

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



FRECUENCIA Y ANALISIS
DE DACRIOCISTITIS
CONGENITA

BOLIVAR CARLOS RAFAEL ERNESTO SOLORZANO CARTAGENA

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

GENERALIDADES E HISTORIA

ANATOMIA

INCIDENCIA

ETIOLOGIA

CUADRO CLINICO, DACRIOCISTITIS CONGENITA, MEDIOS
DE CONTRASTE RADIOPACOS

TRATAMIENTO

TRABAJO DE CAMPO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En el presente trabajo se pretende dar a conocer en una forma resumida el manejo y el modo en que se presentan los casos de Dacriocistitis congénita en Guatemala, en los centros principales de tratamiento de pacientes oftalmológicos.

Dependiendo de las escuelas a esta entidad se le conoce como Dacriocistitis Neoratorum o simplemente se le llama obstrucción de vías lagrimales del recién nacido.

Pese a las limitaciones encontradas en la revisión de datos, las estadísticas nos dan una visión bastante exacta de la frecuencia de la entidad.

Se agradece a los doctores Wellington Amaya Abad y Carlos Enrique Álvarez por la colaboración prestada para la elaboración del presente trabajo de tesis.

OBJETIVOS

1. Presentar un informe sobre 63 casos de Dacriocistitis congénita que se han presentado en los hospitales General San Juan de Dios y Rodolfo Robles V., durante el período comprendido de Enero 1974 a Junio de 1977.
2. Aportar un estudio sobre este padecimiento frecuente que muchas veces no es diagnosticado por existir limitadas descripciones elementales que guíen al médico práctico al conocimiento de la entidad.
3. Investigar y analizar la incidencia de la Dacriocistitis congénita en nuestro medio.
4. Efectuar un estudio estadístico mediante una revisión de los casos informados y tratados en los hospitales arriba mencionados.
5. Revisión de literatura acerca de Dacriocistitis congénita y sus complicaciones.

MATERIAL Y METODOS

MATERIALES:

HUMANOS:

Se contó con la valiosa colaboración del personal de la sala de Oftalmología infantil del Hospital General San Juan de Dios y el personal del Archivo del Hospital Rodolfo Robles V.

NO HUMANOS:

Historias clínicas de los pacientes vistos en los ser
vicios de consulta externa de los mencionados hospi
tales.

Libros de Consulta de la Biblioteca del Post- Grado de Oftalmología, de la biblioteca del Dr. Wellington Amaya, asesor de esta tesis, y de mi propiedad.

METODOS:

Primeramente se procedió a planificar el trabajo de tesis elaborando el protocolo del mismo en Abril del presente año, sometiéndolo a la autorización de las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas; luego se procedió a la investigación del problema mediante la revisión de la bibliografía mencionada al final de esta tesis y posteriormente se efectuó la revisión de las fichas médicas de los pacientes de ambos hospitales de los servicios de Oftalmología y se hizo la tabulación de los datos obtenidos en la revisión.

GENERALIDADES E HISTORIA

GENERALIDADES E HISTORIA

La inflamación del saco lagrimal y el ducto es una enfermedad común y desagradable, en parte por los problemas y conspicuos síntomas que produce y en parte porque tiene poca tendencia a resolverse por sí sola y su tratamiento adecuado presenta problemas que aún no han sido resueltos.

La enfermedad no ha sido conocida desde tiempos remotos debido a sus manifestaciones gruesas que abarcan abscesos de la cara y fistulas, pero fue interpretada de varias formas, entre ellas una protusión del cerebro o un crecimiento anómalo de los huesos periorbitarios y nasales.

El término general *ηγυλος*, incluía todas las tumefacciones del canto interno.

El origen del fluido lagrimal llamó desde tiempos inmemorables la atención de diversos investigadores. Galeno observó la presencia de glándulas lagrimales e hizo especulaciones sobre la manera como se produce y se excreta la lágrima.

En la primera mitad del siglo I A.C. se menciona una enfermedad de los pasajes lagrimales y Vesalio, Casse rius y Falopio describen el sistema lagrimal con cierta exactitud aunque pensaron que el fluido era conducido por venas que corrían a través de la lámina cribosa; Giovanni Battista Carcano Leone (1536-1606), dió una descripción

bastante exacta sobre el conducto lacrimo-nasal; Tamás War ton, Schneider y Steesen (1614-1686), también apartaron des cripciones y teorías sobre la producción lagrimal; pero no fue sino hasta en los escritos de George E. Stahl (1702), en Halle, en que se consideraron las manifestaciones patológi cas gruesas que dependían de la inflamación, no de los te jidos generales, pero sí del canal lacrimo-nasal; estas mani festaciones incluían tres formas; aguda, crónica e hidropsia o ulceración, (con fístula).

Posteriormente se abandonan los estudios sobre este aparato y se describen las formas infantiles de la Dacriocis titis, preconizando desde 1904 (Weeks), el sondeo del cana l lacrimo-nasal. Zentmayer propuso la dilatación temprana de las vías lagrimales, con la cual evitaba complicaciones posteriores. En 1,908 y 1,911, otra vez Zentmayer y Schae ffer aportan en forma detallada la embriología del aparato la grimal, describiendo las irregularidades y divertículos que tiene el saco, así como otros datos de interés anatomo-histo lógico.

ANATOMIA

ANATOMIA DEL SISTEMA EXCRETOR LAGRIMAL

PUNTOS LAGRIMALES:

Cada punto lagrimal es una apertura pequeña redonda o transversalmente oval, situada sobre una pequeña elevación, la papila lagrimal en el final del margen palpebral medial en la unión de la porción ciliar y la porción lagrimal.

