

11234

68

79



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Centro Medico Nacional Siglo XXI
Hospital de Especialidades
DR. Bernardo Sepúlveda G.
División de Oftalmología**

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD



TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el título de
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA
Presenta:

Dra. Sandra Ortiz Yáñez

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

268799



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

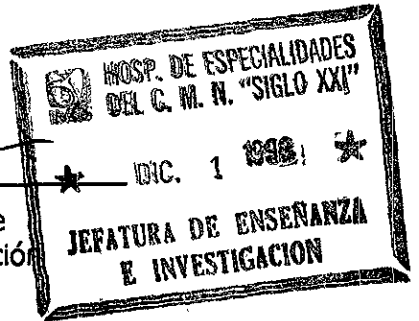
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.



DR. Niels H. Wacher Rodarte
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital de Especialidades
Dr. Bernardo Sepúlveda
Centro Medico Nacional Siglo XXI



Dr. Enrique Garza Ruiz
Jefe de la División de Oftalmología
Hospital de Especialidades
Dr. Bernardo Sepúlveda
Centro Medico Nacional Siglo XXI

Dr. Ricardo Abrego Ayala
Medico Adscrito al Servicio de Oftalmología
Orbita, párpados y Vías Lagrimales
Centro Medico Nacional Siglo XXI



AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

Por que cada día de su vida, me han entregado amor y comprensión, me han dado apoyo confianza y paciencia incondicional en todo momento, por transmitirme su responsabilidad, firmeza y valor, a ustedes les DEBO TODO LO LOGRADO y lo que lograré. USTEDES SON MI INSPIRACION.

A ANGEL, MIRIAM, HEBER E IVETT:

Por que han formado parte de mi vida, por forzarme a ser cada día mejor y darme el apoyo cuando lo necesite. Cada uno de ustedes es IMPORTANTE para mí.

A MIS CUATAS:

JESICA Y OLIVIA

Por recordarme siempre, que es necesario luchar, aun a pesar de nuestros miedos, para lograr lo que deseamos, asumiendo los riesgos y consecuencias de nuestros actos.

A MIS SOBRINOS:

ABIGAIL, AXEL, HEBER, ELIZABETH, MITZY Y HECTOR

Que siempre son estímulo para alcanzar mis metas.

A TI ISMAEL:

Por todo lo que eres y representas para mí, que me ayudas a crecer, por esos grandes momentos que compartimos día con día.

A TI AURORA, BEATRIZ, LORENA, BLANCA Y LUIS ALONSO:

Por el cariño incondicional, a lo largo de éste tiempo, por ser los únicos capaces de comprenderme, por permitirme ser parte de su vida y por la amistad que nos unirá siempre. Los quiero mucho.

A TI MAESTRO QUERIDO:

Dra. Morales, Dra. Soto, Dra. A. Martínez,

Dr. Abrego, Dr. Bonilla, Dr. Galvan, Dr. Domínguez, Dr. Bravo.

Que por tus ojos me permitiste apreciar la mejor ciencia producto de tu trabajo y dedicación que no se encuentran en los libros.



RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD

AUTOR: DRA. SANDRA ORTIZ YAÑEZ

División de oftalmología

Hospital de especialidades

Dr. Bernardo Sepúlveda G.

Centro Medico Nacional Siglo XXI

Instituto Mexicano del Seguro Social

ASESOR: DR. RICARDO ABREGO AYALA

Medico adscrito al Servicio de Oftalmología

Servicio Orbita Párpados y Vías Lagrimales.

Centro Medico Nacional Siglo XXI

Instituto Mexicano del Seguro Social.



INDICE:

ANTECEDENTES.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
HIPOTESIS.....	11
OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y METODOS.....	11
DISEÑO DE ESTUDIO.....	11
UNIVERSO DE TRABAJO.....	12
DESCRIPCION DE LAS VARIABLES.....	12
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	15
PROCEDIMIENTO.....	16
ANALISIS ESTADISTICO.....	18
CONSIDERACIONES ETICAS.....	18
RECURSOS.....	18
GRAFICA DE GANT.....	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSION.....	31
CONCLUSIONES.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	33



ANTECEDENTES

En todos estos años los conocimientos fragmentados de la glándula lagrimal se han acumulado paralelamente con los de los conductos lagrimales. 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 habitualmente al lagrimeo. (1).

