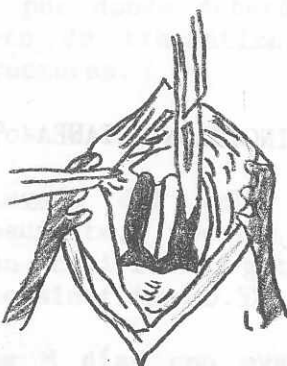
REMOCION DE LA CRESTA LACRIMAL

3.-



APERTURA DE LA VENTANA NASAL OSEA

4.-



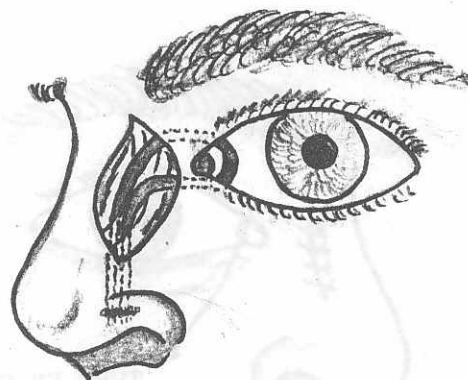
SE FORMAN LOS COLGAJOS DE MUCOSAS DEL SACO Y NASAL

5.-



SE SUTURAN LOS COLGAJOS POSTERIORES

6.-



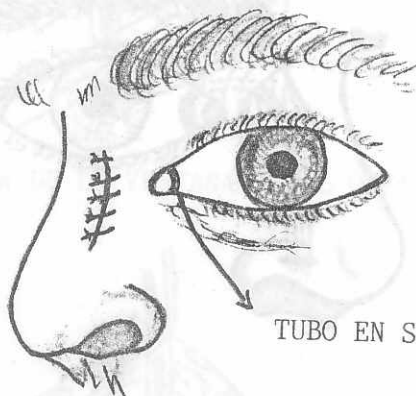
EL TUBO (UNICO Y EN NEGRO) PASA POR AMBOS PUNTOS LAGRIMALES HASTA LA FOSA NASAL EN DONDE SE ANUDAN (UNICA SUTURA DEL TUBO) ATRAVEZANDO ENTRE LA ANASTOMOSIS DE LAS MUCOSAS (COLGAJOS ANTERIOR Y POSTERIOR) VER EXPLICACION EN EL TEXTO.

7.-



EL COLGAJO ANTERIOR SE SUTURA QUEDANDO
EL TUBO CUBIERTO

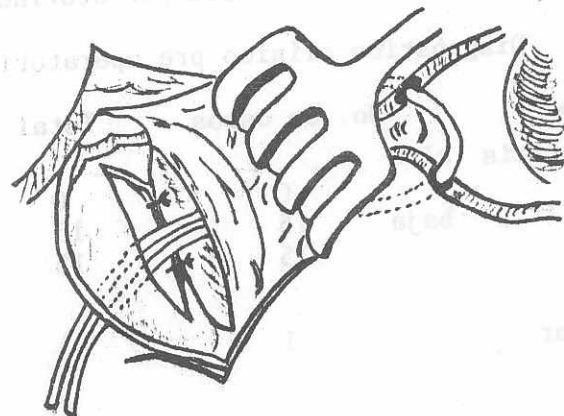
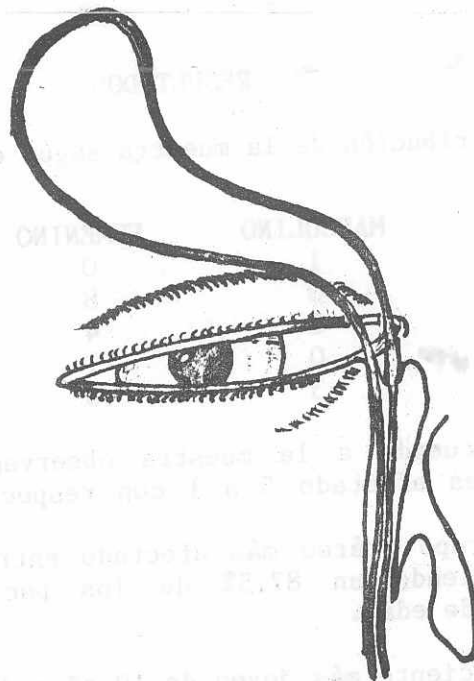
8.-