La región del punto es relativamente avascular, y es más pálida que el área circundante.

Cada punto, cuando el ojo se abre o se cierra, se desliza entre el surco de la plica semilunaris y el globo y se mantiene fijo en este lugar por un anillo de tejido fibroso muy denso, continuamente rodeado por el tarso. Más alrededor se encuentran fibras del músculo orbicular que presionan el punto hacia el lago lagrimal.

LOS CANALICULOS:

Cada canalículo consta de una porción vertical y otra horizontal. Esto es muy importante recordarlo al efectuar un sondeo.

La porción vertical tiene cerca de 2mm. de largo y luego cruza en ángulo recto continuándose horizontalmente; en la unión de ambos, existe una dilatación llamada ampulla. Ambas porciones horizontales se dirigen al canto medio, penetrando la fascia lagrimal separadamente,

entonces se unen en un pequeño divertículo en el saco llamado seno de Maier.

El punto de entrada está justamente por detrás de la mitad de la superficie lateral del saco cerca de 2.5.mm. de su ápex.

EL SACO LAGRIMAL:

El saco lagrimal membranoso está localizado en la fosa lagrimal, que descansa en la parte anterior de la pared media de la órbita. El saco está cerrado por encima y abierto por abajo continuándose con el ducto naso-lagrimal; - está encerrado por una porción de periórbita que va de la cresta lagrimal anterior a la posterior formando la llamada , fascia lagrimal.

Medialmente el saco se relaciona por detrás con las células aéreas etmoidales; por debajo, con el meato - medio de la nariz, lateralmente está la piel, fibras del orbicular y la fascia lagrimal, la parte superior del saco está recubierta por el ligamento cantal medio, por donde cruza la vena angular; por detrás se encuentra el músculo de Horner que se inserta en la porción superior de la cresta lagrimal - posterior.

EL DUCTO NASO-LAGRIMAL:

El ducto nasolagrimal es la continuación hacia abajo del saco lagrimal extendiéndose hasta el cuello del meato inferior de la nariz, siendo de 5/8 de pulgada de longitud, descansa en una hendidura del hueso maxilar y es completado

por el hueso lacrimonasal y por los procesos lacrimales de la concha inferior.

El saco y el ducto lagrimal constan de dos capas de epitelio, el superficial o columnar y el profundo, aplanado. La capa superficial nunca es ciliada pero pueden encontrarse en células en copa; también se han descrito glándulas mucosas; en la capa subepitelial se encuentran linfocitos abundantes. La pared membranosa del saco está constituida de tejido elástico, que se continúa hasta rodear los canalículos. El ducto naso-lagrimal curiosamente está rodeado de un rico plexo vascular que forma como un tejido eréctil, seme - jando su estructura a la de la concha inferior. En la parte superior el ducto puede separarse fácilmente del hueso pero en la porción inferior se encuentra adherido firmemente formando un mucoperiostio.

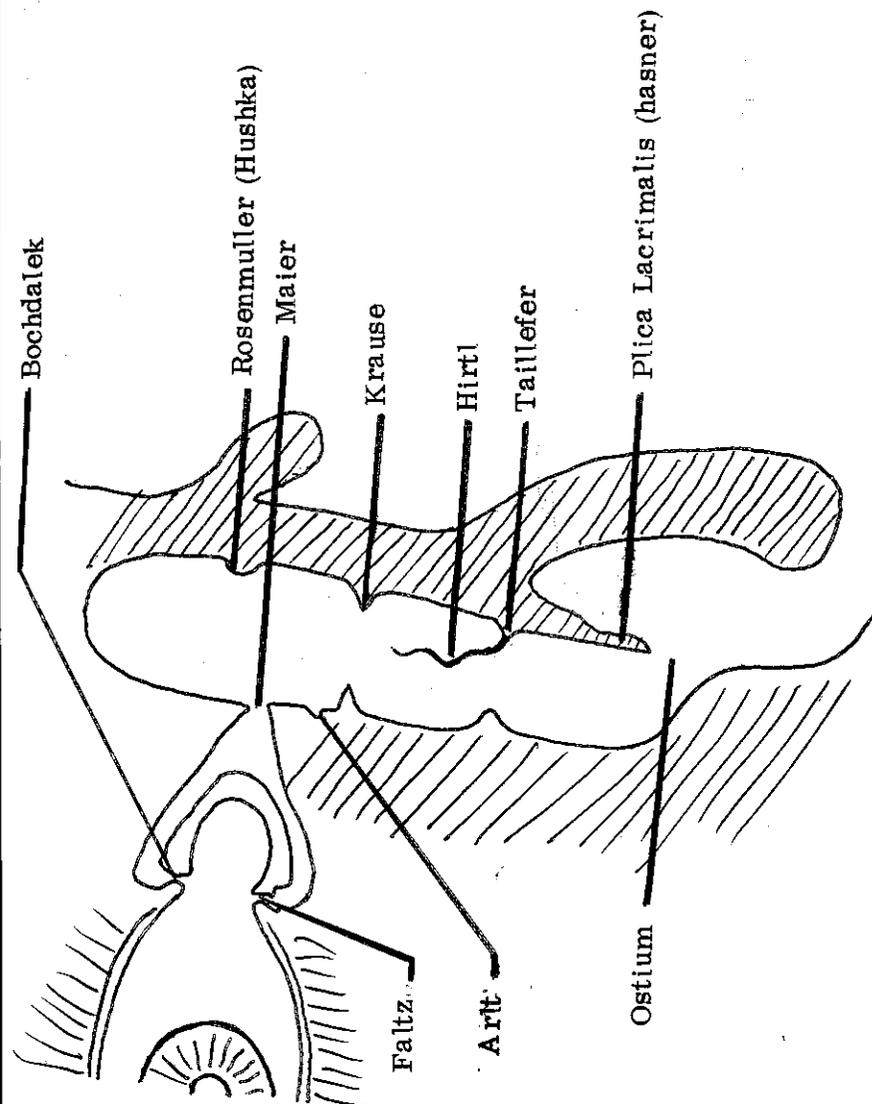
El riego arterial proviene de ramas palpebrales superiores e inferiores de la oftálmica; de la arteria angular; de la arteria infraorbitaria y de la rama nasal de la esfenopalatina.

