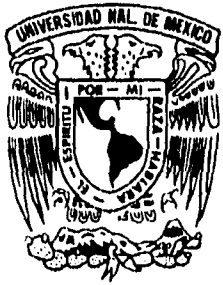


11234

49  
20



**Universidad Nacional Autónoma  
de México**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
CENTRO MEDICO NACIONAL  
MANUEL AVILA CAMACHO**

**DACRIOCISTITIS CRONICA  
Y DACRIOCISTORRINOSTOMIA  
Un análisis estadístico**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:**

**OFTALMOLOGIA**

**PRESENTA:**

**DRA. NORA SOBERANES MEDINA**

**ASESOR:**

**DR. FIDEL BARRANCA MONTIEL**

**PUEBLA, PUE.**

**1995.**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## **DEDICATORIAS**

### **A MIS PADRES: HECTOR Y GLORIA**

*Por el amor, la esperanza y el apoyo incondicional que siempre me han manifestado. Gracias por estar conmigo. LOS AMO.*

### **A LA MEMORIA DE VICTOR**

*Porque a pesar de tu ausencia siempre estaremos juntos. Por ti y para siempre todo mi amor.*

### **A MIS HERMANOS**

*Por permitirme formar parte de la familia. Los Quiero.*

### **A JORGE**

*Por su gran amor, comprensión y paciencia; gracias.*

### **A HECTOR**

*Con cariño. Por la valiosa sugerencia de continuar en Oftalmología.*

### **A MIS MAESTROS**

*Por los conocimientos otorgados y sobre todo por su amistad.*

### **A DIOS**

*Por permitirme disfrutar de la vida.*



DR. ARTURO GARCIA VILLALOBOS  
JEFE DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO "M. AVILA CAMACHO"  
PUEBLA

## INDICE

|                                   |       |           |
|-----------------------------------|-------|-----------|
| <b>Introducción</b>               | ----- | <b>1</b>  |
| <b>Antecedentes Científicos</b>   | ----- | <b>2</b>  |
| <b>Planteamiento del Problema</b> | ----- | <b>5</b>  |
| <b>Objetivo</b>                   | ----- | <b>6</b>  |
| <b>Material y Métodos</b>         | ----- | <b>7</b>  |
| <b>Resultados</b>                 | ----- | <b>10</b> |
| <b>Discusión</b>                  | ----- | <b>12</b> |
| <b>Conclusiones</b>               | ----- | <b>14</b> |
| <b>Cuadros y Gráficas</b>         | ----- | <b>15</b> |
| <b>Bibliografía</b>               | ----- | <b>33</b> |

## INTRODUCCION

La Dacriocistorrinostomía es un procedimiento quirúrgico aceptado para el tratamiento de la Dacriocistitis crónica.

En el presente trabajo, el objetivo es conocer las características epidemiológicas y hallazgos funcionales de los pacientes con Dacriocistitis crónica que fueron sometidos a Dacriocistorrinostomía (DCR) en un periodo de 5 años; con el fin de evaluar la experiencia obtenida en el servicio de Oftalmología del Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho" IMSS Puebla.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, antecedentes de importancia, diagnóstico oftalmológico, lateralidad, operación efectuada y resultados a largo plazo.

El análisis estadístico se efectuó a través de medidas de tendencia central y medidas de dispersión de valores para grupos simétricos y asimétricos. La presentación de los resultados se realizó en cuadros, tablas y gráficas.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Desde los primeros tiempos el hombre prehistórico tuvo conciencia de dos hechos dactriológicos: el flujo reflejo y psíquico de las lágrimas era omnipresente en su vida y la dacrioscititis era lo suficientemente frecuente para ser considerada endémica dentro de su comunidad. A lo largo del milenio los conocimientos del sistema lagrimal fueron tan fragmentados que apenas pudo considerarse a la Dacriología como una disciplina científica.

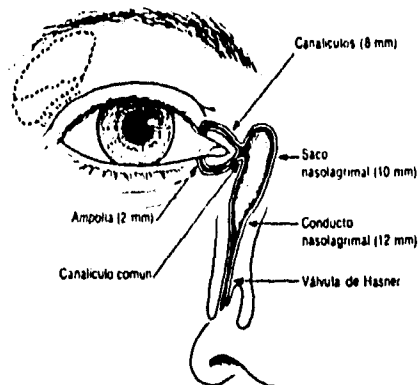
El conocimiento más precoz del aparato lagrimal estuvo limitado al canto interno, dado que el punto lagrimal era visible a simple vista y también por el hecho de que las frecuentes patologías inflamatorias se asociaban frecuentemente al lagrimeo.(1,2)

Duverney describió por primera vez en 1749 la relación entre los músculos palpebrales y el funcionalismo secretor lagrimal. Las investigaciones continuaron durante dos siglos hasta llegar a los trabajos definitivos de Lester Jones en 1955 y de Nagashima en 1963. (1,3)

El aparato lagrimal lo constituye un sistema secretor (glándula lagrimal principal y las accesorias de Krause y Wolfring) y un sistema excretor compuesto por los puntos, conductos, saco lagrimal y conducto nasolagrimal. (4-6)

Los puntos se localizan cerca del extremo medial de cada párpado. En condiciones normales se dirigen ligeramente hacia atrás y pueden inspeccionarse por medio de la eversión palpebral. Las ampollas (canalículos verticales) tienen unos 2 mm de longitud y constituyen la parte más proximal del sistema de drenaje. Los canalículos horizontales tienen una longitud aproximada de 8mm. En el 90% de los casos los canalículos superior e inferior constituyen más adelante el canalículo común que se abre en la pared lateral del saco lagrimal; en el resto, cada canalículo se abre por separado. Un pequeño repliegue de la mucosa (válvula de Rosenmüller) cubre la entrada del canalículo común y evita el reflujó de lágrimas del saco al canalículo. El saco

lagrimal tiene unos 10 mm. de longitud y se encuentra en la fosa lagrimal entre las crestas lagrimales anterior y posterior. El hueso lagrimal y la protuberancia frontal del maxilar separan el saco lagrimal del meato medio de la cavidad nasal. El conducto nasolagrimal tiene unos 12 mm. de longitud y es la continuación del saco lagrimal. Tiene un recorrido vertical y se inclina ligeramente en dirección medial y posterior hasta abrirse en el meato nasal inferior, en posición lateral y por debajo del cornete inferior. La abertura del conducto queda parcialmente cubierta por un pliegue mucoso (válvula de Hasner). (1,4,7,8)



Anatomía del sistema de drenaje lagrimal.



