

30 11234  
24



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios Superiores  
FACULTAD DE MEDICINA

Hospital General Centro Médico "La Raza"  
I. M. S. S.

DACRIOCISTORRINOSTOMIA  
"RESULTADOS FUNCIONALES EN NIÑOS"

**FALLA DE ORIGEN**

*TESIS DE POSTGRADO*

Para obtener el Título de  
CIRUJANO OFTALMOLOGO  
p r e s e n t a

Dra. Gabriela Ma. Teresa Rangel Alonso



**I.M.S.S.**

MEXICO, D. F.

1991



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.

# I N D I C E

## CONTENIDO:

	PAGINA
1. DEDICATORIA	1
2. AGRADECIMIENTO	2
3. JUSTIFICACION	3
4. OBJETIVOS	4
5. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	5 - 10
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
7. HIPOTESIS	11
8. MATERIALES Y METODOS	12 - 25
9. RESULTADOS	26 - 28
10. TABLAS Y GRAFICAS	29 - 38
11. CONCLUSIONES	39 - 40
12. BIBLIOGRAFIA	41 - 43

## DEDICATORIA

### A MI ADORADA GABI:

Por ser la motivación más importante  
que lleva a superarme día con día.

### A MIS PADRES:

Por el amor, comprensión y apoyo  
recibidos desde siempre.

Por el ejemplo de mi Padre al a-  
mor, entrega y superación ante la  
profesión médica, lo cuál será di-  
fícil de superar.

### A MIGUEL:

Por su amor, comprensión, ayuda  
y tanta paciencia.

### A MIS HERMANOS.

## AGRADECIMIENTO

A MI MAESTRO

EL DR. VICTOR MURGUIA:

De quién siempre recibí enseñanza,  
apoyo y confianza.

A CADA UNO DE MIS PACIENTES:

Quienes ignorando o sabiendo que  
estaba en formación médica, pusie  
ron en mis manos lo más preciado  
para uno, sus ojos.

Sin ellos esto no hubiera sido po  
sible. Mil gracias.

## JUSTIFICACION

Tomando en cuenta que en el Servicio de Oftalmología del Hospital General del Centro Médico La Raza, se maneja un porcentaje considerable de niños con problemas obstructivos de la vía lagrimal congénitos, muchos de los cuales llegan a nuestro servicio con un historial de manejo conservador y quirúrgico, no todos los casos son manejados adecuadamente ya que desafortunadamente evolucionan a un cuadro obstructivo crónico.

Por lo anterior considero importante conocer en nuestro hospital la incidencia de este problema y cuál es el resultado de efectividad de la Dacriocistorrinostomía, técnica planteada como última posibilidad de curación de estos pacientes. Así, de acuerdo a los resultados, considero importante analizar los casos de fracaso para poder normar si son fallas técnicas y de ser así considerar algunas modificaciones descritas por algunos autores, como agregar al procedimiento intubación de la vía lagrimal.

## O B J E T I V O S

El presente protocolo de investigación es realizado con el objetivo primordial de evaluar los resultados funcionales de la técnica de Dacriocistorrinostomía en pacientes con problemas obstructivos congénitos de la vía lagrimal, siendo los objetivos específicos los siguientes:

- a. Conocer la frecuencia de Dacriostenosis congénita en nuestro hospital, que requieren para su curación la realización de una Dacriocistorrinostomía.
- b. Señalar en estos pacientes el manejo médico o quirúrgico previo a la realización de la Dacriocistorrinostomía.
- c. Evaluar los resultados funcionales en niños a quienes se les realizó esta cirugía.
- d. Hacer un planteamiento de las causas que pudieron determinar el fracaso de los pacientes en que no funcionó el tratamiento quirúrgico.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La corrección de las alteraciones de las vías lagrimales por medios quirúrgicos se remonta a más de 2000 años [8, 25]. Así, Galeno en el siglo I, Celsus en la segunda centuria y Eginetos en el 7o siglo ya realizan un tratamiento quirúrgico para crear una vía artificial de paso para la lágrima [19]. En 1725 John Woolhouse recomienda la inserción de una vía de drenaje entre la fosa lagrimal y la nariz después de extirpar el saco lagrimal. Montain en 1836, fue el primero en describir el uso de una trefina perforante en el tratamiento de la fistula lagrimal, dilató la fistula e introdujo la trefina hacia la fosa lagrimal hasta perforar el hueso, posteriormente suturó e irrigó la comunicación dos veces al día. Bowman en 1857, propone el sondeo y la irrigación de la vía lagrimal para el tratamiento de la Dacriostenosis obteniendo éxito en forma parcial. Kyle en 1897, describe un procedimiento para el tratamiento de la Dacriocistitis crónica, que consistía en cortar el canalículo inferior y disecarlo aproximadamente hasta el conducto lacrimo-nasal, para después colocar un catéter a través de la nueva fistula, dejándolo hasta que epitelizara, retirándolo después [10].

La utilización de la Dacriocistorrinostomía externa para la corrección quirúrgica del conducto nasolagrimal fué originalmente descrita en 1904 por Toti. Este procedimiento provefa de una drenaje intranasal resecaudo el saco lagrimal y el hueso y mucosa intranasal subyacente, con lo que creaba una gran comunicación entre nariz y el saco. Con este procedimiento logró éxito en casi la mitad de los casos (19,25).

En 1912, Blasovics usando la técnica de Toti, extirpó el saco lagrimal, a escepción de una pequeña porción que rodea el canaliculo común (19,25). En 1913, Nest reporta por primera vez la canalización del saco lagrimal por medio de entrada intranasal. Esta operación fué posteriormente modificada por Polyak, Kofler y Toti.

