

11234

2426



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores

**Hospital General Centro Médico La Raza
IMSS**

**RESULTADOS DE DACRIOCISTORRINOSTOMIAS
EN EL CENTRO MEDICO "LA RAZA"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO OFTALMOLOGO**

P R E S E N T A :

DR. OSCAR ROLANDO QUIROGA AGUIRRE

ASESOR: DR. VICTOR MURQUIA RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.

1080
1/25/75

FEBRERO, 86

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

	PAGINA
INTRODUCCION	1
DATOS HISTORICOS	2
FISIOPATOLOGIA Y CUADRO CLINICO	6
INDICACIONES	8
CONTRAINDICACIONES	9
PROMOSTICO	11
MATERIAL Y METODOS	12
TECNICA QUIRURGICA	13
RESULTADOS	16
COMENTARIO Y RESUMEN	19
BIBLIOGRAFIA	22

INTRODUCCION:

La Dacriocistorrinostemia es un procedimiento quirúrgico que tiene como finalidad realizar una comunicación del saco lagrimal con la mucosa nasal, a través de un trépano en el hueso nasal para permitir el paso libre de las lágrimas hacia la nariz (1).

Es el procedimiento quirúrgico para eliminar el síntoma principal característico de la Dacriostenosis que es la epifora y las consecuencias de inflamación o infección crónica del saco lagrimal, mismas que son secundarias a la obstrucción del conducto lágrimo-nasal junto con el acumulo de lágrimas, gérmenes, polvo u otros factores. (1)

Este procedimiento quirúrgico es conocido ampliamente en el medio oftalmológico, mismo que ha sufrido múltiples modificaciones, ya bien por el tipo de instrumental o material quirúrgico utilizado, o bien por las variantes técnicas de diferentes autores que se han utilizado.

En este trabajo se presentan los resultados obtenidos de la Dacriocistorrinostomia en base a la técnica quirúrgica empleada actualmente y que se considera rápida, relativamente fácil y con pocas complicaciones trans y postoperatorias.

Esta técnica fue practicada en pacientes que padecían Dacriostenosis y que fueron intervenidos en el Hospital General, Servicio de Oftalmología del Centro Médico "La Raza" del DSS.

DATOS HISTORICOS DE LA DACRIOCISTORRINOSTOMIA:

Las técnicas quirúrgicas para la corrección de las alteraciones de las vías lagrimales ya se hacían referencia desde hace más de 2 000 años (2-6-12).

Celsus, en el primer siglo de la Era Cristiana ya la menciona, y Galeno en el siguiente siglo señala la comunicación del saco lagrimal a la nariz (2-4).

John Woolhouse en el año de 1725 recomienda la inserción de una vía de drenaje entre la fosa lagrimal y la nariz posterior a la extirpación del saco lagrimal (5).

Mountain en 1836 fue el primero en describir el uso de una tre fina perforante en el tratamiento de la fistula lagrimal, dilorando la fistula e introduciendo la tréfina hacia la fosa lagrimal perforando el hueso; posteriormente suturó e irrigó la comunicación (6).

Bowman en 1857, recomienda el sondeo e irrigación de la vía lagrimal para el tratamiento de la Dacriostenosis obteniendo éxito en forma parcial (5).

En el año de 1897, Kyle describe un procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la Dacriocistitis crónica, que consistía en cortar el canaliculo inferior y disecarlo hasta aproximadamente el conducto lágrimo-nasal, para posteriormente colocar un cateter a través de la nueva fistula, dejando éste hasta que la fistula hubiese cicatrizado para poder retirarlo (6).

- Es el año de 1904, con Addeo Toti, en Florencia, Italia, donde se inicia la cirugía moderna del saco lagrimal, mismo que

describe la técnica quirúrgica iniciando con: 1.- La creación de un hueco sobre la pared nasal con cincel y martillo; 2.- - Resección de la cresta lagrimal anterior hasta la posterior, - y 3.- Remoción de la mucosa nasal del hueco formado así como de la mitad del saco lagrimal, utilizando solo suturas en la piel, obteniendo un éxito en la mitad aproximadamente de sus casos (2-4-7).

En el año de 1912 Blascovios, con la técnica de Toti, extirpa el saco lagrimal, exceptuando una pequeña porción que rodea - la desembocadura del canaliculo común (2-4).

Kuhnt en 1914 corta la mucosa nasal en forma de "herradura" - siendo tal vez el primero que aproxima las membranas mucosas con suturas, ya que realiza una unión anterior de esa mucosa al peritio anterior del hueso óseo (2-4).

Mosher en el año de 1921 combina la técnica de Toti con la ex tracción intranasal de la punta del cornete medio y sutura el colgajo anterior del saco lagrimal a los tejidos anteriores - del trépano practicado (2-4-8).