Las venas drenan hacia las venas angulares e infraorbitarias yendo en algunos casos a drenar a las venas nasales.

Los linfáticos llegan a los ganglios submaxilares y a los cervicales profundos.

La inervación del saco y el ducto proviene de los nervios infratroclear y alveolar anterosuperior.

Hay probablemente un fenómeno reflejo entre la inervación de la glándula lagrimal y el saco, ya que la extirpación del último disminuye enormemente el flujo de lágrimas.



INCIDENCIA

Varios aspectos de la inflamación del saco lagrimal son importantes;

EDAD:

Haciendo caso omiso de la dacriocistitis del recién nacido, el cual depende principalmente de anomalías del desarrollo, la dacriocistitis afecta principalmente a adultos de mediana edad, siendo rara relativamente en niños y adolescentes; la mayor incidencia es la quinta década, pero también ocurre en edad avanzada.

SEXO:

La dacriocistitis en recién nacidos afecta igualmente ambos sexos. En adultos esta situación cambia, estado en razón de 75 a 80% en mujeres y de 20 a 25% en hombres, con algunas variaciones según los autores. Se ha dicho que la notable predilección por la mujer es debida a la estrechez del lumen óseo del canal lagrimal que normalmente presentan; por otra parte, las sugerencias de que las mujeres están más propensas a la enfermedad porque ellas, lagrimean más frecuentemente que los hombres, porque se suenan la nariz menos enérgicamente o por el uso de cosméticos, son tendencias que están en favor del estancamiento de lágrimas.

INCIDENCIA RACIAL O GEOGRAFICA:

Aparenta ser alguna significancia. La incidencia de la enfermedad es menor en los negros que en los blan-

cos, una circunstancia que puede ir asociada a la incidencia por sexos, ya que los estudios radiográficos, ya que en los primeros, el canal es corto, amplio, menos sinuoso y provisto de un gran orificio. De acuerdo con Truc (1900-26), la enfermedad es más común en los blancos en climas tropicales que en climas templados.

INCIDENCIA SOCIAL:

La incidencia social ha sido notada por algunos autores, con la excepción de los casos congénitos, de que la mayoría de los casos adultos son encontrados en personas con falta de higiene.

INCIDENCIA HEREDO-FAMILIAR:

Se ha observado una tendencia heredo-familiar en algunas ocasiones, en hermanos; que es usualmente transmitida como una característica dominante de padres a hijos sin importar el sexo, pero ocurre variaciones en el modo de transmisión.

ETIOLOGIA

ETIOLOGIA

Para poder describir la dacriocistitis en recién nacidos, es conveniente conocer la etiología en los adultos, ya que algunos de estos procesos van a influir de una u otra forma en el apareamiento de esta enfermedad en neonatos.

En una minoría de los casos la etiología es obvia; esto aparece secundariamente al riego o dispersión de condiciones locales de infecciones de la nariz y senos, a enfermedades conjuntivales como tracoma, inflamaciones traumáticas y perióísticas, y de infecciones específicas como tuberculosis, lepra, sífilis, etc.

En la gran mayoría de los casos, sin embargo, la causa de inflamación es menos clara; clínicamente aparecen como que se inician primariamente en el sistema lagrimal. No hay duda de que en el conducto lagrimal sano, cuando funciona normalmente, es resistente a las infecciones por microorganismos, circunstancia debida, sin duda, a la resistencia de la mucosa por sí misma y parte a la acción bacteriostática de las lágrimas.

Se ha visto que raramente una infección conjuntival invada un saco lagrimal sano aunque la infección sea virulenta y de larga duración y por lo consiguiente muchos microorganismos sean continuamente lavados del ojo, y así también se ha reconocido que similarmente una molesta infección nasal, no va a causar afección lagrimal.

Es probable sin embargo que el prerrequisito esencial para el desarrollo de infección es la ocurrencia de estasis de los contenidos del saco, que puede no deberse a una obstrucción real, pero probablemente es condicionada por el estado cenagoso, edematizado, o congestivo de la mucosa. La inflamación puede entonces empezar y persistir con un canal estenosado patente o parcialmente.

Debe recordarse que la membrana mucosa de los canales, presenta numerosos pliegues, algunos de ellos dignificados con el nombre de válvulas, las cuales con una pequeña provocación se van a edematizar lo suficiente para represar el fluido; y que la submucosa es muy vascular con una estructura casi cavernosa y algunas veces rica en linfáticos, que realmente forma un sitio ideal para congestión y un nido óptimo donde una pequeña infección una vez establecida, se desarrollará.