En 1914, Kuhnt corta la mucosa nasal en forma de herradura, siendo probablemente el primero que aproxima las membranas mucosas con suturas (19,25). En 1921, Mosher combina la técnica de Toti con la extracción intranasal de la punta del cornete medio, y sutura el colgajo anterior del saco lagrimal a los tejidos anteriores del trépano practicado (15,19,25); dos años después realiza un hoyo en la pared del saco lagrimal y remueve el hueso lagrimal infrayacente y las células etmoidales, y no sutura los tejidos (5).

En 1921 también Dupuy-Dutemps y Bouguet 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 saco correspondiente. Esta técnica ha dado resultados excelentes desde entonces, reportándose en varios artículos como el de H-allium en 1949 (19,25).

En 1925, B-asterra modifica la técnica de Dupuy-Dutemps por disección de un colgajo anterior de la mucosa nasal, el cual suturó al borde anterior de la abertura del saco (15,19,25).

Gifford en 1944, propone nuevamente separar el saco lagrimal desde la punta del conducto lacrimo-nasal, para después ser colocado en la abertura del hueso nasal (19,25), esta técnica ya había sido propuesta por Forsmark en 1911 y Stock en 1934.

En 1944 también, Soria recomienda suturar un colgajo simple de la mucosa nasal al colgajo posterior del saco, y suturar el colgajo anterior del mismo al borde anterior del trépano, dejando drenaje por medio de una gasa desde el saco a la fosa nasal durante 72 horas (19,25).

En 1945 en México, son ideados nuevos instrumentos para la realización de Dacriocistorrinostomía. El Dr. Sánchez - Bulnes crea un separador que favorece la hemostasia y expone adecuadamente el campo, así como protege el saco de lesiones. El Dr. Daniel Silva inventa un trépano de árbol - móvil que facilita la realización de la osteotomía (21).

En 1946, Arruga inventa nuevos instrumentos que le facilitaron aún más la realización de Dacriocistorrinostomías. - Además describe una técnica aplicable a pacientes que previamente habían sido sometidos a Dacriocistorrinostomía - (19,25).

Summerkill en 1952 y Lepresto posteriormente, dejan un tubo de polietileno en el saco lagrimal, después de abrir la pared media del saco hacia la nariz (19,22,25).

En 1954, Iliff remueve el hueso y la cresta lagrimales con la sierra de Stryker y trefina, suturando un catéter de plástico dirigido del saco hacia la narina. Con la invención de este instrumento se simplifica la técnica, acorta el tiempo quirúrgico y disminuye el riesgo de lesión a los tejidos blandos adyacentes (8,19). Posteriormente Landeiro propone una trefina similar a ésta (10),

En 1957 Bonnocolto sustituye el tubo de polietileno que va al saco y a la nariz, por un pequeño tubo que va a través del canalículo (2). Kasper en 1961 quita la mucosa nasal bajo la osteotomía y hace un colgajo largo que se dobla a la nariz, suturando sólo el colgajo anterior. Elimina la traquina u osteotomía y la necesidad de preservar la mucosa nasal (10).

Mirabile en 1965 usa una esponja de silastic de la nariz - al saco lagrimal que se sostiene en un sitio por suturas - exteriorizadas al sitio de la insición (13).

Posteriormente, varios autores como Kasper, Lupreste, Welham, Kinoshian, McPherson, Picó, Jach y Abrahamson, basados casi todos en la técnica de Dupuy-Dutemps, utilizan materiales para la comunicación del saco lagrimal con la nariz como catéteres de goma, alambres acerados, esponjas de silicón, tubos de polietileno, cintas umbilicales, seda, etc., obteniendo buenos resultados en ocasiones, pero con fracasos secundarios a las reacciones de rechazo en algunos de ellos, por ejemplo, Picó en 1971, suturando el colgajo anterior e intubando el canalículo con seda 8-0 revela 97% de éxito, encontrando en sus casos de fracaso, tejido de granulación. Illiff en 1971 también, utilizando el catéter francés, reportó 91% de éxitos, encontrando entre sus casos de fracaso, alergias conjuntivales, sacos pequeños y

cicatrizados y cierre de la osteotomía. En 1977 Welham y Henderson reportan que en sus casos de fracaso se encontró osteostomías inadecuadas en 61% de los casos y obstrucción canicular en el 39% restante (2,10,19,24,25).

En 1980, Cassady reporta una técnica simplificada en la que elimina métodos elaborados para remover el saco lagrimal, evita la necesidad de suturar la membrana mucosa nasal al saco lagrimal y usa una esponja de silastic fácilmente removible para evitar el cierre de la osteotomía (5). Waldron en 1981 realiza la intubación de ambos canales con tubo de intubación nasal de Gibor.

En 1982, Bumsted realiza un estudio retrospectivo comparando el tamaño de la osteotomía pre y postoperatoriamente, y sugiere que la anastomosis quirúrgica no esté directamente relacionada al éxito del procedimiento quirúrgico (4). Ese mismo año, Zolli hace una revisión de 199 casos de Dacriocistorrinostomía, encontrando que el traumatismo es la causa más frecuente de obstrucción de la vía lagrimal en los varones y encuentra que un factor importante en las mujeres fué la patología ginecológica.

También en el mismo año, Older reporta 94% de éxitos, colocando tubos de silastic para canalizar ambos canales lagrimales y el saco lagrimal,

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los resultados funcionales, en cuanto a porcentaje de éxito de la Dacriocistorrinostomía en problemas de Dacriostenosis congénita?