En ese mismo año, Dupuy-Dutemps y Bourguet en Francia y Ohms en Alemania trabajando en forma independiente, modifican la - técnica de Toti por una disección de colgajos anteriores y - posteriores tanto de la mucosa nasal como del saco, para posteriormente unir cada uno de los colgajos con el correspondiente; esta técnica es el realidad la que se ha venido utilizando hasta la actualidad, solo con unas cuantas variantes en la actual, con resultados satisfactorios (2-4-9)

Es Gifford en el año de 1944 quien señala la utilidad del - trasplante del saco lagrimal, mismo que ya en los años de - - 1911 y 1934 se había ya propuesto por Forsmark y Stock, este

consistía en separar el saco lagrimal desde la punta del conducto lágrimo-nasal para posteriormente ser colocado en la apertura del hueso nasal (2-4).

También en 1944, Soria recomienda suturar un colgajo simple de la mucosa nasal al colgajo posterior del saco y sutura el colgajo anterior del mismo al borde anterior del trépano, dejando una canalización por medio de una gasa desde el saco a la fosa nasal durante 72 horas (2-4).

En la Literatura Nacional aquí en México, destaca el Dr. Sánchez Bulnes quien en 1945 quien ideó un instrumental quirúrgico consistente en un separador, que favorecía la hemostasia - además de exponer adecuadamente el campo, protegiendo el saco lagrimal de lesiones. Asimismo, el Dr. Daniel Silva diseña un trépano de árbol móvil que favorecía la realización de la estotomía (10).

En 1946, Arruga, además de diseñar instrumental quirúrgico para la Dacriocistorrinostomía, describe una técnica aplicable para aquellos pacientes a quienes ya previamente se les había practicado la Dacriocisteotomía (2-4).

Es Summerkill en 1952 quien coloca un tubo de polietileno en el saco lagrimal después de abrir la pared media del saco hacia la nariz (2-4-11).

En 1954, Iliff señala que la utilización de la Sierra de Stryker para abrir la pared lateral del hueso, usando una tréfinas que lleva su nombre, es de suma utilidad con la utilización de esta sierra, se simplifica la técnica quirúrgica de la Dacriocistorrinostomía, acortando el tiempo quirúrgico y disminuyendo el riesgo de lesión a los tejidos blandos adyacentes (2-4-12). Posteriormente, Landeiro propone una tréfinas simi-

lar a la de Iliff (13).

Posteriormente, varios autores, incluyendo a Kasper, Lupreste, Welham, Mirabile, Kinosian, Mc Pherson, Picó, Jack, Abrahamson basados casi todos en la técnica de Dupuy-Dutemps, utilizan ma teriales para la comunicación del saco lagrimal con la nariz, tales como: cateteres de goma, alambres acerados, esponjas de silicón, tubos de polietileno, cintas umbilicales, material de sutura obteniendo resultados regulares con algunos de ellos da do la reacción de rechazo (5-6-4-14-21-28-33).

FISIOPATOLOGIA Y CUADRO CLINICO

La dacriocistitis puede asumir la forma aguda o crónica, siendo casi siempre debidas a una obstrucción del conducto lágrimo-nasal ya sea por obstrucción congénita, secundaria a traumatismo, a presencia de dacriolitos, por alteraciones nasales o sinusales, presencia que es la causa más común. Esto permite que las lágrimas, secreciones, gérmenes, polvo se acumulen en el saco lagrimal que por ser una cavidad cerrada y a temperatura constante, resulta ideal para la incubación de los gérmenes y a la producción de un absceso sacular. (1-24-25).

En etapas iniciales la irritación constante de la mucosa del saco por la presencia de las secreciones y lágrimas retenidas, estimulan una sobreproducción de la secreción mucosa, la cual sufre una reabsorción parcial de agua que contiene a nivel del propio saco, formándose una substancia mucóide espesa, de consistencia gelatinosa que mecánicamente distiende el saco (1).

La sintomatología que da esta etapa es la epífora, con formación de una tumeración de consistencia fluctuante por debajo del ángulo interno de el ojo, que al ser presionada permite la salida a través de los puntos lagrimales de un líquido mucilaginoso espeso, en ocasiones transparente o a veces discretamente purulento (Dacriocistitis crónica). (1-23-25).

Esta secreción purulenta que constantemente refluye a la cavidad conjuntival por los puntos lagrimales, es una persistente amenaza para el ojo, ya que con una laceración menor, por ejemplo de la córnea puede desencadenar una úlcera e incluso una infección intraocular, la cual estará relacionada al tipo de germen contenido en el saco (1-25).