TUBO EN SU LUGAR

CIERRE DE INCISION CUTANEA

9.-



OTRAS PERSPECTIVAS DE LA COLOCACION DE LA SONDA

El paciente es de sexo masculino, de 30 años de edad, con antecedentes de trauma ocular en el ojo izquierdo, con pérdida de la visión y con dolor en el ojo izquierdo. El examen físico muestra una lesión en la córnea y en la esclera, con hinchazón y con dolor en el ojo izquierdo. El diagnóstico es de trauma ocular. El tratamiento es con reposo y con analgésicos. El pronóstico es bueno.

El paciente es de sexo masculino, de 30 años de edad, con antecedentes de trauma ocular en el ojo izquierdo, con pérdida de la visión y con dolor en el ojo izquierdo. El examen físico muestra una lesión en la córnea y en la esclera, con hinchazón y con dolor en el ojo izquierdo. El diagnóstico es de trauma ocular. El tratamiento es con reposo y con analgésicos. El pronóstico es bueno.

RESULTADOS

Distribución de la muestra según edad y sexo.

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
0-19	1	0	1	6.25
20-39	0	8	8	50.00
40-59	2	4	6	37.50
60-más	0	1	1	6.25
Total	3	13	16	100.00

De acuerdo a la muestra observamos que el sexo femenino es afectado 5 a 1 con respecto al masculino.

El grupo etáreo más afectado entre 20 y 39 años. Correspondiendo un 87.5% de los pacientes entre 20 y 59 años de edad.

El paciente más joven de 19 años de sexo masculino y con sección traumática canalicular. El de mayor edad de 60 años femenino y con dacriocistitis crónica.

-Ningún paciente presentaba patología nasal como posible causa de la epífora. Confirmada por Otorinolaringólogo.

Diagnóstico clínico pre operatorio

Dx pre Op.	No. de casos	Total	%
Dacriocistitis alta crónica	0	0	0
baja	15	15	93.75
Total	15	15	93.75
Sección canalicular	1		6.25

Del total de casos, 15 (93.75%) fueron obstrucciones bajas del sistema lagrimal y 1 (6.25%) fue sección canalicular traumática.

De los 15 casos de dacriocistitis crónica baja operados, 6 (40%) tenían recidiva (1 a 2 cirugías previas) y 9 (60%) eran casos vírgenes de obstrucción baja del sistema lagrimal.

Del total de casos, (16), sólo 2 (12.5%) presentaron dacriocistitis aguda con 2 ó más recurrencias y ninguno con fístulas.

De los 15 casos de DCC baja, 2 corresponden a un mismo paciente con fracturas de Lefor III con compromiso de ambos sistemas lagrimales.

Complicaciones trans operatorias:

- 1 Caso con rasgadura del punto lagrimal inferior que fue resuturado y evolucionó satisfactoriamente.
- 1 Caso con pérdida parcial de mucosa nasal que no impidió el canalizar un "pasaje" para la lágrima.

Hallazgos trans operatorios:

- 1 Caso con sección canalicular total de ambos canales superior e inferior.
- 6 Casos con fibrosis tisular, ventana ósea pequeña y anastomosis ocluida. Todos estos casos son con cirugía previa recidivantes.
- 1 Caso con pérdida de hueso y mucosa nasal pre operatoriamente secundaria a fractura de Lefor III.

Permeabilidad:

El tubo se retiró a los 2 meses en 1 paciente y a los 3 meses en los restantes 15.
3 meses después de la colocación del tubo, 16 pacientes (100%) presentaron vías lagrimales permeables.