El sitio de obstrucción se clasifica en relación al saco lagrimal; la obstrucción proximal se localiza en punto, canaliculo o unión canaliculo-saco (seno de Maier). Se considera obstrucción distal cuando ésta se encuentra en la unión del saco y conducto nasolagrimal o solamente en el conducto lacrimonasal. Puede haber combinaciones de obstrucción proximal y distal. (1,8,9)

Una obstrucción alta completa producirá epífora y en el saco de la obstrucción distal o baja se agregará secreción que de acuerdo o no a la presencia de infección, será mucosa o purulenta, pudiendo presentarse aumento de volumen del saco, reflujo por los puntos lagrimales al presionar éste; este cuadro constituye la Dacriocistitis crónica. (6,9)

Una Dacriocistitis crónica acompañada de una oclusión de los canaliculos que impida el reflujo, conducirá a una Dacriocistitis aguda.

Las causas de obstrucción adquirida del conducto nasolagrimal incluyen: la estenosis involutiva senil (probablemente la causa más frecuente), traumatismo nasoorbitario, enfermedad crónica del saco, alteraciones congénitas y neoplasias. El tratamiento depende del grado de obstrucción; siendo la Dacriocistorrinostomía el procedimiento más frecuente. (6,9,10,11)

Los reportes sobre la incidencia de la obstrucción lagrimal congénita en el primer mes de vida, varían del 2 al 6%.

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. Un fallo en la canalización a las pocas semanas de nacimiento produce epífora y secreción en el ojo; siendo el tratamiento a base de antibióticos tópicos, masaje hidrostático y sondeos; de no resolverse la obstrucción con los procedimientos antes mencionados requerirá de tratamiento quirúrgico (Dacriocistorrinostomía). (11-15)

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Dacriocistitis crónica es el padecimiento que con mayor frecuencia se presenta en la patología de la vía lagrimal, constituyendo una indicación de tratamiento quirúrgico ( DCR ).  
Dado estas consideraciones creemos importante conocer la experiencia del servicio de Oftalmología; analizando los aspectos epidemiológicos y hallazgos funcionales a largo plazo.

**OBJETIVO****OBJETIVO GENERAL**

Conocer los aspectos epidemiológicos de la Dacriocistitis crónica y los hallazgos funcionales a largo plazo de los pacientes que fueron sometidos a Dacriocistorrinostomía (DCR), en el servicio de Oftalmología Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional. Manuel Avila Camacho. IMSS Puebla.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Conocer la incidencia en edad y sexo de pacientes con Dacriocistitis crónica que fueron sometidos a DCR.
2. Conocer la etiología de Dacriocistitis crónica en los pacientes consultados en el servicio de Oftalmología del Hospital de Especialidades. IMSS Puebla.
3. Determinar la lateralidad de Dacriocistitis crónica en los pacientes estudiados.
4. Establecer la frecuencia de cirugías realizadas (DCR) en el servicio de Oftalmología.
5. Analizar los resultados funcionales a largo plazo de la técnica quirúrgica (DCR) en el servicio de Oftalmología.

## MATERIAL Y METODOS

Se analizaron 186 expedientes clínicos de pacientes que fueron admitidos en el servicio de Oftalmología del Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho" IMSS Puebla, con diagnóstico de Dacriocistitis crónica y a quienes se les efectuó DCR en un periodo comprendido del 1o. de junio de 1990 al 1o. de junio de 1995.

Se realizó un formato especial para la recopilación de datos; las variables estudiadas fueron: edad, sexo, antecedentes de importancia, diagnóstico oftalmológico, lateralidad, operación efectuada y resultados funcionales postoperatorios. En los pacientes a quienes se les realizó DCR se consideró como éxito la desaparición clínica de la epífora e infección postoperatoriamente y la confirmación de paso de solución a través del conducto nasolacrimal neoformado.

**Criterios de Inclusión:** Pacientes con diagnóstico de Dacriocistitis crónica que fueron sometidos a DCR y que tenían expediente clínico.

**Criterios de no Inclusión:** Pacientes a quienes se diagnosticó Dacriocistitis crónica y que no hayan sido sometidos a DCR.

**Criterios de exclusión:** Pacientes que no aceptaron tratamiento quirúrgico o con pérdida de expediente clínico.

Todos los casos fueron intervenidos quirúrgicamente por médicos adscritos al servicio de Oftalmología bajo anestesia general y considerando la técnica quirúrgica utilizada en dicho servicio.

Se procesó la información mediante medidas de tendencia central y medidas de dispersión de valores para grupos simétricos y asimétricos.

El presente estudio es longitudinal, retrospectivo, observacional y analítico.

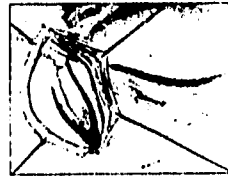
**TECNICA QUIRURGICA (DACRIOCISTORRINOSTOMIA)**

1. Se realiza una incisión recta unos 8 mm. por dentro del ángulo interno del ojo en un solo corte de piel a periostio. (a)
2. Se expone la cresta lagrimal anterior mediante despegamiento del periostio.
3. El saco y periostio se retira lateralmente desde la fosa lagrimal. (b)
4. Se extirpan la cresta lagrimal anterior con una porción de hueso inmediatamente por delante y detrás de la misma cresta.
5. Se realiza una incisión vertical y dos incisiones paralelas perpendicular a la primera en el saco para crear dos colgajos.
6. Se realiza una incisión vertical en la mucosa nasal y dos paralelas perpendicular a la primera para crear dos colgajos; anterior y posterior. (d)
7. Los colgajos posteriores se suturan con catgut. (e)
8. Se suturan los colgajos anteriores también con catgut para completar la anastomosis. (f)
9. Se sutura periostio con puntos separados de catgut.
10. Se sutura plano muscular en bloque con puntos invertidos.
11. Se cierra la incisión cutánea discontinuos con seda.

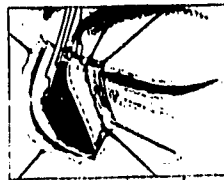
**REPRESENTACION ESQUEMATICA DE TECNICA QUIRURGICA (DCR)**



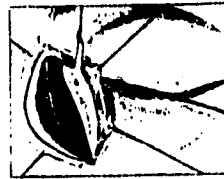
(a)



(b)



(c)



(d)



(e)



(f)

## RESULTADOS

Se analizaron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de Dacriocistitis crónica que fueron sometidos a DCR en el servicio de Oftalmología del Hospital de Especialidades IMSS Puebla; en un periodo comprendido del 1o. de junio de 1990 al 1o. junio de 1995.

De los 186 pacientes estudiados; 140 eran mujeres (75.26%) y 46 fueron hombres (24.74%), con una edad promedio de 41.67 años y una desviación estándar de 19.88 años; permitiendo que al utilizar grupos etarios de 5 años el 68.26% de la población tenían edades comprendidas entre 21.79 y 61.55 años. Por tratarse de grupos de distribución asimétrica se calculó la edad mediana que fue de 42.31 años y una desviación semiintercuartílica de 14.62 años; resultando que el 50% de la población tienen edades comprendidas entre 27.69 y 56.93 años.