Además la constricción de este tejido, dentro de un canal óseo estrecho, hace obligatorio que cualquier edema desencadene un bloqueo. La estasis no es invariablemente seguida de infección; pero la tendencia es tal, que en su presencia, la resistencia cae y se instala un círculo vicioso donde la infección que sigue a la estasis resulta en una inflamación leve que eventualmente puede provocar una obstrucción y en cualquier momento puede tomar súbitamente una forma virulenta.

En total, así como vemos, se puede observar que el foco de infección más común, procede de las estructuras vecinas: la nariz, los senos y los tejidos periósteos.

Hay probablemente varios factores que tienden a ini

ciar o influir en este proceso, a quienes se les atribuye en determinado momento un rol primario en la etiología de la enfermedad.

1. Factores Anatómicos:

Hay una ligera duda acerca de que las contricciones estructurales del canal lagrimal jueguen un papel importante en la incidencia de la enfermedad. Estas pueden estar asociadas con la mucosa, en donde, como podremos ver, la ausencia de canalización completa, particularmente en la parte baja del canal, es la causa de dacriocistitis congénita. Actuando en menor grado, el proceso frecuentemente es provocado por la formación de pliegues, flaps y divertículos de la membrana mucosa del canal, o provocada por el mal funcionamiento de la apertura inferior, ambas causas que tienden a reproducir una condición de estasis crónica, o en ocasiones, si se induce algún grado de tumefacción, una obstrucción completa. Es probable que los casos raros de dacriocistitis que ocurren en niños sea debido a causas. El canal óseo también sufre variaciones considerables y puede ser tan estrecho que aunque el canal naso-lagrimal se encuentre aún permeable, la más pequeña intumescencia puede provocar oclusión.

2. Infecciones Vecinas:

Se cree que la invasión infecciosa desde estructuras vecinas frecuentemente determina el inicio de la in

flamación; peculiarmente en aquellos casos donde existen variaciones anatómicas que predispongan a estasis.

La enfermedad de huesos y tejidos vecinos provoca la invasión en un pequeño número de casos donde la etiología es clara; es más discutible cuando frecuente e importante es la invasión desde la nariz y senos - por un lado y de la conjuntiva por el otro. Se ha discutido acerca de la infección nasal, se sabe que los cambios inflamatorios usualmente empiezan y son más marcados en las partes bajas de los canales lagrimales y es probable que en un gran número de casos su incidencia esté determinada por la invasión directa desde la nariz.

Parece igualmente probable sin embargo, que la infección nasal no es el único factor sino que requiere un terreno favorable para su invasión. Tampoco puede por sí misma, explicar la incidencia sexual y social de dacriocistitis.

3. Infecciones Generales:

Al igual que las enfermedades generales, son ocasionalmente responsables del inicio de la dacriocistitis, como está indicado por la ocurrencia de inflamaciones durante el curso de la influenza, fiebre escarlatina, difteria o viruela.

Se debe recordar que algunos de estos casos pueden ser explicados por una extensión directa o asociados

a rinitis aguda (sarampión o difteria)

Podremos establecer a través de infección sanguínea, y también parece ser probable que las infecciones focales como las de los dientes pueden encontrar alojamiento en el tejido submucoso ricamente vascularizado.

4. Lagrimación Excesiva:

A este factor se la ha dado en varias oportunidades un lugar en la etiología de la dacriocistitis, ya que un incremento en la secreción de lágrimas, produciendo estancamiento y descomposición, con tendencia a la atonía del saco va a resultar eventualmente en una irritación crónica, inflamación y debilitamiento a la resistencia al ataque de microorganismos.

5. Agentes Extraños:

Como una rareza la dacriocistitis puede ser excitada por la presencia de un cuerpo extraño en el saco, como una pestaña penetrada a través del canalículo, o un cuerpo introducido a través de la nariz; pero como regla en estos casos la tolerancia de los tejidos es la característica más notable.

Los agentes químicos pueden ser también la causa excitante, ya que algunos medicamentos pueden ser irritativos para el saco conjuntival, como la abrina usada anteriormente para el tratamiento del tracoma.

ma, ya que en casos como este la irritación produce edema violento y la inflamación ataca el saco.

INFECCIONES DEL CANAL LAGRIMAL: AGENTES ETIOLOGICOS

BACTERIANAS:

Estafilococos
Diplococcus pneumoniae
Estreptococos
Haemophilus influenzae
Klebsiella pneumoniae
Pseudomonas aeruginosa
Neisseria gonorrhoeae
Mycobacterium tuberculosis
Tracoma (Clamidia)

ESPIROQUETAS:

Treponema Pallidum

FUNGOSAS:

Rinosporidiosis
Streptothrix (Actinomyces israelii)
Candida albicans
Aspergillus de diversas clases

CUADRO CLINICO

DACRIOCISTITIS CONGENITA, MEDIOS DE CONTRASTE
RADIOPACOS

C U A D R O C L I N I C O

DACRIOCISTITIS CONGENITA, MEDIOS DE CONTRASTE RADIOPACOS

La dacriocistitis de origen inespecífico debe ser - descrita bajo dos encabezados Crónica y Aguda. Además tenemos la de tipo congénito que va a tener una evolución ligeramente distinta a estas dos anteriores.

La dacriocistitis crónica es la más común y usualmente asume uno de los tres tipos clínicos: catarral, mucocelístico o una forma crónica supurativa, que son características de durar un tiempo indefinido; una pericistitis crónica es muy rara.