3 meses después de retirar el tubo (6 meses post operatorios), 2 pacientes (12.5%) presentaron al lavado lagrimal regurgitación de la solución por el punto lagrimal inferior. 6 meses post operatorios solo 1 paciente (6.25%) presentaba epífora sintomática.

Complicaciones Tardías:

1 paciente presentó granuloma en punto lagrimal superior que fue resecado al tiempo de retirar la sonda de polietileno con buena evolución. Este paciente es el que tuvo sección canalicular traumática.

2 pacientes presentaron pingüeculas nasales congestionadas que cedieron con uso de esteroide tópico y no recidivó después de retirada la sonda.

2 pacientes presentaron rasgadura leve del punto lagrimal inferior que se suturó con Vicryl 7-0 teniendo buena evolución posterior.

1 paciente se quejó de epistaxis leve (nunca vista clínicamente) durante los primeros 8 días post operatorios que cedió con uso de fenilefrina 0.5% en gotas nasales.

DISCUSION Y ANALISIS

Los 16 casos manejados con DCDOR los operó exclusivamente el autor en el departamento de Oftalmología del Hospital Roosevelt, sede del post grado de la misma especialidad de la Universidad de San Carlos de Guatemala, quien observó todos los parámetros evaluados desde el pre operatorio hasta su post operatorio tardío.

La muestra estudiada la constituyeron 16 pacientes en total, de los cuales 18.75% correspondieron al sexo masculino y 81.25% al femenino. Tal y como lo indica la literatura mundial la proporción de femenino a masculino es de 4 a 5 por 1. Debemos considerar que los 3 pacientes masculinos operados presentaron: uno, sección traumática de canaliculos, y el otro fractura de Lefor III bilateral, sin los cuales la proporción pudo ser más elevada. Fuera de que, sin discusión, la DCC es más frecuente en mujeres, se da el fenómeno de la mayor consulta hecha por éstas en general, lo que puede elevar la incidencia en estudios locales.

El grupo etéreo correspondió en un 87.5% entre las edades de 20 y 59 años período en que se espera una mejor cicatrización.

Todos los pacientes fueron evaluados por Otorinolaringólogo para descartar patología nasal y someter a estudio solo los casos con patología lagrimal pura. Esta conducta es reglamentaria en cualquier paciente que consulta por epífora puesto que un buen número de casos padecen de afecciones crónicas de la mucosa nasal como sinusitis alérgica y/o hipertrófica, atrofia de la misma, poliposis o enfermedades de cornetes que al recibir tratamiento otorinolaringológico adecuado tienden a eliminar la epífora sin intervención oftalmológica.

Sometimos a estudio a 15 pacientes con obstrucción

lagrimal baja y a 1 con sección traumática de ambos canalículos.

Un 40% de los pacientes con obstrucción baja ya habían sido sometidos a cirugía previa por la misma indicación, presentando recidiva de la obstrucción, y 60% de los casos nunca habían sido operados.

Es oportuno mencionar aquí que 2 de los pacientes operados que mostraron regurgitación de solución salina al lavado lagrimal, pero sin epífora sintomática, eran pacientes que se encontraban en el 40% de los reintervenidos por recidiva, lo que nos hace pensar que la manipulación recibida con anterioridad puede ser un factor importante en no permitir la fistulización aunque se pongan sondas para ese efecto. El buen resultado en casos vírgenes es un punto a favor para utilizar la técnica como primera indicación.

El paciente con fractura de Lefor III presentó vías permeables al momento de su traslado a la unidad de cirugía plástica. Su seguimiento posterior no fue posible.

Las complicaciones trans operatorias fueron mínimas y reparables. El caso de rasgadura del punto lagrimal inferior fue suturado con Vicryl 7-0 dejando la sonda en su lugar, lo que permitió una mejor reconstrucción plástica y al retirar aquélla 3 meses después, el punto lagrimal permanecía funcional.

La pérdida parcial de mucosa nasal, aunque si permitió suturar colgajos anteriores, puede considerarse de poca importancia pues existe un tubo que fistulizará un drenaje para la lágrima.