Los grupos de edad en donde se encontró el mayor número de casos fue de 40-44 años con 24 (12.90%) y entre 45-49 años con 19 casos (10.21%). Tabla 1. Gráfica 1 y 2.

Al analizar a los pacientes de sexo femenino, utilizando grupos etarios de 5 años se encontró una edad promedio de 45.35 años con una desviación estándar de 17.09 años, lo que permite establecer que el 68.26% de los pacientes tienen edades comprendidas entre 28.26 y 62.44 años y que el 50% de los pacientes tienen edades comprendidas de 34.01 a 54.75 años o menos al considerar la edad mediana de 44.38 años y su desviación semiintercuartílica de 10.37 años. Tabla 2. El grupo de edad en que se encontró mayor número de pacientes fue aquel que estuvo formado de 40-44 años con 22 casos (15.71%). Gráfica 3.

En relación al sexo masculino la edad promedio fue de 30.47 años con una desviación estándar de 23.49 años; estableciendo que el 68.26% de la población tienen edades

comprendidas entre 6.98 y 53.96 años y que el 50% de la pacientes tienen edades entre 7.05 a 48.19 años o menos. El mayor número de casos se encontró en el grupo de edad de 5-9 años con 11 pacientes (23.91%). Tabla 3 . Gráfica 4.

Las causas de obstrucción en la vía algrimal de los pacientes se muestra en la Tabla 4.

De los 186 casos de Dacriocistitis crónica el 70.43% correspondio a inflamaciones crónicas; seguidas del 18.82% de origen idiopático, 8.06% congénito y 2.69% traumático. Gráfica 5.

La Dacriocistitis crónica se presento en forma unilateral en 163 pacientes (87.64%) y bilateral en 23 (12.36%). Cuadro 5. Gráfica 6.

Para el sexo femenino se manifestó una lateralidad derecha en 68 pacientes (48.58%), izquierda en 52 casos (37.14%) y bilateral en 20 pacientes que corresponden al 14.28%. Cuadro 6.

Igualmente el mayor porcentaje fue para el sexo masculino con 60.87% derecha, 32.60% izquierda y 6.53% bilateral. Cuadro 7. Gráfica 7.

La Dacriocistitis crónica constituyó el 90.86% como causa de indicación para la DCR, cirugía previa fallida el 9.14%. Gráfica 8.

En los pacientes con Dacriocistitis crónica que se trataron en el servicio, fueron: 192 Dacriocistorrinostomía (97.46%) y 5 no DCR (2.54%). Gráfica 9. Debe aclararse que son mas procedimientos quirúrgicos que pacientes porque algunos de ellos cursaban con patología bilateral.

Respecto a los hullazgos funcionales a largo plazo de la técnica quirúrgica empleada (DCR) en nuestros pacientes se observo únicamente 4 fracasos de 197 procedimientos realizados (2.08%). Cuadro 8. Gráfica 10.

Considerando fracaso a la no permeabilidad del conducto nasolacrimal neoformado.



## DISCUSION

En nuestra serie de 186 pacientes estudiados con Dacriocistitis crónica el 75.26% correspondió al sexo femenino y 24.74% al sexo masculino. Otros autores han encontrado como en este estudio una mayor incidencia en el sexo femenino, Richard Welham y Allan E Wulc reportaron que de 204 pacientes, el 67.15% fueron mujeres y 32.84% hombres. (16). Con una diferencia poco marcada Martínez Castro establece un 51% de su población a mujeres y el 49% a hombres. (17)

La edad promedio fue de 41.67 años para nuestro estudio, 39 para Welham y 34.2 años para Martínez Castro. Estos valores correspondían al análisis de Dacriocistitis crónica sin considerar la participación que tiene la incidencia por sexo. (16,17)

Al analizar los pacientes con dacriocistitis crónica considerando edad y sexo, encontramos que en hombres era 30.47 años y 45.35 para mujeres; valores que cambiarán justamente por influir de diferente manera al ver porcentaje de hombres y mujeres encontrados en nuestro grupo.

Analizando la incidencia en cuanto a edad y sexo encontramos que los grupos etarios más afectados en el sexo masculino se encontraba en las primeras décadas de la vida y en sexo femenino en edades intermedias; esta información no podemos discutirla mencionando a otros autores por no encontrarla en las referencias consultadas.

En los análisis efectuados al investigar la etiología de la Dacriocistitis crónica, observamos el 70.43% se originó por inflamaciones crónicas, 18.82% idiopático, 8.06% congénito y 2.69% traumático; siendo esta última en algunas series hasta del 41.4% como lo refiere Selchary.

Se hace mención que en la cita bibliográfica (18) considera a la estenosis involutiva senil probablemente como la causa más frecuente.

Determinando la lateralidad de la Dacriocistitis crónica en los pacientes estudiados, observamos que el 87.64% fue unilateral y 12.36% bilateral; valores encontrados por Guillermo Salcedo reportan incidencia de bilateralidad mayor (22%). (19)

Mark Walland encontró el 22% de cirugía previa fallida como causa de indicación para la DCR; no así en nuestro estudio donde el 19.14% de los pacientes presentaban cirugía previa fallida.(cabe mencionar que el 9.14% de cirugía previa fallida de los pacientes estudiados en nuestro servicio contaban con el antecedente de ser intervenidos quirúrgicamente en otros centros oftalmológicos). (20)

Se realizaron 192 DCR en el servicio con la técnica quirúrgica empleada por los médicos adscritos al servicio de Oftalmología, observándose únicamente 4 fracasos (2.08%).

En muchas series el fracaso de la Dacriocistorrinostomía ocurre en menos del 10% de los casos. (20,21,22)

## CONCLUSIONES

1. La Dacriocistitis crónica sin cirugía previa constituyó el 90,86% como causa de indicación para la Dacriocistorrinostomía.

2. La incidencia presentada en relación a sexo y edad comprendieron el 75,26% a mujeres y 24,74% hombres; con el análisis estadístico efectuado permitió conocer que para el sexo femenino el 68,26% de la población estudiada tenían edades comprendidas entre 28,26 a 62,44 años y para el sexo masculino el 68,26% de la población tenían edades comprendidas entre 6,98 a 53,96 años.

3. Los grupos etarios más afectados se encontraba en edades tempranas para el sexo masculino (5-9 a.) y en edades medias en el sexo femenino (45-49 a.).

4. De los 186 pacientes con Dacriocistitis crónica el 70,43% fue de origen inflamatorio, 18,82% idiopático, 8,06 % congénito y 2,69% traumático, es de hacerse notar que en nuestra serie estudiada no se encontró como causa de obstrucción en la vía lagrimal las neoplasias.