Estos sacos crónicamente saturados de secreción purulenta, pue-

den presentar brotes de agudización (Dacriocistitis aguda) la que cursa con edema inflamatorio de la región del ángulo interno del ojo, dolor intenso, fiebre; en esta etapa la secreción ya no fluye a la cavidad conjuntival debido a edema en los canaliculos y se infiltra toda el área perisacular (1).

En forma espontánea o por acción de calor local el absceso llega a abrirse a piel y drenar su contenido, con lo que el estado agudo cede y ocasionalmente puede quedar una fistula que comunica el saco con la piel. Es raro que el cuadro agudo drene a la nariz o a la cavidad conjuntival. (1)

Como se mencionó al principio, la causa de la dacriocistitis radica en la obstrucción del conducto lágrimo-nasal, ya por infección de la mucosa nasal o por las caudal anteriormente mencionadas, que edematizan la mucosa del saco y ocluyen la desembocadura del conducto común, permitiendo a las secreciones retenerse, lesionar el epitelio ciliar el que se va sustituyendo por tejido conectivo-obstructivo. (1-24)

INDICACIONES:

La dacriocistorrinostomía está indicada en pacientes con dacrioestenosis a nivel del conducto lágrimo-nasal, ya sea de tipo congénito o adquirido. Dentro de los segundos se pueden mencionar los traumatismos nasales, laceraciones o patología de los senos y mucosa nasal, presencia de cuerpos extraños o a dacriocistitis idiopática que es la causa más común. (1-24-25)

También está indicada para aliviar la epifora incapacitante debida a insuficiencia fisiológica del bombeo lagrimal o por distensión atónica del saco lagrimal; así como en la erradicación de una infección crónica del saco antes de la realización de una cirugía intraocular. (1-3-24-25)

En los niños, puede ser indicada alrededor de los 3 años de edad cuando ya se han probado o realizado varios sondeos de la vía lagrimal o inclusive realizado canalización completa de la vía lagrimal con silicón o polietileno que no han dado el resultado esperado. (3)

Después de esa edad, suele estar indicada en todos los pacientes incluyendo a aquellos por arriba de los 80 años de edad. (3)

Cabe mencionar algunas precauciones preoperatorias para la indicación de este tipo de cirugía como son: verificación de la permeabilidad de los puntos lagrimales, canaliculos y canaliculo común, ya que en ausencia de dicha permeabilidad de alguno de ellos la dacriocistorrinostomía no sería efectiva. (3-26)

Además de el diagnóstico clínico, como armado, son de gran utilidad los estudios de gabinete como la dacriocistografía y la dacriocistogramografía, ya que proporcionan gran ayuda en la localización del sitio de la obstrucción del estado del saco lagrimal. (1-3-26)

CONTRAINDICACIONES:

Dentro de ellas están las relativas, puesto que son susceptibles de colocarse en buenas condiciones, ya sea con tratamiento médico o quirúrgico y son: la dacriocistitis crónica con atrofia del saco lagrimal, la eversion de los puntos lagrimales y la dacriocistitis aguda. (3-26)

Mientras que dentro de las contraindicaciones formales encontramos la dacriocistitis crónica con atrofia del saco, dacriocistitis en enfermos con tracoma, en casos de ozena o lupus de la pituitaria, en aquellos casos con tuberculosis, sífilis, neoplasias del saco lagrimal o pituitaria, así como en casos de atresia del punto lagrimal inferior, obstrucciones del canaliculo lagrimal inferior como del canaliculo común. (1-3-26)

Como se puede ver, los procesos neoplásicos de tipo maligno que involucran el saco, son contraindicación formal para la dacriocistorrinostomía. Estos casos son muy raros y a veces el diagnóstico no es hecho hasta que está el saco lagrimal expuesto. Si el saco lagrimal contiene una neoplasia benigna, pólipos o gránulos el pronóstico es mejor, pero ello no contraindica la cirugía. (26)

La edad por si sola, es pocas veces una contraindicación, en los niños es preferible esperar hasta que tengan cerca de los 3 años de edad. (3)

En los pacientes por arriba de los 80 años muchas veces se tienen buenos resultados, pero una dacriocistorrinostomía está usualmente contraindicada en pacientes con expectancia de vida corta. Así muchos de los pacientes con edad avanzada y con sintomatología mínima de infección del saco lagrimal prefieren continuar con ella, a ser sometido, a una corrección quirúrgica. (1-3)

La dacriocistectomía no debe substituir a la dacriocistorrinotomía, ya que la extirpación del saco suele ser una cirugía mayor y deja frecuentemente a los pacientes con síntomas molestos. (3)

PROMOSTICO:

La incidencia de alivio permanente de la sintomatología en pacientes con dacriostenosis, a quienes se les ha realizado este tipo de tratamiento (dácriocistorrinostomía) es caso del 85 al 90%.