## HIPOTESIS NULA

Los resultados funcionales de la Dacriocistorrinostomía no dará un porcentaje significativo de éxito, por lo que no puede considerarse la técnica de elección en pacientes con problemas obstructivos crónicos de la vía lagrimal.

## HIPOTESIS ALTERNA

Los resultados funcionales de la Dacriocistorrinostomía dan un porcentaje significativamente alto de éxito por lo que es la técnica de elección en Dacriostenosis congénita crónica, en las que otras alternativas quirúrgicas han fracasado.

## MATERIALES Y METODOS

### CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluirán en el presente protocolo de investigación los pacientes con diagnóstico de obstrucción congénita baja de la vía lagrimal, que hayan sido sometidos a Dacriocistorrinotomía dentro del período de enero de 1987 a junio de 1990, con una edad de 2 a 15 años, sin importar el sexo, y con un registro mínimo de seguimiento de seis meses.

### CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluirán de la revisión pacientes con las siguientes características:

- A. Mayores de 15 años y menores de 2 años.
- B. Pacientes con obstrucción lagrimal alta en forma aislada.
- C. Pacientes con obstrucción lacrimonasal secundaria a otras patologías como neoplasias y por causa traumática.
- D. Pacientes con Dacriocistorrinotomía no realizada en nuestro hospital.
- E. Pacientes que no se les pudo realizar seguimiento.

**UNIVERSO DE TRABAJO:** Expedientes clínicos de pacientes del Hospital General del Centro Médico La Raza a quienes se les realizó Dacriocistorrinostomía en el período de enero de 1987 a junio de 1990.

## VARIABLE DEPENDIENTE

La Dacriocistitis crónica puede definirse como un proceso inflamatorio e infeccioso crónico secundario en muchas ocasiones a una Dacrioestenosis congénita. Para entender su mecanismo y evolución recordaremos: la incidencia reportada de Dacrioestenosis congénita en el primer mes de vida, varían del 2% al 6%. Se considera que el conducto naso-lagrimal se hace patente en las primeras semanas de vida generalmente antes de la formación de lágrimas.

En un reporte de 16 Dacriocistografías practicadas a recién nacidos a término fallecidos inmediatamente después del parto, se encontró obstrucción uni o bilateral en 62% de los casos y en 21 niños muertos en el primer mes de vida se encontró en el 50%.

Embriológicamente, es hasta el séptimo mes de gestación cuando los puntos lagrimales se abren y usualmente la última barrera en canalizarse es la mucosa nasal. El sitio de obstrucción se clasifica en relación con el saco lagrimal: la obstrucción proximal se localiza por arriba de éste, interesando al punto, canalículo o unión canalículo común-saco, y se denomina obstrucción distal cuando la oclusión se encuentra en la unión del saco al conducto

lacrimonasal o en el conducto naso-lagrimal. Puede existir combinación de la proximal y distal,

En cuanto a la sintomatología, varía definitivamente de acuerdo al sitio de obstrucción; así una obstrucción alta completa producirá epifora y en el caso de una obstrucción distal se agregará secreción que de acuerdo a la presencia o no de infección será purulenta, pudiendo agregarse aumento de volumen del saco y reflujo por los puntos lagrimales al presionar éste; este cuadro constituye la Dacriocistitis crónica.

El origen de la obstrucción puede darse desde la falta de perforación o ausencia de los puntos; en canaliculos obstrucción por una membrana o por válvulas y en el conducto naso-lagrimal la obstrucción es membranosa, siendo ésta la causa más frecuente en los niños.

Otro punto importante es lo controvertido que resulta el tratamiento de la Dacriostenosis congénita y la secuencia que debe seguirse en el manejo antes de decidir que el paciente requiere definitivamente una Dacriocistorrinostomía. Existen muchas corrientes que se contradicen en la literatura; hay autores totalmente conservadores como Peterson y Robb quienes reportan que de 50 niños con obstrucción naso-lagrimal congénita, 44 presentaron resolución espontánea,

recomendando esperar de 6 a 8 meses con manejo médico. Kushner, analizando la historia natural del padecimiento, valoró los tratamientos no quirúrgicos dividiendo a sus pacientes en tres grupos: al primero lo trató con masaje hidrostático (el descrito por Crigler que consiste en evitar el reflujó hacia los puntos mediante presión directa al momento de dar el masaje tratando que toda la fuerza se dirija en forma descendente a fin de romper el bloqueo); al segundo le dió masaje simple y al tercero o grupo control no se le dió masaje; a los tres grupos se les trató con antibióticos tópicos. De 58 ojos en el grupo control, únicamente 4 presentaron resolución espontánea; de 58 ojos del grupo de masaje simple sólo 5 curaron y de 58 ojos con masaje hidrostático 18 se solucionaron.

La mayoría de los autores opinan que todo paciente con cuadro infeccioso agudizado deberá ser manejado con antibióticos sistémicos recomendándose la dicloxacilina, sulfacetamida, sulfato de gentamicina, ya que los gérmenes más frecuentes son estreptococo, estafilococo y neumococo.

Quizá el punto más controvertido es en que momento debe pasarse a la exploración armada, existiendo tal controversia que algunos los realizan a partir del segundo o cuarto mes y otros hasta después del octavo,

Sin embargo, en términos generales, podremos considerar que si con el manejo conservador (masajes y antibiótico tópico y/o sistémico) los síntomas son leves podremos mantenerlo esperando la resolución; si los síntomas son severos a pesar del tratamiento aún con cultivo de secreción y cambio de antibiótico por un período razonable pasaremos al lavado simple y al sondeo, para el cual se considera que la edad mínima es de dos a cuatro meses con excepción de los casos en que exista mucocelo del saco y que se refiere a una ocupación estéril de moco o líquido amniótico atrapado en el saco lagrimal por efecto de válvula de un solo sentido al final del conducto naso-lagrimal. Otra indicación sería la Dacriocistitis aguda una vez controlado el cuadro infeccioso. Respecto a este procedimiento, se considera debe realizarse bajo anestesia general con irrigación de la vía lagrimal después del mismo.