5. La forma de presentación de lateralidad de la Dacriocistitis crónica fue del 87,64% unilateral y 12,36% bilateral; cuando se analizó a los pacientes sin considerar sexo.

6. Se realizaron 192 procedimientos quirúrgicos (DCR) siendo un porcentaje del 97,46% como procedimiento de elección en caso de Dacriocistitis crónica en el servicio de Oftalmología.

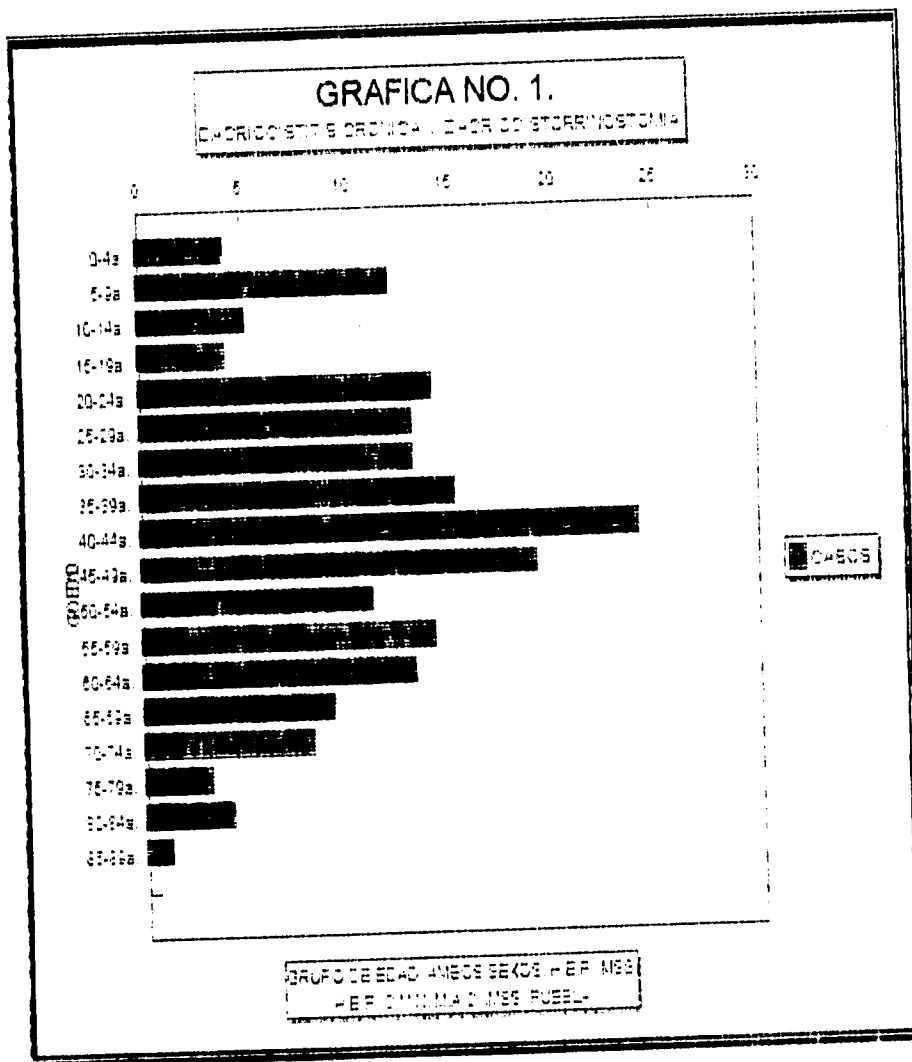
7. El resultado funcional a largo plazo de las Dacriocistorrinostomías fue de éxito en 97,92%; solamente se apreció el 2,08% como fracaso.

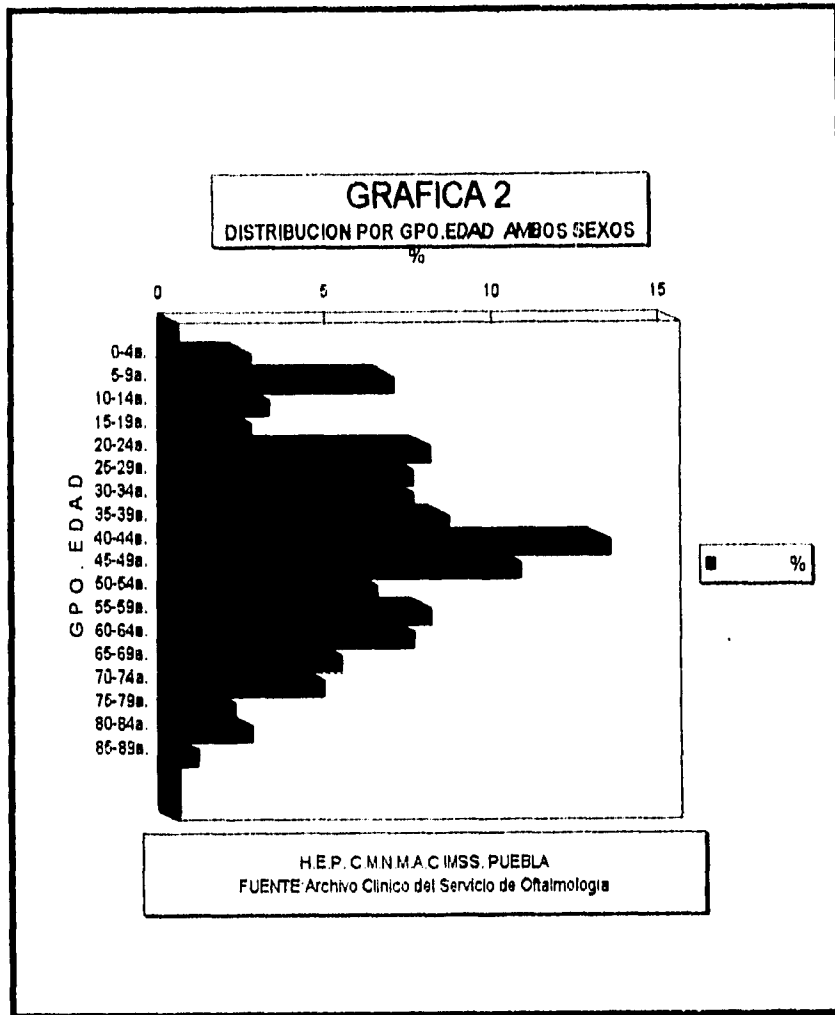
**TABLAS  
Y  
GRAFICAS**

**TABLA 1**  
**DACRIOCISTITIS CRONICA Y DACRIOCISTORRINOSTOMIA**  
**DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD**  
**AMBOS SEXOS**  
**H.E.P. C.M.N. M.A.C. IMSS. PUEBLA**

| GPO.EDAD | %      | CASOS |
|----------|--------|-------|
| 0-4a.    | 2.15   | 4     |
| 5-9a.    | 6.45   | 12    |
| 10-14a.  | 2.69   | 5     |
| 15-19a.  | 2.15   | 4     |
| 20-24a.  | 7.52   | 14    |
| 25-29a.  | 6.99   | 13    |
| 30-34a.  | 6.99   | 13    |
| 35-39a.  | 8.06   | 15    |
| 40-44a.  | 12.90  | 24    |
| 45-49a.  | 10.21  | 19    |
| 50-54a.  | 5.91   | 11    |
| 55-59a.  | 7.52   | 14    |
| 60-64a.  | 6.99   | 13    |
| 65-69a.  | 4.83   | 9     |
| 70-74a.  | 4.30   | 8     |
| 75-79a.  | 1.63   | 3     |
| 80-84a.  | 2.15   | 4     |
| 85-89a.  | 0.54   | 1     |
| TOTAL    | 100.00 | 186   |