Los casos más favorables, son aquellos en que el saco lagrimal es grande y no tiene otras condiciones patológicas agregadas; los casos menos favorables son aquellos con (1) cicatriz en el saco o alrededor de él, debidas traumatismos u operaciones previas, (2) a sacos lagrimales pequeños, (3) alteraciones nasales tales como pólipos, desviación marcada del septum de el lado enfermo, (4) y un tumor o alguna contracción que involucre el saco lagrimal o canaliculo común. (3)

Las posibilidades de alivio de los síntomas en casos desfavorables, han relegado a la dacriocistectomía a tan solo estar indicada cuando el saco lagrimal tiene alguna neoplasia maligna o cuando el síntoma único o principal es la dacriocistitis recidivante adscedada en pacientes de edad avanzada, y con mínima epífora. (3)

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 75 expedientes clínicos de pacientes a los cuales se les efectuó Dacriocistorrinotomía, en el lapso comprendido de enero de 1985 a enero de 1986, en el servicio de Oftalmología del Hospital General del Centro Médico "La Raza" del IMSS.

Se excluyeron de este estudio aquellos pacientes que habían sido sometidos a algún tipo de cirugía en el sistema excretor de las vías lagrimales, tales como sección traumática de canaliculo inferior, Dacriocistorrinostomía previa.

Durante la revisión se analizaron los siguientes parámetros:

- 1.- Ficha de identificación: (nombre, edad, sexo).
- 2.- Antecedentes personales no patológicos: (estado socioeconómico y ocupación)
- 3.- Antecedentes personales patológicos oftalmológicos.
- 4.- Antecedentes ginecológicos (estado hormonal)
- 5.- Padecimiento actual: (fecha de inicio, evolución y síntomas principales)
- 6.- Exploración oftalmológica (misma que fue completa, efectuando exploración armada en el aparato excretor lagrimal, a fin de determinar el sitio de la obstrucción)
- 7.- Revisión de la nota operatoria, revisando si se presentaron complicaciones en el trans ó postoperatorio inmediato.

Los 75 pacientes se siguieron durante un periodo mínimo de 5 meses, siendo la mayoría de ellos dados de alta en los primeros 2 meses de efectuada la dacriocistorrinostomía.

Salvo en un solo caso se empleó la anestesia local, en todos los demás se empleó anestesia general.

La técnica quirúrgica empleada en estos pacientes fue prácticamente la misma salvo en la realización de colgajos simples anteriores ("Techo") o colgajos anteriores y posteriores; (techo y piso), que posteriormente se comentarán.

Se consideró un éxito la intervención en los casos en que la epifira desapareció, y que a la irrigación o lavado a través de la nueva vía de drenaje fuera permeable.

TECNICA QUIRURGICA:

La incisión en la piel se realizó con hoja de bisturí No. 15, en sentido vertical, de aproximadamente 3-4 cm. de longitud, a 3-5 mm del canto interno, iniciándola aproximadamente 5mm por arriba del canto interno y prolongándose hacia abajo la longitud restante, siguiendo el borde orbitario por encima de la localización del hueso lagrimal. (2-4, 6-9, 11, 12, 14-17, 19-21, 28, 33).

A continuación, mediante disección roma se separaron el tejido subcutáneo, las fibras del orbicular hasta el ligamento cantal medio el que en ocasiones se seccionó a nivel de su inserción, para continuar con la disección roma hasta localizar el periotio y la cresta lagrimal anterior. (2-4, 13, 9, 16, 20).

Durante este paso que acabamos de mencionar, y en casi toda la duración de la cirugía se utilizaron los separadores de piel tipo Knapp y de Wellman, así como de la cánula de Ferguson conectada a un aparato de succión para dar una mayor exposición y visualización del campo operatorio.

El periostio del hueso lagrimal es seccionado en sentido vertical a nivel de la cresta lagrimal anterior con el separador de Cottle, y los congajos de periostio resultantes se separaron con los ya mencionados.

Se separó el saco lagrimal de la fosa mediante disección roma con una gasa o bien introduciendo una porción de ella entre la fosa lagrimal y el saco.

Una vez así separado el saco, se realiza la osteotomía con la dacriotrefina de Iliff conectada a la sierra de Stryker, el diámetro de la dacriotrefina se coloca de tal manera que tome 1/3 de la cresta lagrimal anterior y el resto sobre el hueso lagrimal; - el diámetro de la trefina que se usa en adultos es de 10 mm y en niños de 8 mm. al iniciar el corte la dacriotrefina es dirigida discretamente nasal y posterior y durante el mismo la trefina es irrigada con solución para evitar lesionar por quemadura los tejidos circundantes, además durante el corte es recomendable realizar una leve rotación de la sierra y la trefina, para aumentar la acción del corte y evitar lesionar la mucosa nasal al perforar el hueso. (2-4, 6, 12, 16, 20, 28).