En cualquier tiempo, o desde el inicio en caso de infecciones muy virulentas, se pueden desarrollar las características de Dacriocistitis aguda, que también pueden ser estudiadas bajo tres tipos clínicos: dacriocistitis aguda supurativa, pericistitis aguda supurativa y la forma rara de pericistitis gangrenosa.

DACRIOCISTITIS CONGENITA:

Una inflamación del saco lagrimal es frecuentemente encontrada con bases congénitas, dependiendo directamente en el desarrollo de una obstrucción de los pasajes lagrimales.

Puede ser causada por una insuficiencia en la canalización del ducto o por bloqueo del lumen por una masa de tejido epitelial, especialmente cerca de la extremidad nasal, o por un bloqueo membranoso del ostium inferior; más raramente una condición ósea puede existir, así como una deformidad nasal gruesa.

Una enfermedad congénita de este tipo es común, varios autores la han encontrado en un 6 % de niños nacidos a término no seleccionados, considerando que la membrana nasolagrimal se encuentra imperforada en el 84 % de los niños al momento del nacimiento, aunque ésta se rompe usualmente después del inicio de la secreción de lágrimas (en promedio cerca de las tres semanas y media de vida).

La afección puede ser unilateral o bilateral y es frecuentemente observada temprano después del nacimiento, cuando se instala epifora seguida de secreción purulenta crónica del ojo. Esto puede ser tomado erróneamente por conjuntivitis, pero la presión digital del saco usualmente produce una regurgitación copiosa de moco y/o pus y eventualmente aparece edema sobre el lugar del saco.

Aunque una pseudoconjuntivitis puede ser evidente al nacimiento o poco después de éste, el promedio de edad de aparición de los síntomas es de cerca de 6 semanas, pudiendo sin embargo tornarse aparentes hasta mucho más tarde.

Otros autores han encontrado algunos casos de obstrucción parcial o completa del lumen del ducto lagrimal no sólo en niños sino que en adultos, debida a un desarrollo incompleto o anómalo del canal.

Como una regla, la enfermedad sigue un curso lento y muy crónico, llegando normalmente a una obliteración cicatricial completa de los pasajes lagrimales.

MEDIOS DE CONTRASTE RADIOPACOS

La inyección de medios radiopacos se sigue para el estudio de obstrucciones para el drenaje lagrimal. El Etil-iodofenil-undecilato (Pantopaque) es un excelente medio de contraste para este propósito. No causa ningún daño a la córnea, conjuntiva, canaliculos o saco lagrimal. Aún sin anestesia, esta droga solo causa una ligera sensación de quemadura. Su consistencia es la de un aceite de baja viscosidad, de este modo se puede inyectar fácilmente con la aguja de lavado lagrimal. El contraste es eficaz mostrando claramente los finos detalles de importancia en la dacriocistografía.

La técnica de la dacriocistografía es comparable a la irrigación lagrimal. Las secreciones detenidas deben ser exprimidas previamente lo más completamente posible, la cantidad de medio radiopaco es determinada por el caso y la facilidad de inyección. Las placas de rayos X posteriores y laterales son tomadas inmediatamente después del llenado del saco lagrimal y muestran claramente el tamaño y la extensión de los conductos lagrimales y revelan el nivel de la obstrucción, fístulas anormales, comunicación con los senos y cualquier otra información.

TRATAMIENTO

En los casos en que el defecto se encuentra a nivel de partes blandas, es muy fácil (si se lleva a cabo antes que ocurran cambios cicatrizales grandes), el pasar una sonda para lavar los detritos epiteliales o lagrimales a través de una obstrucción membranosa. Muchos autores han abogado por el tratamiento conservador consistente en antibióticos como penicilina, sulfas, antisépticos suaves y masajear con aplicación intermitente de presión sobre el saco por largo tiempo esperando que el proceso de canalización se complete por sí solo; se ha encontrado que algunos casos se resuelven de esta manera de los tres a cuatro meses de tratamiento. Por otro lado, el pasar una sonda es tan efectivo que es poco aconsejable permitir que ocurran cambios crónicos en la mucosa que vayan a ocasionar problemas más tarde.

Con esto en mente y ante la vista de la posibilidad de una exacerbación aguda, se cree que no debe demorarse el tratamiento activo más allá de los dos meses, hasta que la infección esté completamente controlada.