Cuando a pesar de todo esto el cuadro no se resuelve, pasaremos a la realización de la Dacriocistorrinostomía.

## VARIABLE INDEPENDIENTE

La Dacriocistorrinostomía 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.

### Indicaciones:

- a) En pacientes con Dacriostenosis crónica a nivel del conducto lacrimonasal,
- b) Para aliviar la epífora incapacitante debida a insuficiencia fisiológica del bombeo lagrimal o por distensión atónica del saco lagrimal,
- c) Erradicación de una infección crónica del saco antes de la realización de una cirugía intraocular,
- d) En niños después de los 2 a 3 años en los que se han realizado sondeos o Dacriointubaciones sin buen resultado.

Precauciones preoperatorias: Determinar en lo más posible el sitio de obstrucción;

- a) Verificación de la permeabilidad de puntos lagrimales canaliculos, ya que de no ser así la cirugía es inefectiva.
- b) Si fuese posible realizar Dacriocistografía o Dacriocistogamagrafia para localizar el sitio de la obstrucción.

Contraindicaciones:

- a) Dacriocistitis en enfermos con tracoma, herpes, tuberculosis, sífilis, neoplasias del saco lagrimal, atresia de punto lagrimal inferior y obstrucción de canaliculos.

Pronóstico:

La mayoría de los cirujanos oftalmólogos aceptan que la Dacriocistorrinostomía es uno de los procedimientos quirúrgicos con más alto índice de éxito, reportándose en la literatura mundial del 85% al 90% de los casos. Las causas más frecuentes de tratarse son el cierre de la osteotomía por crecimiento de hueso o tejido de granulación y la obstrucción canalicular.

## Técnica quirúrgica de la Dacriocistorrinostomía:

El procedimiento quirúrgico en niños se lleva siempre con anestesia general. Los pasos que consta la técnica son los siguientes:

- a) Se incide piel con hoja de bisturí No. 15 en sentido vertical y aproximadamente 1,5 a 2 cm, de longitud y a unos 5 mm, de canto interno, iniciándose aproximadamente un tercio por arriba del mismo y prolongándose hacia abajo la longitud restante, siguiendo el borde orbitario por encima de la localización del hueso lagrimal, debiendo evitarse en lo posible los vasos angulares.
  
- b) Mediante disección roma se separa el tejido subcutáneo hasta localizar el periostio, el cual se corta con hoja de bisturí No. 15 y se separa con legra hasta encontrar la cresta lagrimal anterior. Durante este y en casi todo el procedimiento quirúrgico se utilizan separadores de piel tipo Knappid Wollman, así como la cánula de Ferguson conectada al aparato de succión con la finalidad de dar mayor exposición al campo operatorio.

- c) Se separa el saco lagrimal de la fosa mediante disección roma con una gasa.
- d) Se realiza la osteotomía con la Dacriotrefina de Iliff conectada a la sierra de Stryker colocándose de tal manera que tome aproximadamente un tercio de la cresta lagrimal anterior y el resto sobre el hueso nasal, siendo el diámetro de la trefina de aproximadamente 8 mm, en niños.

Al iniciar el corte la Dacriotrefina es discretamente dirigida hacia el sector nasal y posterior, 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.

- e) Realizada la osteotomía, se localiza la mucosa nasal; se coloca un taponamiento nasal anterior del mismo lado que el de la cirugía, ayudándose del rinoscopio de Viena y la pinza de disección de bayoneta. El taponamiento es de gasa saturada de cloridrato de fenilefrina al 1% o 2% para evitar o disminuir el sangrado de la mucosa nasal.

- f) Posteriormente, se amplía la osteotomía hacia la cresta lagrimal posterior con una gubia de Kerrison procurando no lesionar la mucosa nasal hasta quedar la apertura de aproximadamente 1 x 1 cm.
- g) Se dilata el punto lagrimal inferior y se pasa a través una sonda de Bowman hasta visualizar la protuberancia de la misma sobre la pared del saco.
- h) Se expone el saco lagrimal realizándose un corte en forma de "U" al igual que en la mucosa nasal uniéndose ambos con dos puntos simples con Catgut 5-0, uniéndose a la vez a los tejidos más superficiales para formar una "tienda" y evitar así el colapso de los coléajos.
- i) Ya formada la fístula o nueva vía de drenaje se procede a suturar los planos quirúrgicos con Catgut crónico 5-0 en puntos simples, los tejidos profundos y piel con seda 6-0 en puntos separados.
- j) Ya cerrada la herida puede realizarse un lavado o irrigación por la nueva vía de drenaje para arrastrar los detritus o coágulos existentes en dicha vía. Se aplica unguento de cloranfenicol sobre la herida la cual se ocluye.
- k) Al día siguiente se retira el taponamiento nasal.

## M E T O D O L O G Í A

1. Se realizará una evaluación estadística retrospectiva en niños con Dacriostenosis congénita, cuyo manejo - realizado haya sido la Dacriocistorrinostomía, estudiándose los pacientes entre un período comprendido - de enero de 1987 a junio de 1990.
  