Una vez realizada la osteotomía y constatada la mucosa nasal indemne; se coloca un taponamiento nasal anterior del lado que se realiza la cirugía, este taponamiento se realiza con ayuda del rinoscopio de Viena y la pinza de disección de bayoneta, el tapón utilizado es por lo general de gasa saturada de clorhidrato de fenilefrina al 1% ó 2% para evitar o disminuir el sangrado de la mucosa nasal. (4,2,20)

Posteriormente, se amplía la osteotomía con una gubia de Kerrison procurando no lesionar la mucosa nasal, quedando la apertura hasta aproximadamente 1.5 X 1.5 cm. en adultos y de 1 X 1 cm en niños, realizando la ampliación de dicha osteotomía discretamente más posterior o hasta la cresta lagrimal posterior. (2, 4, 20)

Asimismo, se dilata el punto lagrimal inferior y se pasa a través de él una sonda de Bowman de 00 ó 000 hasta lograr visualizar la protrusión del mismo sobre la pared media del saco y mediante esta prueba podemos dar cuenta de la localización de la desemboca-

dura del canaliculo común. (2-4, 6, 27, 28)

Se expone el saco lagrimal y si se encuentra aumentado el volumen se realiza un corte vertical en forma de "I" o en "H" si se mira al campo desde el canto externo hacia la nariz; para con ello formar dos colgajos, uno anterior y otro posterior. Cuando el saco lagrimal es pequeño o en realidad consideramos que la unión con la mucosa nasal será difícil, realizamos un simple corte vertical, ligeramente más posterior para formar un solo colgajo anterior. (2, 4, 12, 28)

Una vez ya abierto el saco, en ocasiones se realiza una irrigación o lavado con solución, a través del punto lagrimal inferior; esto es para una vez más localizar la desembocadura del canaliculo común. (27)

Después, sobre la mucosa nasal se lleva a cabo un corte similar al que se haya realizado en el saco lagrimal cuando es un simple colgajo, la incisión sobre la mucosa nasal, debe realizarse un poco más posterior. (2, 4, 9, 12, 16)

Una vez así formados los colgajos, tanto de la mucosa nasal como del saco, se procede a unirlos con catgut 5-0 en puntos simples; en los casos en que se realizaron solo colgajos anteriores estos se unen y forman un "techo", cuando se realizaron tanto colgajos anterior como posteriores, se unen con cada uno de los correspondientes para formar, "techo" y "piso"; hay que hacer notar que una vez unidos los colgajos anteriores con catgut, y antes de seccionar los dos cabos de la sutura se realizó una unión o sutura simple a los tejidos más superficiales, para tratar así de formar una "tienda" y evitar el colapso de los colgajos anteriores. (2, 4, 28)

Ya formada la fistula o nueva vía de drenaje, se procede a unir en forma adecuada los planos quirúrgicos con catgut crómico 5-0 en puntos simples, la sutura de la piel se realiza con dermalon 6-0 en puntos simples separados o en surgete continuo subdermico

siendo éste el más utilizado.

Ya cerrada la herida, en algunos casos se realizó un lavado o irrigación a través de la nueva vía de drenaje para arrastrar los detritus o cágulos existentes en dicha vía.

Se aplicó unguento de cloranfenicol sobre la herida y fondos de saco conjuntivales, con posterior oclusión del globo ocular.

Al día siguiente, si su estado general era satisfactorio fueron dados de alta, previo retiro del taponamiento nasal anterior y controlados posteriormente en la consulta externa en forma periódica hasta su egreso.

RESULTADOS:

De los 75 pacientes estudiados, mismos a los que se les efectuó 75 dacriocistorrinostomías, 52 pacientes correspondieron al sexo femenino y 23 al sexo masculino.

En cuanto a los parámetros estudiados se presentaron los siguientes resultados:

EDAD: misma que se clasifica por décadas.

<u>DECADA</u>	<u>EDAD</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>%</u>
1era.	0-9	5	6.7
2da.	10-19	3	4.0
3era.	20-29	12	16.0
4ta.	30-39	13	17.3
5ta.	40-49	16	21.3
6ta.	50-59	20	26.7
7ma.	60-69	4	5.3
8va.	70-79	0	0.0
TOTAL:		75	100.0%

<u>SEXO:</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>%</u>
Masculino	23	30.7
Femenino	52	69.3

<u>OCUPACION</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>%</u>
Estudiantes	5	6.7
Obreros	10	13.3
Secretarias	4	5.3
Amas de casa	40	53.3
Empleados	7	9.3
Pensionados	2	2.7
Otros	7	9.3
TOTAL:	75	100.0%