Los hallazgos trans operatorios descritos, aunque hacen más laborioso el procedimiento, no intervienen directamente en el resultado post operatorio de la

DCDCR. Aunque vale la pena indicar que la fibrosis tisular que ocluye la anastomosis en casos recidivantes y que permanecen aún de causa obscura, puede ser un factor importante en el mal resultado a largo plazo (6 meses o más post op.). Solo la observación posterior nos dará una mejor comprensión sobre esto.

El resultado es alentador, ya que a los 6 meses post operatorios solo un paciente presentó epífora sintomática aunque en 2 el lavado de vías no fue permeable. Estos últimos 2 pacientes tenían regurgitación por el punto lagrimal inferior lo cual conduce a pensar que hubo complicaciones en la intubación del canalículo provocando una obstrucción alta. Otra explicación alterna puede ser una reacción idiopática, fribozante al tubo de polietileno.

Definitivamente la técnica es más laboriosa y sus ventajas por ello se vuelven discutibles. La opinión del autor es que la técnica representa una buena alternativa para casos recidivantes.

Los casos vírgenes pueden presentarnos un pronóstico mucho más alentador, pero por lo laborioso de la técnica creo que no es justificable que un cirujano que obtenga buenos resultados con una técnica tradicional se cambie a la DCDCR.

Las complicaciones tardías, aunque leves y en un 100% reparables, son un punto en contra para esta nueva técnica, ya que no se presentan en la DCR tradicional.

LIMITACIONES

Es aplicable aquí la metáfora "arte ejercitando va incrementando" con lo que damos a entender que después de varios años de practicar la técnica de la Doble canalículo dacriocistorinostomía es muy probable que no se presente ningún tipo de complicaciones. Limitan los resultados indudablemente 2 factores: Una es la corta experiencia con la técnica y la otra es el material empleado. Reportes en la literatura con excelentes resultados han utilizado sondas de silicón que en contraposición al polietileno tienen muchas mayores bondades y ventajas al reducir la reacción causada por cuerpo extraño en el sistema lagrimal. Sin embargo el costo de las sondas de silicón las hacen inalcanzables en nuestro medio.

CONCLUSIONES

- 1) La DCDCR es una técnica quirúrgica alterna eficaz para resolver el problema de obstrucción lagrimal.
- 2) Este procedimiento puede evitar las recidivas y salvar al paciente de una reintervención.
- 3) Cosméticamente el resultado es excelente.
- 4) La técnica es de primera elección para reconstrucción de casos traumáticos severos.
- 5) En casos vírgenes los resultados tienen mejor pronóstico que en casos recidivantes.
- 6) Las complicaciones trans operatorias y tardías son mínimas y 100% reparables.

RECOMENDACIONES

- 1) Deberán efectuarse posteriormente estudios comparativos con un grupo experimental y otro control para justificar el uso de la técnica con más frecuencia.
- 2) La técnica quirúrgica resulta laboriosa y extensa por lo que los casos deberán ser manejados por manos expertas.
- 3) Deberá utilizarse de ser posible materiales más nobles como el silicón.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Tse, David T. Silastic Button for Nasolacrimal intubation. A.J.O. 97, 528, april 1984.
- 2) Arruga, H. Surgical treatment of lacrimation, Arch. Ophth. 19:9, 1938.
- 3) Bonaccolto, G. Dacryocystorhinostomy with polyethylene tubing: a simplified technic., J. International Coll. Surgeons 28:789, 1957.
- 4) Callahan, A.C.: Surgery of the eye - Diseases, pp 112-134 Springfield, III. Thomas, 1956.
- 5) Dupuy Dutemps and Bourguet: procédé plastique de la dacryocystorhinostomie et ses resultates. Ann, Ocul 158: 241-1921.
- 6) Iliff, C.E. Simplified dacryocystorhinostomy Tr. Am. Acad. Ophth. 58:590, 1954.
- 7) Jones, L. Conjunctivodacryocystorhinostomy, Am. J. Opht. 59:773, 1965.
- 8) Viers, E.R. Use of cautery in external DCR, Arch. Ophth. 82:489, 1969.
- 9) Picó, G., A Modified technique of external DCR. Am. J. Ophth. Vol 72, No. 4 Oct./1971.
- 10) Quickert MH, Dryden RM. Probes for intubation in lacrimal drainage. Trans Am Acad Ophth Otoryn 74:431, 1970.
- 11) Crawford JS, Intubation of obstruction in the lacrimal system Can J. Ophth. 12:289, 1977.