2. A cada uno de los pacientes estudiados se les recopilará y analizarán los siguientes datos:
  - a. Edad
  - b. Sexo
  - c. Lateralidad
  - d. Edad de inicio
  - e. Síntomas iniciales
  - f. Tiempo de evolución del cuadro clínico
  - g. Agudizaciones
  - h. Manejo médico previo
  - i. Manejo quirúrgico previo
  - j. Manejo quirúrgico actual (Dacriocistorrinostomía)
  - k. Complicaciones del mismo
  - l. Resultado funcional

(Se anexa hoja para recopilación de datos para cada paciente).

RESULTADO DE LA DACRIOCISTORRINOSTOMIA EN NIÑOS

NOMBRE \_\_\_\_\_ NO. AFILIACION \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_

TIEMPO DE EVOLUCION \_\_\_\_\_

C.C. INICIAL \_\_\_\_\_

MANEJO MEDICO PREVIO \_\_\_\_\_

MANEJO QX PREVIO \_\_\_\_\_

EVOLUCION DEL C.C. INICIAL \_\_\_\_\_

AGUDIZACIONES \_\_\_\_\_ ULTIMA \_\_\_\_\_

PBAS. DE PERMEABILIDAD \_\_\_\_\_

SITIO DE OBSTRUCCION \_\_\_\_\_

OTRAS ALTERACIONES EN ANEXOS O VIA LAGRIMAL \_\_\_\_\_

TX QX FECHA \_\_\_\_\_ A QUE TIEMPO \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES \_\_\_\_\_

SEGUIMIENTO:

1a. SEMANA \_\_\_\_\_

1er. MES \_\_\_\_\_

3 MESES \_\_\_\_\_

6 MESES \_\_\_\_\_

1 AÑO \_\_\_\_\_

RESULTADOS Y CONCLUSIONES \_\_\_\_\_

MEDICO \_\_\_\_\_

3. Se analizará el porcentaje de curación con la técnica de Dacriocistorrinostomía y los factores que influyeron en esto.

## R E S U L T A D O S

Nuestro Universo de Trabajo consistió en 48 pacientes y 50 ojos (2 casos de bilateralidad], estudiados en el Servicio de Oftalmología del HG CMR, los cuales presentaron la entidad de Dacriostenosis congénita resuelta mediante la técnica de Dacriocistorrinostomía.

De los 48 casos estudiados la distribución por sexo que encontramos fué de 29 pacientes correspondientes al sexo femenino (60.41%) y 19 al sexo masculino (39.58%) (gráfica - No. 1).

Al tratarse el presente estudio de un padecimiento congénito, encontramos que la gran mayoría de los pacientes (81.25%) iniciaron la sintomatología durante los primeros días de vida extrauterina, siendo el porcentaje mínimo restante el que lo presentó posterior al mes de edad (gráfica No. 2).

A pesar de lo anterior, fué evidente de que el paciente llegó a nuestro hospital mucho después del inicio de la sintomatología, entre el primero y décimo quinto año de edad, ingresando la mayoría (66,65%) entre el primero y el sexto año de edad (gráfica No. 3).

En cuanto a la sintomatología de nuestros pacientes, el 91.66% presentó epífora, siendo el segundo dato más importante la presencia de secreción verde-amarillenta, seguido de aumento de volumen del saco lagrimal. Un paciente presentó blefaroespasmos y otro fotofobia, relacionándose con el diagnóstico de glaucoma el cual se fundamentó y trató (gráfica No. 4).

En cuanto al manejo médico instituido en nuestros pacientes en clínicas u hospitales (IMSS), encontramos que el 99% fue multitratado en forma tópica y/o sistémica, siendo el colirio más utilizado el cloranfenicol seguido de la neomicina y gentamicina. Por vía oral lo ocupó la dicloxacilina, cefalosporina y ampicilina.

El manejo quirúrgico previo, consistió en la realización de sondeos. Es importante hacer mención que en algunos casos se abusó del número de ellos (4) y de la edad del paciente (más de 2 años); sin embargo, el porcentaje más significativo se manejó con dos sondeos y en menores de dos años (gráfica No. 7).

La sintomatología, la mayoría de los pacientes la inició en el ojo derecho un porcentaje importante la presentaba en ambos ojos. Con el manejo médico y armado institui-

do en 9 de ellos la sintomatología cedió, siendo la vía lagrimal del ojo derecho la que más de operó y solo dos pacientes requirieron manejo en ambos ojos.

La presencia de otras alteraciones en la vía lagrimal o anexas la presentaron 18 pacientes y consistió en epicanto, fistulación, telecanto y alteraciones en punto lagrimal -- ( gráfica No. 5).

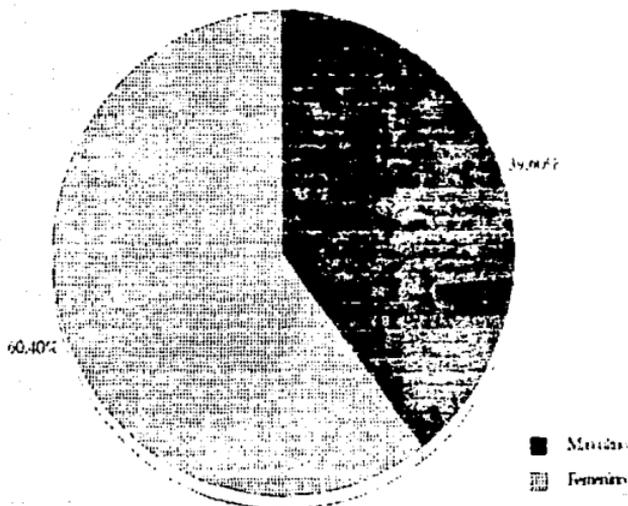
Hemos hablado de las edades de mayor sintomatología y de ingreso al hospital, pero es de suma importancia enfatizar - que las edades en que más pacientes recibieron el tratamiento quirúrgico fué de los 2 a los 5 años de edad ( gráfica - No. 6).