**FUENTE: Archivo Clínico del Servicio de Oftalmología. H.E.P.IMSS**



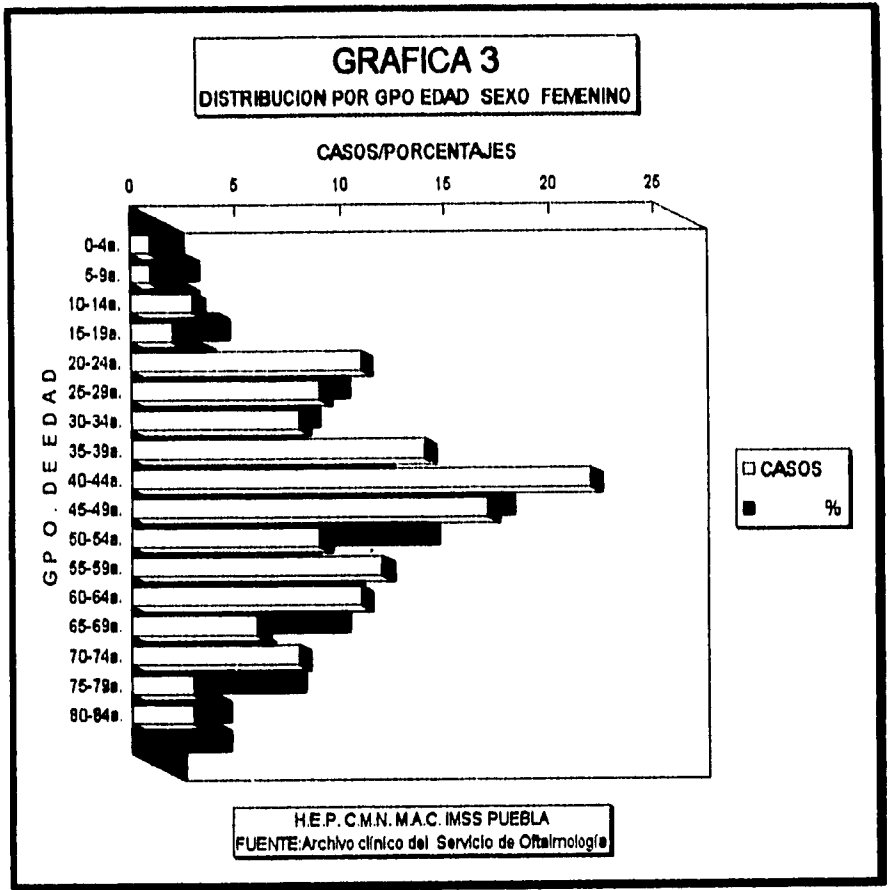


**TABLA 2**  
**DACRIOCISTITIS CRONICA Y DACRIOCISTORINOSTOMIA**  
**DISTRIBUCION POR GPO.EDAD. SEXO FEMENINO**  
**H.E.P.C.M.N. M.A.C. IMSS.PUEBLA**  
**1990-1995**

| GPO.EDAD | CASOS      | %             |
|----------|------------|---------------|
| 0-4a.    | 1          | 0.72          |
| 5-9a.    | 1          | 0.72          |
| 10-14a.  | 3          | 2.15          |
| 15-19a.  | 2          | 1.43          |
| 20-24a.  | 11         | 7.85          |
| 25-29a.  | 9          | 6.42          |
| 30-34a.  | 8          | 5.72          |
| 35-39a.  | 14         | 10.00         |
| 40-44a.  | 22         | 15.71         |
| 45-49a.  | 17         | 12.14         |
| 50-54a.  | 9          | 6.42          |
| 55-59a.  | 12         | 8.57          |
| 60-64a.  | 11         | 7.85          |
| 65-69a.  | 6          | 4.28          |
| 70-74a.  | 8          | 5.72          |
| 75-79a.  | 3          | 2.15          |
| 80-84a.  | 3          | 2.15          |
| TOTAL    | <u>140</u> | <u>100.00</u> |

**FUENTE: Archivo Clínico del Servicio de Oftalmología. HEP.IMSS.**

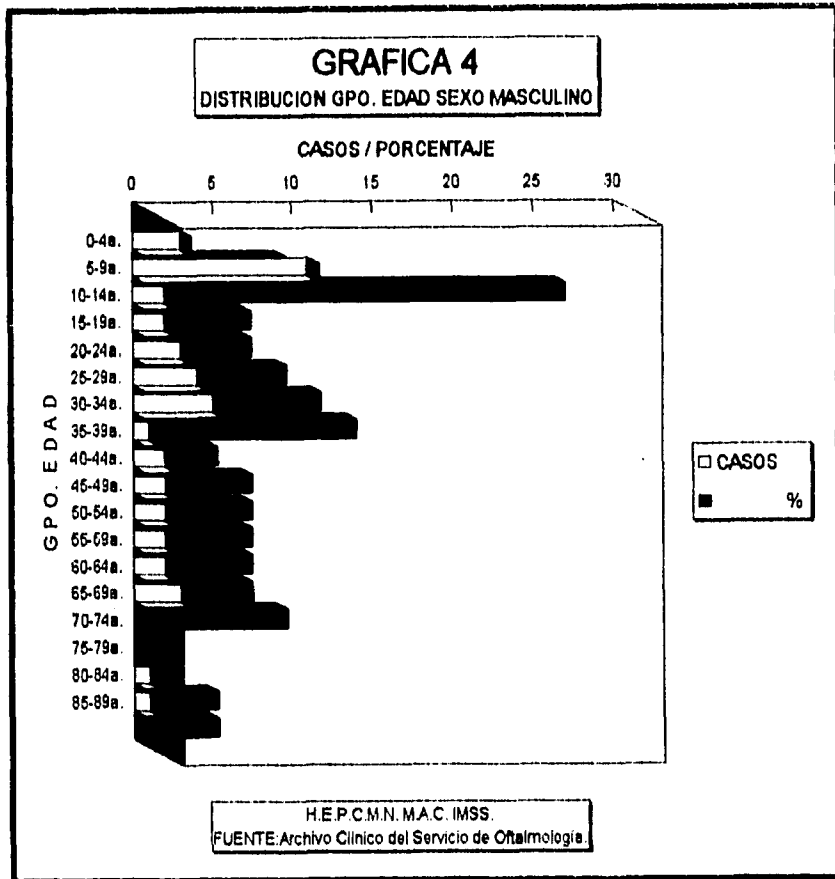




**TABLA 3**  
**DACRIOCISTITIS CRONICA Y DACRIOCISTORRINOSTOMIA**  
**GRUPO DE EDAD SEXO MASCULINO**  
**H.E.P. C.M.N. M.A.C.IMSS. PUEBLA**  
**1990-1995**