<u>ESTADO HORMONAL (SOLO EN SEXO FEMENINO)</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>%</u>
Normal	14	26.9
Premenopausia	6	11.5
Menopausia	13	25.0
Postmenopausia	19	36.5
TOTAL:	52	100.0%

<u>NIVEL SOCIOECONOMICO</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>%</u>
Bajo	45	60.0
Medio	21	28.0
Alto	9	12.0
TOTAL:	75	100.0%

EVOLUCION DEL PADECIMIENTO:

Desde el inicio de los síntomas hasta su primer consulta oftálmica:

<u>TIEMPO</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>%</u>
- de 1 año	10	13.3
1 año	25	33.3
2-3 años	20	26.7
3-5 años	17	22.7
+ de 5 años	3	4.0
TOTAL:	75	100.0%

DACRIOCISTITIS AGUDAS

Casos que se instalaron antes de la 1er. consulta:

<u>CASOS</u>	<u>%</u>
42	56.0

AGUDEZA VISUAL: (tomada en la primer consulta)

<u>A. V.</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>%</u>
20/20 a 20/25	41	54.7
20/25 a 20/40	27	36.0
20/40 a 20/80	4	5.3
20/80 a 20/200	2	2.7
20/200 a 20/400	1	1.3
TOTAL	75	100.0 %

Localización de la dacriostenosis:

<u>OJO</u>	<u>CASOS</u>	<u>%</u>
Derecho	50	66.7
Izquierdo	25	33.3
TOTAL:	75	100.0%

Técnica quirúrgica empleada:

<u>TIPO</u>	<u>CASOS</u>	<u>%</u>
"Techo"	57	76.0
"Techo y piso"	18	24.0
TOTAL	75	100.0 %

Resultados con cada técnica:

<u>RESULTADOS</u>	<u>TECHO</u>	<u>%</u>	<u>TECHO Y PISO</u>	<u>%</u>
Exitos	46	80.7	14	77.8
Fracasos	11	19.3	4	22.2
TOTAL:	57	100.0%	18	100.0%

Resultados totales:

	<u>CASOS</u>	<u>%</u>
Exitos	60	80.0
Fracasos	15	20.0
TOTAL:	75	100.0%

ESTA TESIS NO DEBE¹⁹
SALIR DE LA BIBLIOTECA

COMENTARIO:

Los 75 pacientes a los cuales se les efectuó Dacriocistorrinotomía, en el lapso comprendido de un año en el Hospital General Centro Médico "La Raza", no fueron el total de todos los casos a los cuales se les efectuó este procedimiento quirúrgico, al estar efectuando la revisión de todos los casos a los cuales se les practicó, se sacaron un total de 135, mismos que estaban anotados en la libreta de control de cirugías efectuadas diariamente durante ese lapso, en la Jefatura del Servicio de Oftalmología, quedándonos únicamente con los 75 casos que se estudiaron, dado que los demás, ya sea por estar mal el número de afiliación, o bien otras causas, se excluyeron de este estudio.

En cuanto a la edad, la mayoría de los pacientes a los cuales se les practicó Dacriocistorrinostomía, se encontraron en la 5a. y 6a. década de la vida, dando un 48%, similar a otras estadísticas que reportan la mayor presentación por arriba de los 40 años, similar frecuencia encontró el Dr. Vernet en su tesis sobre el mismo tema en 1984. (38)

De los 75 pacientes encontramos que el procedimiento se realizó en 52 mujeres, (69.3%), y en 23 hombres (30.7%). Dicho resultado similar a lo reportado en varios estudios que indican mayor preponderancia en el sexo femenino, Welham en su serie reporta que fueron 62 femeninos y 38 masculinos con una relación de 1.6:1; Zolli y Shanon reportan 73 mujeres y 37 hombres con una relación de 1.9:1, Iliff da una relación de 3.1:1, en tanto que McPherson reporta una relación de 3.6:1, en otro estudio de Atenas, Grecia, menciona a 1,009 mujeres y 227 hombres con una relación de 4.4:1, Paul en su serie con la técnica de Toti encuentra 124 mujeres y 23 hombres dando una relación de 5:1, Vernet en su tesis menciona 28 mujeres y 10 hombres dando una relación de 2.8:1. (2, 4, 5, 12, 16, 28, 30, 38)

En cuanto a ocupación se refiere el mayor porcentaje se encontró en el sexo femenino encontrándose el 53.3% en amas de casa.