Por último, mencionaremos que nuestro porcentaje de éxito - en la Dacriocistorrinostomía fué del 80% contra un 10% de - fracaso ( gráfica No.8). Analizando los 10 casos fallidos-- encontramos en 4 como complicación transoperatoria ruptura de mucosa, y en 6 de los 8 casos reoperados cierre de la - osteotomía por tejido de granulación ( tabla No. 1).

El análisis estadístico realizado mediante la prueba de hipótesis de  $X^2$  para una sola muestra, el valor de "P" obtenido fué de  $P < 0.0001$  lo cuál es estadísticamente significativo ( tabla No. 2).

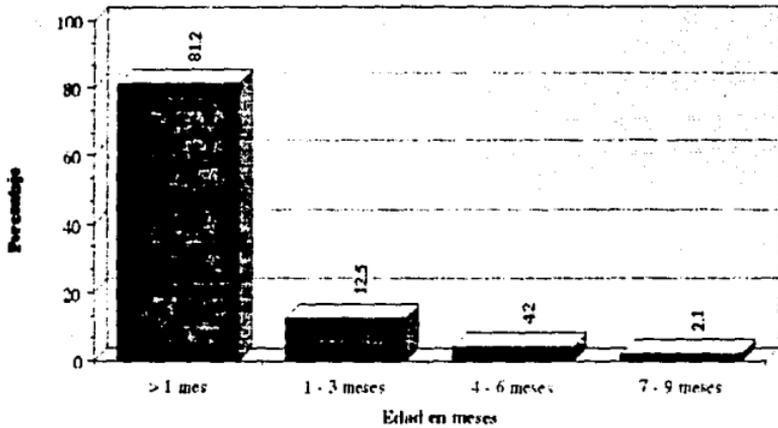
ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