| GPO.EDAD | CASOS     | %             |
|----------|-----------|---------------|
| 0-4a.    | 3         | 6.52          |
| 5-9a.    | 11        | 23.91         |
| 10-14a.  | 2         | 4.35          |
| 15-19a.  | 2         | 4.35          |
| 20-24a.  | 3         | 6.52          |
| 25-29a.  | 4         | 8.70          |
| 30-34a.  | 5         | 10.87         |
| 35-39a.  | 1         | 2.17          |
| 40-44a.  | 2         | 4.35          |
| 45-49a.  | 2         | 4.35          |
| 50-54a.  | 2         | 4.35          |
| 55-59a.  | 2         | 4.35          |
| 60-64a.  | 2         | 4.35          |
| 65-69a.  | 3         | 6.52          |
| 70-74a.  | 0         | 0.00          |
| 75-79a.  | 0         | 0.00          |
| 80-84a.  | 1         | 2.17          |
| 85-89a.  | 1         | 2.17          |
| TOTAL    | <u>46</u> | <u>100.00</u> |

**FUENTE: Archivo Clínico del Servicio de Oftalmología. H.E.P.IMSS**

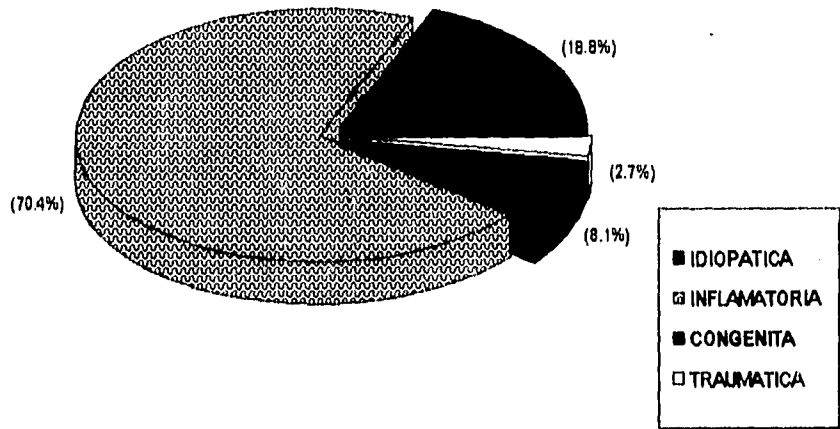


**TABLA 4**  
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR CAUSA  
DE OBSTRUCCION EN LA VIA LAGRIMAL  
H.E.P. IMSS  
1990-1995

| ETIOLOGIA    | CASOS     | %            |
|--------------|-----------|--------------|
| IDIOPATICA   | 35        | 18.82        |
| INFLAMATORIA | 131       | 70.43        |
| CONGENITA    | 15        | 8.08         |
| TRAUMATICA   | 5         | 2.69         |
| TOTAL        | <hr/> 186 | <hr/> 100.00 |

**FUENTE:** Archivo clínico del Servicio de Oftalmología HEP IMSS.

**GRAFICA 5**  
ETIOLOGIA



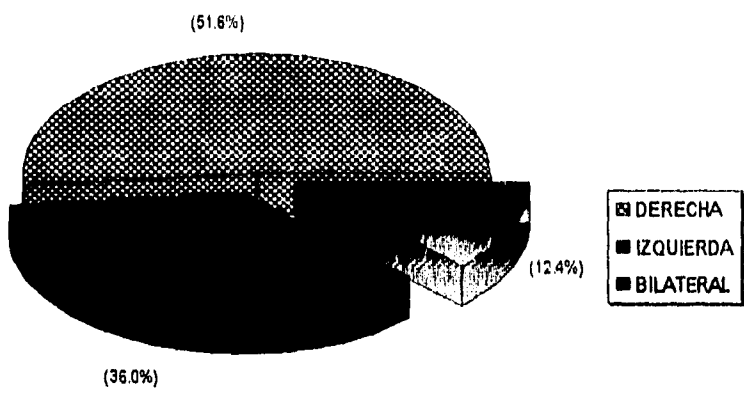
H.E.P. C.M.N. M.A.C. IMSS  
FUENTE: Archivo clínico del servicio de Oftalmología

**CUADRO 5**  
**LATERALIDAD AMBOS SEXOS**  
**H.E.P. C.M.N. M.A.C. IMSS**  
**1990-1995**

| LATERALIDAD | No. PACIENTES | %             |
|-------------|---------------|---------------|
| DERECHA     | 96            | 51.62         |
| IZQUIERDA   | 67            | 36.02         |
| BILATERAL   | 23            | 12.36         |
| TOTAL       | <u>186</u>    | <u>100.00</u> |

**FUENTE: Archivo Clínico del Servicio de Oftalmología H.E.P.IMSS.**

**GRAFICA 6**  
**LATERALIDAD AMBOS SEXOS**



H.E.P. C.M.N.M.A.C. IMSS  
FUENTE: Archivo Clínico del Servicio de Oftalmología.