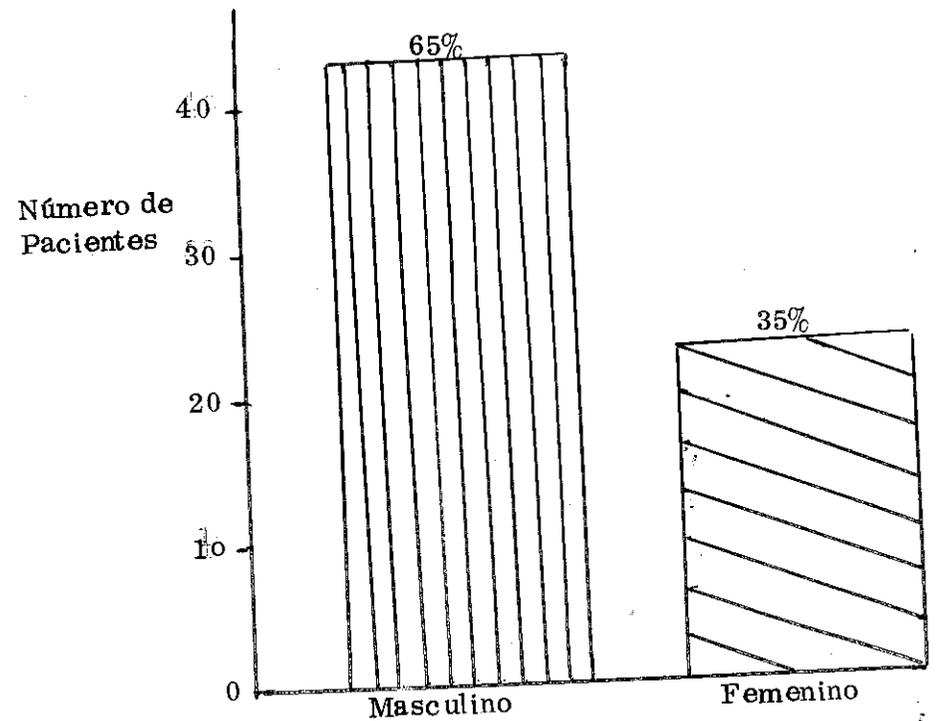
Ocasionalmente solo la presión del saco edematizado va a ser suficiente para romper la fina membrana y obtener alivio, pero más frecuentemente se debe pasar una sonda.

DISTRIBUCION POR SEXOS

DE PACIENTES CON DACRIOCISTITIS CONGENITA .

MASCULINO:	41 Ptes.	=	65 %
FEMENINO:	22 Ptes.	=	35 %
<hr/>			
TOTAL:	63 Ptes.	=	100 %

DISTRIBUCION POR SEXOS DE PACIENTES CON DACRIOCISTITIS CONGENITA



DISTRIBUCION DE PACIENTES

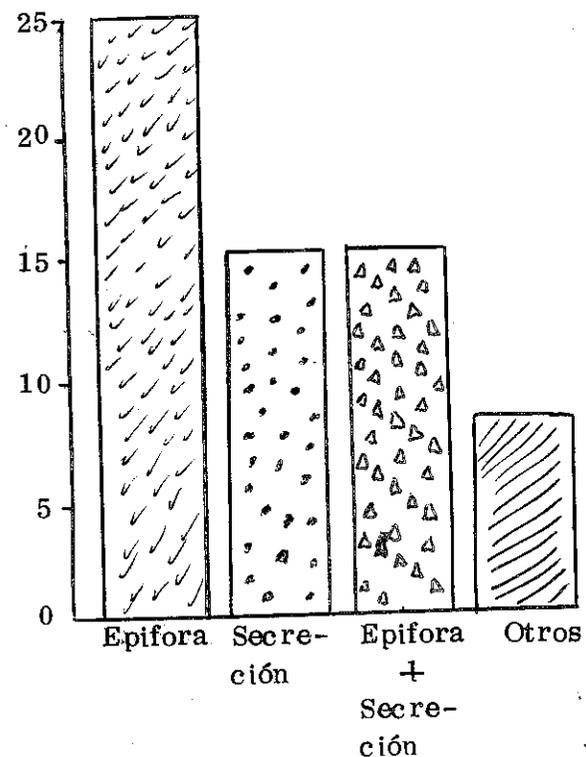
SEGUN EL MOTIVO DE CONSULTA ENCONTRADO

EPIFORA	25 Ptes.	=	40 %
SECRECION	15 Ptes.	=	24 %
EPIFORA + SECRECION	15 Ptes.	=	24 %
OTROS (*)	8 Ptes.	=	12 %
<hr/>			
TOTAL:	63 Ptes.	=	100 %

(*) OTROS: Incluye: Masa, edema, absceso y fístula.

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN EL MOTIVO DE CONSULTA ENCONTRADO .

Número de Pacientes.



OTROS DIAGNOSTICOS ASOCIADOS:

FISTULA	4 casos
DACRIOLITIASIS	1 caso
HEMANGIOMA	1 caso
OTROS	2 casos

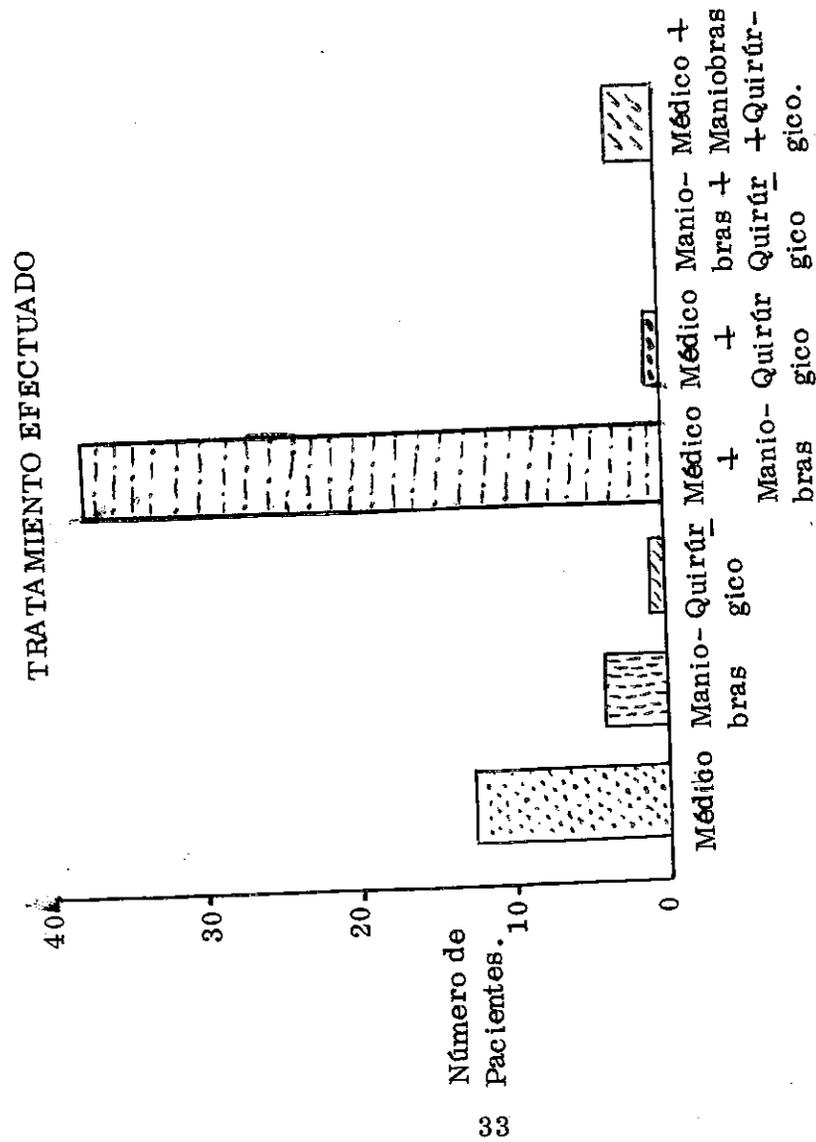
TRATAMIENTO EFECTUADO

Médico	16 Casos	25.4 %
Maniobras	4 "	6.3 %
Quirúrgico	1 "	1.6 %
Médico - Maniobras	38 "	60.3 %
Médico - Quirúrgico	1 "	1.6 %
Maniobras - Quirúrgico	0 "	0.0 %
Médico - Maniobras - Quirúrgico	3 "	4.8 %
<hr/>		
TOTAL:	63 Casos	100.0 %

OBSERVACIONES:

1. El tratamiento médico comprende: Sulfas tópicas, cloramfenicol tópico, antibióticos sistémicos, vasoconstrictores y esteroides.
2. El tratamiento por maniobras comprende: Masajes, medios físicos (calor local), sondeo y lavados lagrimales.

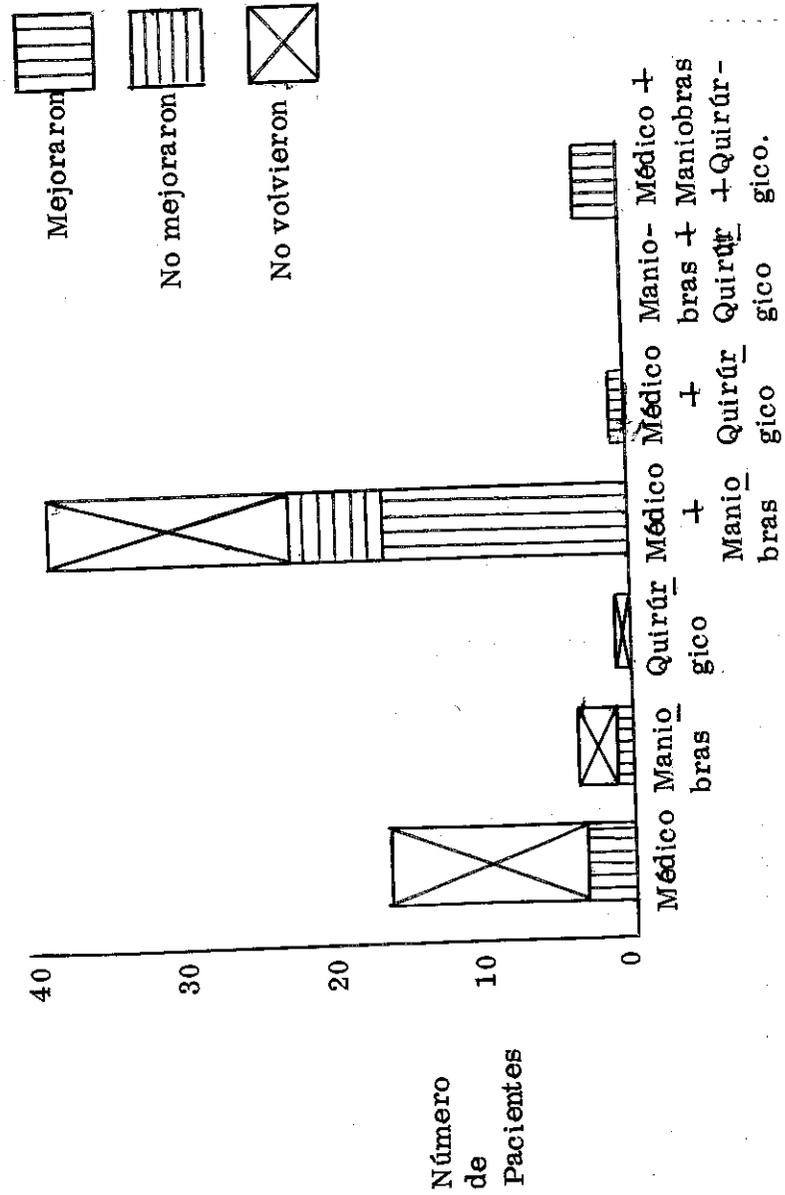
3. El tratamiento quirúrgico consiste en una anastomosis del saco lagrimal a la mucosa nasal llamada dacriocististorrinostomía.