### Distribución por sexo



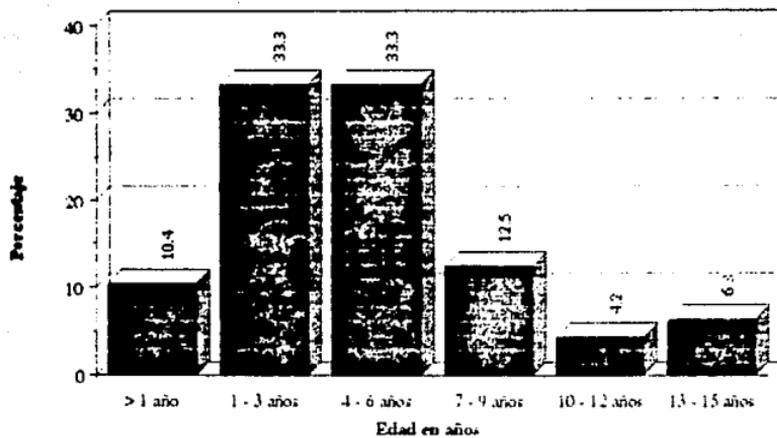
GRAFICA NUMERO 1

### Distribución por edad de inicio de sintomatología



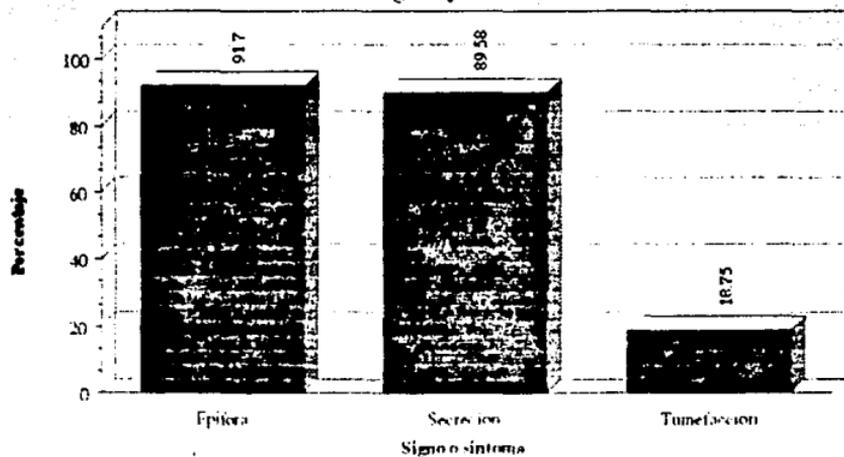
GRAFICA NUMERO 2

### Distribución por edad al momento de ingreso



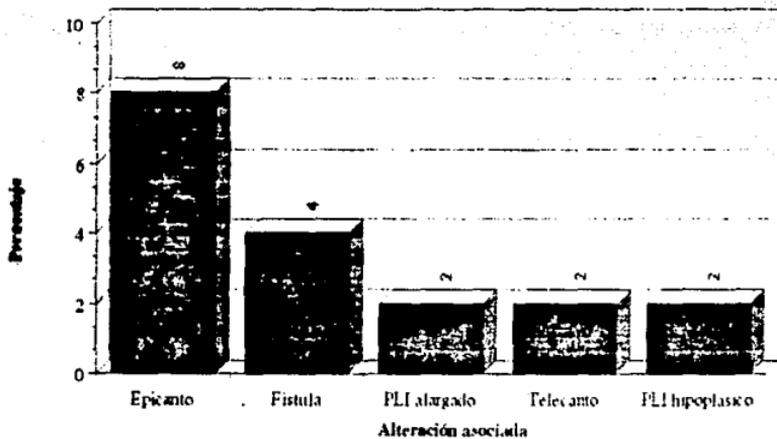
GRAFICA NUMERO 3

### Signos y síntomas



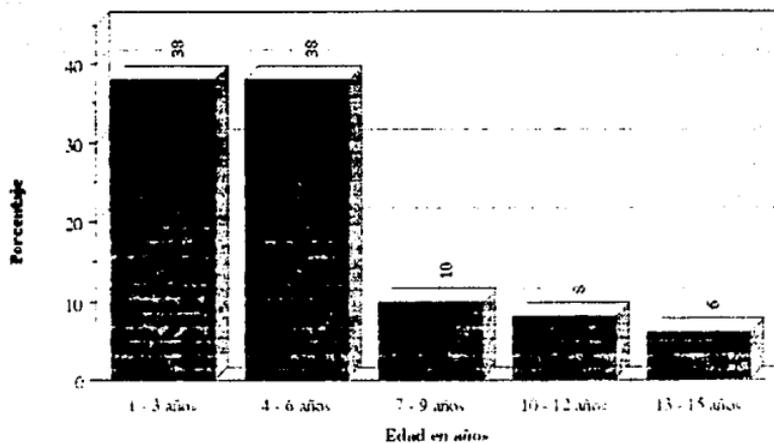
GRAFICA NUMERO 4

### Alteraciones asociadas



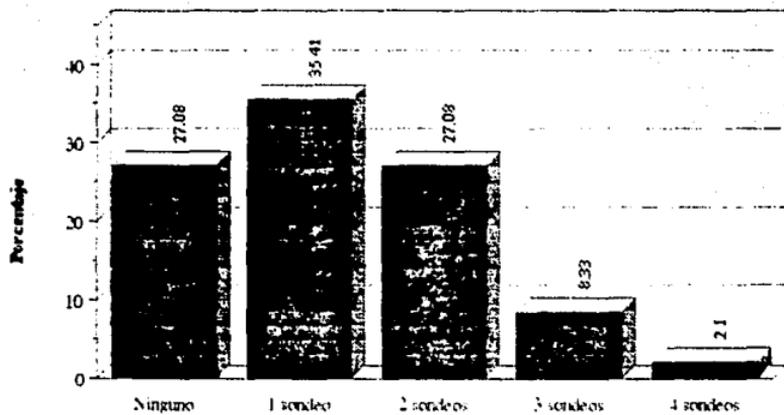
GRAFICA NUMERO 5

### Distribución por edad al momento de DCR



GRAFICA NUMERO 6

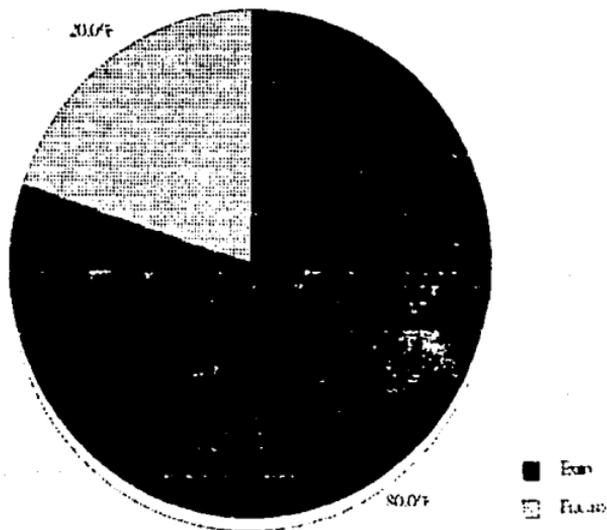
### Intervenciones quirúrgicas previas



Número de intervenciones previas

GRAFICA NUMERO 7

### Resultado postoperatorio



GRAFICA NUMERO 8

ANALISIS DE LOS CASOS DE FRACASO EN LA DCR

TABLA NO. 1

No. Paciente.	Edad en el Tx Qx.	Complicación Qx.	Nuevo Tx Qx.	Hallazgos
1	4a.	*	CDCR	°
2	13a.		CDCR	°
3	5a.		DCR	E
4	2a.		CDCR	#
5	15a.	*	DCR	°
6	3a.		-	-
7	4a.	*	DCR	°
8	9a.		DCR	°
9	14a.		DCR	°
10	5a.	*	-	

\* SE INCIDE SEPTUM CON PROLAPSO DE GRASA.

° OSTEOTOMIA CERRADA.

E SACO LAGRIMAL INTACTO.

# NO SE REFIEREN HALLAZGOS.

ANALISIS ESTADISTICO

VIAS LAGRIMALES SOMETIDAS A DCR

TABLA NO. 2

	Exitos	Fracasos	Total
V. L. con DCR	40	10	50
Total	40	10	50

$\chi^2$  CRITICA= 2.70     $\chi^2$  EXP = 18    SIG P < 0.0001

LO ANTERIOR CONCLUYE QUE LA TECNICA  
DE DCR EN PACIENTES CON DACRIOESTE-  
NOSIS CONGENITA ES ALTAMENTE EFECTI  
VA.

## C O N C L U S I O N E S

En base a los datos presentados y analizados en el presente estudio concluímos:

1. La Dacriostenosis congénita presenta una predilección por el sexo femenino atribuible a alteraciones anatómicas correspondientes a una estrechez del orificio superior del conducto, a un diámetro transversal más pequeño y a un ángulo más agudo entre el conducto y la pared interna de la órbita,
2. La edad de inicio de la sintomatología en la Dacriostenosis congénita es en la mayoría de los casos (+80%), antes del mes de edad.
3. El paciente con Dacriostenosis congénita ingresa a nuestro hospital multitratado médicamente y/o quirúrgicamente y desafortunadamente en algunos casos en forma inadecuada.
4. Las edades en que más Dacriocistorrinostomías se realizaron por Dacriostenosis congénita fué de los 2 a los 5 años de edad.