- 12) Kraft, SP, Crawford JS, Silicone tube intubation in disorders of the lacrimal system in children. MJ. Ophth, 94:290, 1982.
- 13) Shore JW, McCord CD, Modified Crawford hook. MJ. Ophth 94:255, 1982.
- 14) Katowitz JA: Silicone tubing in canalicular obstruction Arch. Ophth. 91:459, 1974.
- 15) Schieber, WG, Estudio Retrospectivo del tratamiento quirúrgico de la DC mediante DCR y conjuntivo DCR.. Trabajo electivo presentado a la Universidad de San Carlos de Guatemala 1978.
- 16) Chacón RM, Dacriocistorinostomía. Revisión de casos de 1975 a 1982 en el Depto. de Oftalmología del Hospital Roosevelt. Trabajo de electivo presentado a la USAC. de Guatemala, 1983.
- 17) Solórzano C, Frecuencia y análisis de dacriocistitis congénita. Tesis de graduación Universidad de San Carlos de Guatemala. 1977.
- 18) Paz J, Enfermedades de vías lagrimales. Revisión de casos hospitalizados en el Depto. de Oftalmología del Hospital General San Juan de Dios de 1975 a 1980. Tesis de graduación Universidad de San Carlos de Guatemala, 1981.
- 19) Choy TJ, Estadísticas y resultado post operatorio en DCR. Tesis de graduación USAC, Guatemala, 1973.
- 20) Duke - Elder, System of Ophthalmology, the C.V. Mosby Company, St. Luis, first published 1974. London, England, Vol. XIII, part 2, Section II, page: 596-776.

Agradezco sinceramente a la biblioteca del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico por el excelente material bibliográfico proporcionado.

FICHA CLINICA

Doble canalículo Dacriocistorinostomía

1) Datos generales:

Nombre: _____ Sexo: _____ Historia Clínica #: _____
Edad: _____

2) Diagnóstico clínico pre operatorio:

- a) Dacriocistitis crónica: alta
baja
b) Sección Canalicular: Superior
Inferior
ambos
Canalículo común
c) Recidivante post cirugía previa: SI NO
d) Dacriocistitis aguda recurrente: 1 recurrencia
2 recurrencia
3 o más recurren
cia

- I) con fístula
II) Sin fístula

3) Complicaciones transoperatorias

SI NO Describir

4) Hallazgos transoperatorios:

Describir:

- 5) Permeabilidad:
Postoperatorio inmediato
3 meses postoperatorios
6 meses postoperatorios
6) Complicaciones tardías
Rechazo del tubo
Infecciones

Guatemala, junio 1984
/vymede

TESIS POSTGRADO OFTALMOLOGIA

FASE IV

Autor

Dr. R. Mauricio De Luca D.

Asesor

Dra. Klary Fischmann J.
Magister Scientifiae.

Revisor

Dr. A. Roberto Quevedo L.
Board of Ophthalmology.

Visto Bueno:

Dr. Carlos M. Portocarrero Herrera
Coordinador Postgrado Oftalmología

Dr. Jorge Mario Rosales Archila
Coordinador Programa Especialidades

Lic. Francisco Mendizabal Prem
Director del C.I.C.S.

Dr. Manuel Arias Tejada
Director de Fase IV

Dr. Rolando Augusto Beber Diaz
SECRETARIO

IMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Cámara
DECANO

/jdem

Los conceptos expresados en este
trabajo, son responsabilidad del
Autor. (Reglamento de Tesis).