El aspecto hormonal, así como lo menciona Picó (4), de 88 mujeres con este padecimiento, se encontraban 61 entre los 40 y 70 años, en este trabajo de 52 mujeres, 38 se encontraban en esa edad promedio. Esto confirma el estudio realizado por Ruiz y Martínez (23) que atribuyen la mayor incidencia en esta edad por el factor endocrinológico, el pequeño diámetro transversal del conducto, a la estrechez del orificio superior del conducto y a un ángulo más agudo entre el conducto y la pared interna de la órbita; asimismo, si consideramos la relación encontrada por Zolli y Shanon (28) de histerectomía y presentación de dacriostenosis; en el que se infiere que los niveles bajos de estrógenos tengan un factor causal de dacriostenosis, tal vez por un proceso parecido al responsable de los cambios atróficos vaginales postmenopausicos, siendo posible que los niveles bajos de estrógenos en estas mujeres tengan un efecto secante sobre la mucosa del saco lagrimal, y por consiguiente queratinización con acúmulos de restos epiteliales en las porciones fisiológicas estrechas del sistema de drenaje ocasionando una obstrucción. (28)

El nivel socioeconómico, similar a otros reportes y a la tesis del Dr. Vernet (38) en este estudio, se encontró que el 60% correspondió al nivel socioeconómico bajo, por lo que los casos de Dacriocistitis aguda que se encontraron fue tan alto. (56.0%)

Asimismo, encontramos que el ojo derecho fue el más afectado -- (66.7%), cifra similar a la encontrada en varios reportes del Dr. Vernet. (38)

En cuanto a resultados postoperatorios se refiere, consideramos que son muy favorables, dado y considerando que se trata de un Hospital-escuela, es satisfactorio señalar que en cuanto a resultados totales, encontramos un 80% de éxitos y solo el 20% de fra

casos, reporte similar al de McPherson (16) en el que se anota un 84.8% de éxitos y un 15.1% de fracasos y a nivel mundial se menciona que el 9.4% corresponde a fracasos, pero es importante recalcar que nuestro hospital es de enseñanza.

En cuanto a la técnica quirúrgica empleada en su variante de "techo" o bien "techo-piso", así en este trabajo encontramos que la variante de "techo" es, a la fecha la más practicada, así tenemos que del total de los 75 pacientes a los cuales se les practicó la dacriocistorrinostomía, 57 de ellos se les efectuó esta técnica, dando un 80.7% de éxitos y un 19.3% de fracasos, con la técnica de "techo-piso", fueron un total de 18 pacientes a los que se les practicó, dándonos un 77.8% de éxitos y un 22.2% de fracasos, siendo esta técnica un poco más complicada que la anterior, nos da mejores resultados postoperatorios la técnica de solo "techo". Estas cifras concuerdan con las presentadas por el Dr. Vernet (38) en su tesis.

En cuanto a los fracasos reportados, 4 de ellos tuvieron complicaciones transoperatorias, desarrollando éstos, en el transcurso de las 2 primeras semanas la instalación de una infección en el sitio de la herida quirúrgica. 5 pacientes abandonaron el tratamiento, 6 continúan bajo tratamiento y vigilancia médica, valorándose la posibilidad en 3 de ellos de una reintervención quirúrgica, a 2 ya se les efectuó de nueva Dacriocistorrinostomía, encontrándose abundante tejido de granulación sobre la estectomía del paciente restante no se obtuvo información.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Padilla de Alba , F.J. Perera y Perales J: Patología del aparato lagrimal. En Padilla de Alba y Col. (Eds); Oftalmología Fundamental. México, D. F. Fco. Méndez Cervantes, 2a. edición 1977, p.71.
- 2.- Zavala Valencia C.:Dacriocistorrinostomía con técnica de Arruga: Estudio de 50 casos. Anal. Soc. Mex. Oftal 54: 223, 1980.
- 3.- Veirs ER: Lacrimal sac surgery: external dacryocystorhinostomy. En Veir ER (Ed); Lacrimal disorder: diagnosis and treatment. Saint Lois. USA. The Mosby Co., 1976, p.111.
- 4.- Picó G: A. modified technique of external dacryocystorhinostomy. Am. J. Ophth 72:679, 1971.
- 5.- Welham RA, Henderson PH: Results of dacryocystorhinostomy. - Trans Ophth UK 93:601, 1973.
- 6.- Kinosian HJ:A new technique for dacryocystorhinostomy. Arch. Ophth. 70:33, 1963.
- 7.- Toti A. Nuovo metodo conservatore di cura radicale de lle suppurazioni croniche del sacco lacrimale (dacriocistorinostomia) Clin. Med. 10:385, 1894.
- 8.- Mosher HP: The combined intranasal and external operation of the lacrimal sac. Ann. Otol. Rhin. Laryngol 132:1, 1923.
- 9.- Dupuy-Dutemps and Courguet: Plastic dacryocystorhinostomy. -- Presse. Med. 30:833, 1922.
10. Sánchez Bulnes L. y Silva D: Nuevos instrumentos para dacriocistorrinostomía. Arch. Asoc. p. evit. la Ceg. en Méx I época Vol. III: 249, 1945.
11. Summerkill WH: Dacryocystorhinostomy by intubation. Br. J. - Ophth 36:240, 1952.
12. Iliff CE: A simplified dacryoscystorhinostomy:1954-1970 Arch. Ophth. 85:586, 1971.
13. Landeiro J.: A new trephine for dacryocystorhinostomy. Arq. - Port. Oftal 14:103, 1962.