5. La falla funcional de la Dacriocistorrinostomía fué en la mayoría de los casos por el cierre de la osteotomía por tejido fibroso, lo cual nos habla probablemente de falla en la técnica quirúrgica (osteotomía menor de 1.5 cm. de diámetro),
  
6. La Dacriocistorrinostomía en nuestro hospital mostró un porcentaje de éxito del 80% y un 10% de fracaso, encontrando en el análisis estadístico un valor de  $P < 0.0001$  lo cual es estadísticamente significativo concluyendo que la técnica de Dacriocistorrinostomía en pacientes con Dacriostenosis congénita es altamente efectiva.

## B I B L I O G R A F I A

1. Abrahamson LA Sr, Abrahamson LA Jr: Dacryocystorhinostomy with wyre fistulization. *Am J Opth.* 1959; 48:
2. Berryhill B., Dorenbusch A., Charlotte NC: Twenty years experience with intrannasal transeptal Dacryocystorhinostomy. *Laryngoscope*, 1982; 92: 234-38.
3. Bonocolto G: Dacryocystorhinostomy with polyetilene tubing A simplified technique. *J Int. Coll Sturg.* 1957 28: 789-795.
4. Bouzas A., Hadzia P: Causes of failure of Dacryocystorhinostomy and suggestions of improvement. *Bull Soc. Frac. Opth.*, 1961; 74: 583-87.
5. Bumsted RM, Lumberg J., Anderson RL: External Dacryocystorhinostomy. A prospective studing comparing the sizes of the operative and heales ostium. *Arch Otolaryngol.* 1982; 108: 95-98.
6. Cassady JR: A simplified technique Dacryocystorhinostomy. *Ophthal Surg*; 1980; 11:319-22
7. Diaz EE., Valdecasas SR: Experiencia en la Dacriocistorrinostomia. *Arch Soc. Oftal, Hisp Am*, 1968; 28:472 77.
8. Dupuy-Dutemps, Bourguet: Plastic Dacryocystorhinostomy *Presse Med*, 1922; 30:833-37.
9. Flanagan JC: Correction of lacrimal problems in infant and children. *Trans PA Acab Opth Otolaryngol* 1977; 30: 128-133.

10. Giménez J: Dacriocistorrinostomfa con nylon temporalmente. Arch Soc. Oft. Hispanoamer. 1966; 82-84
11. Hecht SD: Internal Common punctum during Dacryocystorhinostomy: Accurate localization by the irrigation and bubble technique. Arch Ophth 70: 33, 1963.
12. Iliff CE: A simplified Dacryocystorhinostomy: 1954-1970. Arch. Ophth 85: 586, 1971.
13. Jack MK: Dacryocystorhinostomy: Description of a transcanalicular method. Am J. Ophthal. 56: 974, 1963
14. Jag J.L. MD: Dacryocystorhinostomy. A preliminary report. J. Laryngology 1976, 90 (8): 763-71
15. Kasper KA: Dacryocystorhinostomy. Surv Ophth. 62:95 1961
16. Kinoshian HJ: A new technique of Dacryocystorhinostomy Arch Ophth 70: 33, 1963
17. Landeiro J: A new trephine for Dacryocystorhinostomy Arq. Port Oftal. 14: 103, 1962.
18. Lupresto VE., Holland RWE: Dacryocystorhinostomy with polyethylene tubing. Am J. Ophth 57: 668, 1964
19. McLachlan DL., Shannon G.M. and Flanagan J.C.: Results of Dacryocystorhinostomy: Analysis of the reoperations Ophth Surg 11: 427, 1980
20. McPherson SD. Jr., Egleston D: Dacryocystorhinostomy: A review of 106 operations. Am, J. Ophth 7: 328, 1959
21. Mirabile TJ., Luther C: Dacryocystorhinostomy with silicone sponge, Arch Ophth, 74: 235, 165.

22. Older Jay Justin: Routine use of a silicone stent in a Dacryocystorhinostomy. Ophth Surg 13 (11), Nov.1982
23. Padilla de Alba FJ., Perera LF. y Perales: Parología del Aparato Lagrimal. En Padilla de Alba y Cols (eds): Oftalmología Fundamental. México, D.F., Fco. Méndez Cervantes, 2a edición 1977.
24. Rufz BG., y Martínez RJ: Patogénesis de la Dacriocistitis: La relación con el conducto nasal. Arch Soc. Oft. Hispanoamer. 26: 113, 1966.
25. Summerkill WH: Dacryocystorhinostomy by intubation. Br J. Ophth 36: 240, 1952.
26. Veirs ER: Clinical manifestation of lacrimal sac disorders. En Ceirs ER (ED) Lacrimal disorders, diagnosis and treatment. Saint Louis, USA. The Mosby, p. 77, 1976.
27. Vucicevic M: A modification of the Dupuy-Dutemps - Dacryocystorhinostomy, Acta Ophth 143: 393, 1962
28. Weil B. Dacriocistorrinostomia en niños. Arch. Oftal. Buenos Aires, 43: 250-51, 1968
29. Welham RA., Henderson PH: Results of Dacryocystorhinostomy. Trans Ophth IK 93: 601, 1973
30. Zavala Valencia C: Dacriocistorrinostomia con técnica de Arruga: estudio de 50 casos. Anal. Soc.Mex.Oftal. 54: 223, 1980
31. Zolli CL. and Shannon GM: Dacryocystorhinostomy: A review of 119 cases. Ophth Surg. 13: 905, 1982.