**CUADRO 6**  
**LATERALIDAD SEXO FEMENINO**  
**H.E.P.C.M.N. M.A.C. IMSS**  
**1990-1995**

| LATERALIDAD | No. PACIENTES | %      |
|-------------|---------------|--------|
| DERECHA     | 68            | 48.58  |
| IZQUIERDA   | 52            | 37.14  |
| BILATERAL   | 20            | 14.28  |
| TOTAL       | 140           | 100.00 |

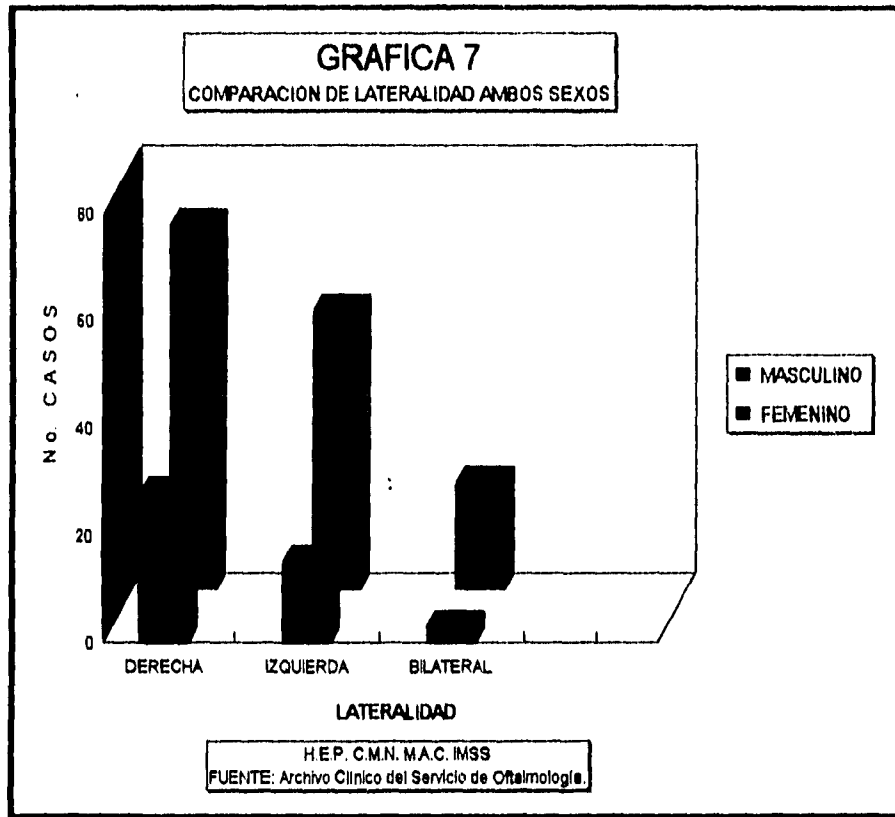
**FUENTE: Archivo Clínico del Servicio de Oftalmología H.E.P. IMSS**

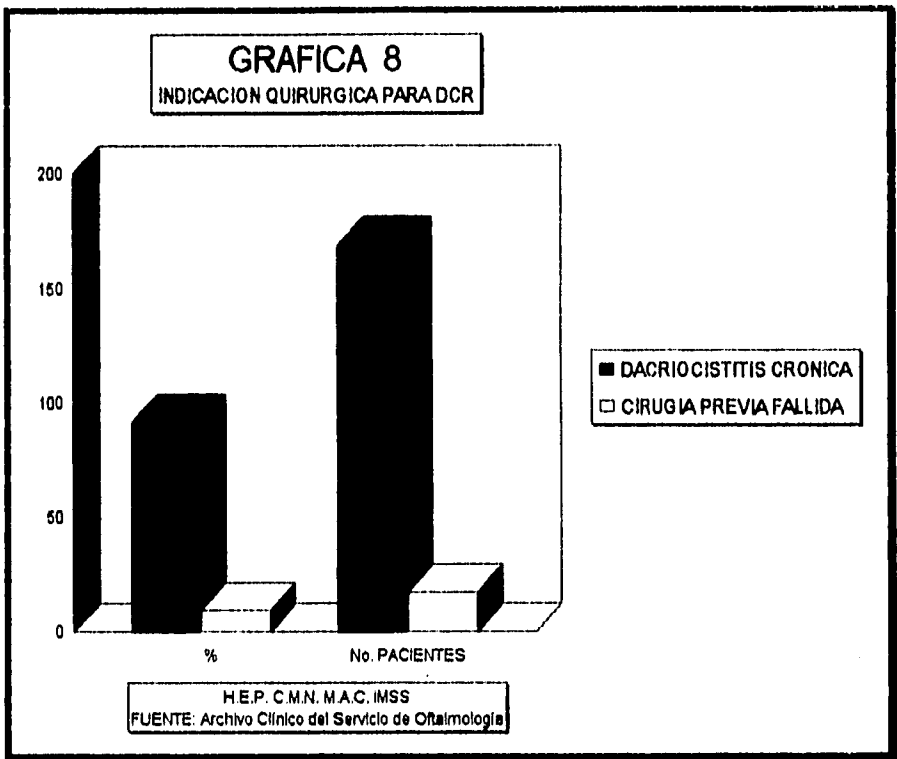
**CUADRO 7**  
**LATERALIDAD SEXO MASCULINO**  
**H.E.P. C.M.N. M.A.C. IMSS**  
**1990-1995**

| LATERALIDAD | No. PACIENTES | %      |
|-------------|---------------|--------|
| DERECHA     | 28            | 60.87  |
| IZQUIERDA   | 15            | 32.60  |
| BILATERAL   | 3             | 6.53   |
| TOTAL       | 46            | 100.00 |

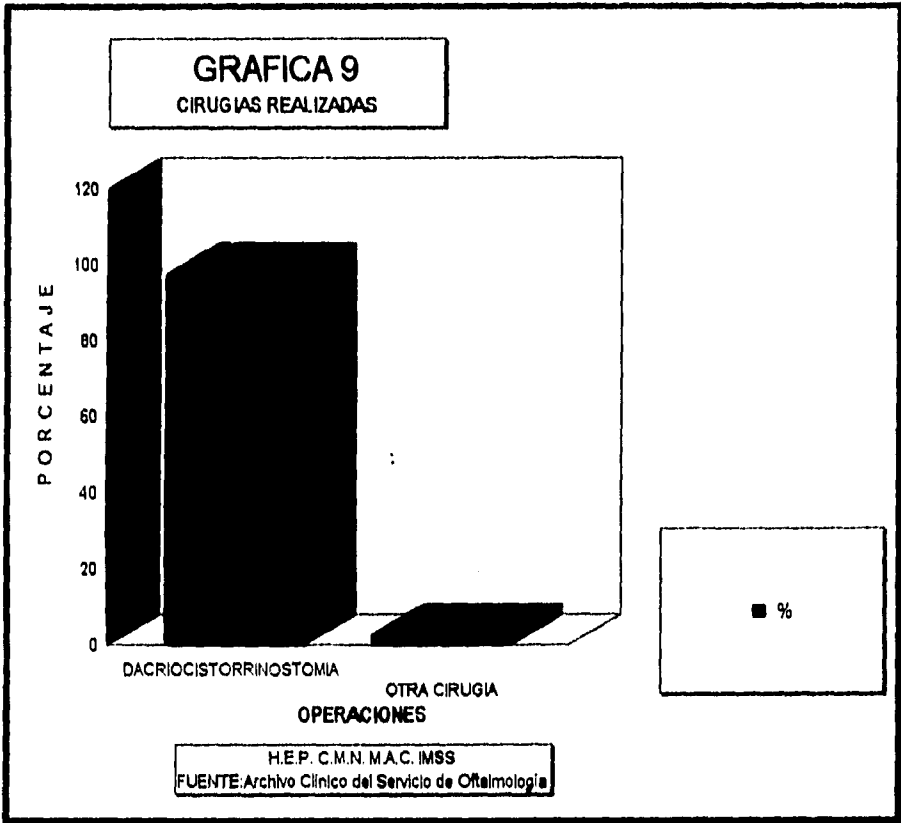
**FUENTE: Archivo Clínico del Servicio de Oftalmología. H.E.P. IMSS.**