RESPUESTA AL TRATAMIENTO :

	Mejoraron	No mejoraron o mejoraron	No volvieron
Médico	3	-	13
Maniobras	1	-	3
Quirúrgico	-	-	1
Méd. + Man.	16	6	16
Med. + Quir.	1	-	-
Man. + Quir.	3	-	-
Med. + Man. + Quir.	3	-	-
TOTALES:	24	6	33 = 63

RESPUESTA AL TRATAMIENTO



CONCLUSIONES

1. La dacriocistitis congénita es una entidad bastante frecuente en nuestro medio constituyendo el 2.49% de los casos que acuden a consulta en los hospitales General San Juan de Dios y Rodolfo Robles.
2. Desafortunadamente no existe un criterio uniforme para el diagnóstico de la enfermedad perdiéndose a sí muchos casos.
3. Se encontró también que los registros médicos de los pacientes investigados no estaban llenados de acuerdo a los requerimientos de una buena ficha oftalmológica, perdiendo de este modo valiosa información.
4. La distribución por sexos de esta enfermedad, en nuestro estudio reportó predilección por el sexo masculino contradiciendo lo encontrado en el estudio bibliográfico.
5. El principal motivo de consulta encontrado fue Epífora, siguiendo en su orden Secreción, Secreción + Epífora y otros.
6. El tratamiento más usado fue el Médico asociado a Maniobras (masaje, lienzo tibio, sondeos y dilataciones), observándose un alto porcentaje de curación de la enfermedad. En segundo lugar estaba el

tratamiento médico que comprende antibióticos, vasoconstrictores y esteroides locales y sistémicos.

7. Desafortunadamente por la calidad de los pacientes del estudio, no se pudo obtener un dato más exacto de la evolución posterior de la enfermedad, ya que almejoran buscan atención en otro lado, habiendo encontrado como dato curioso que varios pacientes investigados fueron tratados en los hospitales donde se realizó el estudio. Es necesario hacer énfasis de que en la mayoría de los casos el tratamiento es largo y la resolución del problema requiere varias semanas.
8. Es necesario unificar un criterio de diagnóstico y tratamiento para esta enfermedad, así como mejorar el sistema utilizado para el manejo de la ficha oftalmológica.

RECOMENDACIONES

Como única recomendación me permito presentar un protocolo para el diagnóstico y tratamiento de la Dacriocistitis congénita:

DIAGNOSTICO:

Se consideran sospechosos los pacientes que inicien cuadro de epifora, secreción o ambas de los seis a quince días después del nacimiento.

En la mayoría de los casos la entidad se diagnostica al efectuar presión digital en el surco lácrimo - nasal y observar salida de material muco - purulento, lágrima acumulada o palpar edema o induración local.

TRATAMIENTO:

Al efectuar el diagnóstico, si el caso no es muy severo basta con indicar antibióticos locales (tipo sulfas o cloranfenicol) en gotas, una cada dos a cuatro horas en el/ los ojos afectados, esto es, en el caso de infección leve. Si no hay sospecha de infección se puede recetar el uso de un astringente (zinc) o asociado a un vasoconstrictor (fenilefrina). Ambos deben ir asociados a masajes del surco lácrimo - nasal durante un minuto por tres veces diarias. Repetir este procedimiento por tres a cuatro semanas.

Si este procedimiento no da resultado es recomendable

ble entonces efectuar sondeo, dilatación y lavado del saco lagrimal, pudiéndose repetir esta acción en varias oportunidades. Si ninguno de los dos tratamientos anteriores da resultado, es el momento en que se piensa en el tratamiento quirúrgico, pero es raro que este caso llegue.

Si existe un cuadro de infección aguda o que haya una fístula asociada se puede dar antibiótico sistemático para coadyuvar al tratamiento.

Es de hacer notar que antes de efectuar un tratamiento antibiótico sería ideal identificar el microorganismo causal por medio de un frote y cultivo con antibiograma para combatir la infección adecuadamente.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. CHOY TOBAR, Julio César. Estadísticas y Resultados Post-operatorios en la Dacriocistórrinostomía. Tesis de Graduación. 1963. Guatemala.
2. DONALDSON, David D. Atlas of External Diseases of the Eye. Vol. II Diseases of the Lids, Conjunctiva and Adnexa. Saint Louis. 1968. The C. V. Mosby Company.
3. DUKE-Elder, Stewart. Textbook of Ophthalmology London G. B. ed. Henry Kimpton. 1952. Vol. V The Ocular Adnexa.
4. HAVENER, William H. Ocular Pharmacology, 3a. Edición, Saint Louis. 1974. The C. V. Mosby Company.
5. LOPEZ, César A. Aportación Técnica a la Operación de la Dacriocistórrinostomía. Tesis de Graduación. 1961. Guatemala.

6. SARAUX, H. y B. Biais. Précis D'Ophthalmologie. Paris. Masson & Cie. 1969.
7. SCHEIE, Harold y Daniel M. Albert. Oftalmología . 8a. Edición. Traducida al español por Luis A. Méndez. México. Editorial Interamericana 1969.
8. WOLFF, Eugene. Anatomy of the Eye and Orbit. - 5a. Edición. Philadelphia. W. B. Saunders Company. 1961.

Br. Bolivar Carlos Rafael Ernesto Solórzano Cartagena

Dr. Wellington Amaya A.
Asesor

Dr. Carlos E. Alvarez
Revisor

Dr. Julio De León
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
Decano