- 14.- Kasper KA: Dacryocystorhinostomy. Surv. Ophth.62:95, 1961.
- 15.- Lupresto VE, Holland RWE:Dacryocystorhinostomy with polyethylene tubing. Am. J. Ophth. 57:668,1964.
- 16.- McPherson SD Jr. Egleston D:Dacryocystorhinostomy: A review of 106 operations. Am. J. Ophth.47:328, 1959.
- 17.- Mirabile TJ, Luther C:Dacryocystorhinostomy with silicone sponge. Arch. Ophth. 74:235, 1965.
- 18.- Jack MK:Dacryocystorhinostomy:Description of a transcanalicular method. Am. J. Ophth. 56:974, 1963.
- 19.- Abrahamson IA Sr. and Abrahamson IA Jr.: Dacryocystorhinostomy with wire fistulization. AM. J. Ophth.48:769, 1959;
- 20.- Cassady JR:A simplified dacryocystorhinostomy technique. - Ophth. Surg 11:319, 1980.
- 21.- Bonnocolto G: Dacryocystorhinostomy with polyethylene tubing:A simplified technique J. Int. Coll. Surg. 28:789,1957.
- 22.- Gimenez J: Dacriocistorrinostomia con nylon temporalmente. Arch. Soc. Oft. Hispanoamer.26:82, 1966.
- 23.- Ruiz BF y Martínez RJ: Patogénesis de la dacriocistitis: - la relación con el conducto nasal. Arch. Soc.Oft. Hispanoamer,26:113,1966.
- 24.- Veirs ER:Etiology of dacryocystitis. En Veirs ER: Lacrimal disorders:diagnosis and treatment. Saint. Luois. USA. The Mosby Co. 1976, p.72.
- 25.- Veirs ER:Etiology of dacryocystitis. En Veirs ER:Lacrimal disorders:diagnosis and treatment. Saint Luois. USA. The - Mosby Co., 1976, p.72.
- 25.- Veirs ER:Clinical manifestation of lacrimal sac disorders En Veirs ER (ed) Lacrimal disorders:diagnosis and treatment Saint. Luois USA. The Mosby, 1976, p. 77
- 26.- Olivera LR: La exploración radiológica en vías lagrimales en operados de dacriocistorrinostomía. Arch. Asoc.p.evit. la ceg. en Mex.I época Vol. VI:297, 1948.
- 27.- Hecht SD:Internal common punctum during dacryocystorhinostomy:Accurate localization by the irrigation and bubble technique, Arch. Ophth.70:33, 1963.

- 28.- Zolli CL., and Shannon GM: Dacryocystorhinostomy: A review of 119 cases. Opth. Surg. 13:905, 1982.
- 29.- McLachlan DL., Shannon GM and Flanagan JC: Results of dacryocystorhinostomy: Analysis of the recurrences.
- 30.- Paul W: Late complications after the operation of Toti Klin Mbl. Augeneheilk. 144:257, 1964.
- 31.- Hallum AV: Dupuy-Duteemps and Bourguet dacryocystorhinostomy. - AM J. Opth. 32:1197, 1948.
- 32.- Traquiar HM: Chronic dacryocystitis its causation and treatment. Arch. Opth. 26:165, 1941.
- 33.- Vucicevic M: A modification of the Dupuy-Duteemps dacryocystorhinostomy. Acta Opth. 143:393, 1962.
- 34.- Vanttinen S: Dacryocystorhinostomy in teaching clinic with special reference to follow-up examination. Acta Opth. 41:640 1963.
- 35.- Simonton J: Dacryocystorhinostomy inferior to the medial canthal ligament. Pacif. Med. Surg. 72:363, 1964.
- 36.- Bouzas A. and Hadzis P: causes of failure of dacryocystorhinostomy and suggestions for improvement. Bull. Soc. Franc. Opth. 74:583, 1961.
- 37.- Velázquez Jones L: Las citas bibliográficas en la redacción del escrito médico en español. Rev. Mex. Pediatr. pag. 307 may. 1980.
- 38.- Vernet Hernandez V.T. Resultados de Dacriocistorrinostomías Centro Médico La Raza, Tesis P.O. Tit. Cir. OFT, pags. 2-9 Diciembre de 1985.