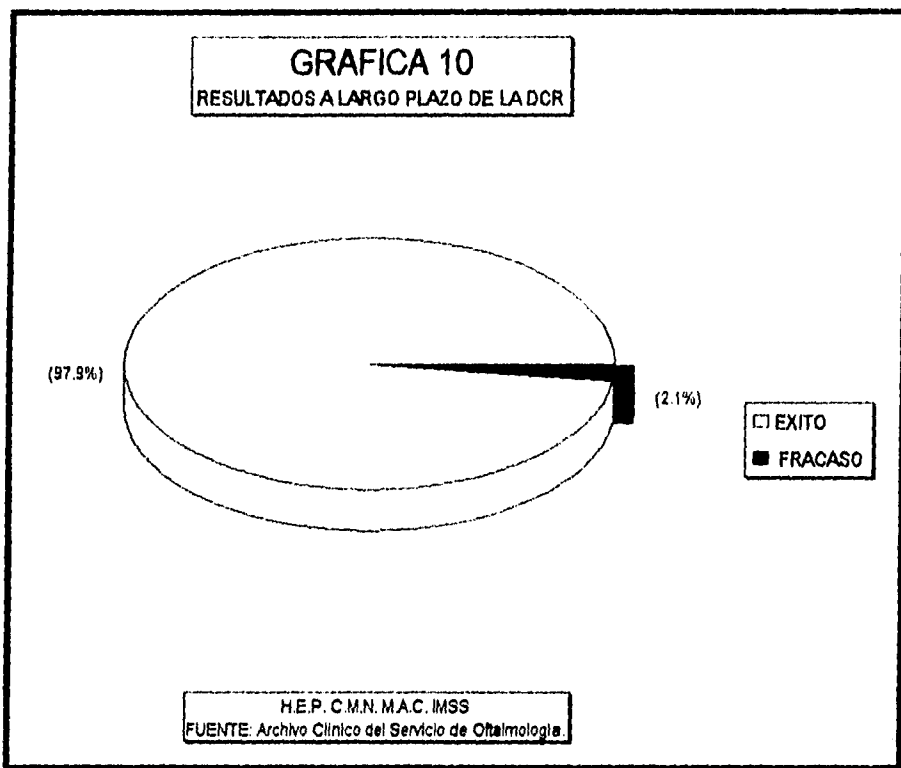
ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



**CUADRO 8**  
**RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA DCR**  
**H.E.P. C.M.N. M.A.C. IMSS**  
**1990-1995**

| RESULTADO | CASOS     | %            |
|-----------|-----------|--------------|
| EXITO     | 188       | 97.92        |
| FRACASO   | 4         | 2.08         |
| TOTAL     | <hr/> 192 | <hr/> 100.00 |

**FUENTE: Archivo Clínico del Servicio de Oftalmología. HEP IMSS**



**BIBLIOGRAFIA**

1. Bernardo A Weil; Benjamin Milder. Sistema lagrimal. Panamericana. 1985: 20-27.
2. Jones. L.T. Anatomic approach to problems of the eyelids and lacrimal apparatus. Arch Ophthalmol 1961; 66:137-40.
3. Jones L. T., Linn M. L. The diagnosis of the epiphora. American Journal of Ophthalmology 1966; 67:751-54.
4. Wolffs E. Anatomy of the eye and orbit. Philadelphia W. B. Saunders Company, Seventh edition, 1976: 226-34.
5. Deborah Pavan Langstong. Manual de diagnóstico y terapeutica oculares. 2a edición. Salvnt Editores. 1988: 55-60.
6. Jose Luis Tovilla y Pomar. Dacriocistorrinostomia en niños y adolescentes. Archivo Asociación para evitar la ceguera en México 1949; 7 : 351-62.
7. Cassidy TC. Developmental anatomy of the lacrimal duct. Arch Ophthalmol 1952; 47: 141-58.
8. Buse H et al. Radiological and histological findings of the lacrimal passages of newborns. Arch Ophthalmol 1980; 36 : 528-532.
9. Kaplan LJ. Embriology of the bifunctional lacrimal system. Ophthal plastic and reconstruct surgery 1984; 3(88): 1-9.
10. Petersen RA, Robb EM. The natural course of congenital obstruction of the nasolacrimal duct. Journal Pediatr Ophthalmol strabismus 1978; 15: 246-50.
11. Jones LT. The lacrimal secretory system andi its treatment American Journal of Ophthalmology 1966; 62: 47-51.

12. Cassidy TC. Dacryocystitis in infancy. *American Journal of Ophthalmology* 1984; 31: 773-80.
13. Guerry D, Kennedy EL. Congenital impatency of the nasolacrimal duct. *Arch Ophthalmol* 1948; 39: 193-204.
14. Kushner BJ. Congenital nasolacrimal system obstruction. *Arch Ophthalmol* 1982; 43: 100-597.
15. Crawford JS. Treatment of obstruction in lacrimal system. *Ophthal plastic and reconstruct surgery* 1984; 13: 93-104.
16. Richard Welham and Allan E. Wulc. Management of unsuccessful lacrimal surgery. *British Journal of Ophthalmology* 1987; 71: 152-7.
17. Martínez Castro y Cols. Conjuntivo-Dacriocistorrinostomía. Resultados a largo plazo. *Anales Sociedad Mexicana de Oftalmología*. 83; 57: 47-51.
18. Jack J Kanski. *Oftalmología clínica* 2a. Edición. Doyma 1992: 40-7.
19. Guillermo Salcedo y Cols. Patología de las vías de excreción lagrimal en niños. *Revista Mexicana de Oftalmología*. 1990; 64(4): 133-7.
20. Mark J Walland., Geoffrey E Rose. Factors affecting the success rate of open lacrimal surgery *British Journal of Ophthalmology* 1994; 78: 888-91.
21. Romanes GJ. Dacryocystorhinostomy: clinical report of fifty cases. *British Journal of Ophthalmology* 1995; 39: 237-40.
22. Burns JA, Cahill KV. Modified Kinisian dacryocystorhinostomy; report of 122 cases. *Ophthalmic Surgery* 1985; 16: 710-6.