Podemos encontrar una amplia gama de causas de dacriocistitis crónica y con ello obstrucción de las vías lagrimales que van desde traumas, drogas, infecciones, operaciones por tumores del canto interno y agenesia congénita. En algunos casos se ha demostrado que el trauma y enfermedades idiopáticas fueron las causas más comunes de obstrucción canalicular, en segundo lugar tumores, finalmente procesos inflamatorios.

Los agentes más frecuentemente involucrados son *Staphylococcus epidermidis* y *Staphylococcus aureus* siendo aislados en infecciones de saco lagrimal de adultos. Walland y Rose mencionan que uno de los factores de riesgo para infección de tejidos blandos después de la cirugía abierta de vías lagrimales es estar sin antibiótico profiláctico sistémico, acordando que las infecciones postoperatorias de tejidos blandos representan un riesgo significativo de falla en la cirugía de vías lagrimales. (2)

A lo largo de muchos años, se han tenido numerosas técnicas diagnósticas utilizadas para evaluar el sistema de drenaje lagrimal. Estas incluyen sondeo, irrigación, dacriocistograma y dacriocentellograma. Cada una de ellas revelan en forma indirecta un juicio sobre el aparato lagrimal, muestran solamente la sombra del sistema de drenaje lagrimal sin demostrar los detalles de los tejidos blandos circunvecinos, por lo que pese a que da una información de la vía lagrimal no son netamente certeros. Por otra parte también se ha valido del estudio de la Tomografía Axial Computarizada y de la Resonancia Magnética para los detalles de los tejidos blandos que proveen de una excelente resolución de imagen de tejidos blandos, imagen en multiplanar sin pérdida de resolución y signos de intensidad de tejidos específicos. (3)



Hecho el diagnóstico clínico y habiéndose confirmado por los exámenes pertinentes el intento por encontrar la mejor terapéutica data desde hace ya varios siglos en donde se tienen registros de los siglos X a XII que describen los dispositivos terapéuticos utilizados por los médicos musulmanes de España, el medio Oriente y Asia. Al-Ghafiqi de Córdoba (siglo XII) coleccionaba todo tipo de información médica acerca del tratamiento de las infecciones del saco lagrimal y describió una técnica para canalizar la fosa lagrimal y perforar el hueso lagrimal.

En 1710 Anel introdujo, tal como lo conocemos hoy día, la irrigación y sondaje del punto lagrimal. En esa época ya se tenía en cuenta que el sondaje no ofrecía la cura definitiva para la dacriocistitis.

A fines del siglo XVIII comenzó el uso de dilatadores para conservar la permeabilidad. Pallucci en 1762 utilizó hilo de lino ya para el siglo XIX se utilizaron alambres de cobre y platino.

El uso de nylon, polietileno y silicona como dilatadores data de los últimos 30 a 40 años, a partir de los primeros informes de Veirs en 1950. (1)

En 1989 Becker y Berry utilizaron un catéter con un balón para la dilatación del canalículo nasolagrimal, este balón es parecido al antes utilizado en las angioplastias, alteraciones del aparato gastrointestinal y posteriormente en 1990 Munk y colaboradores lo han perfeccionado para la vía lagrimal.

En años recientes la dacriocistoplastia con balón ha tenido gran auge, es limitada su utilización, sin embargo se han realizado algunos trabajos libres para conocer los resultados de la dacriocistoplastia con balón en obstrucciones completas del aparato nasolagrimal. Los autores mencionan se tienen dos ventajas con su utilización, una de ellas es que la formación de falsas vías es mucho menor que las ocasionadas por el método convencional con materiales rígidos. La otra es que el daño que se ocasiona a la mucosa nasal por medio de las guías de alambre utilizadas en el método convencional se puede suprimir con éste método e inclusive servir como hemostasia sin dañar a la mucosa. (4)



Sin embargo, la dacriocistoplastia con el balón tenía altas recidivas por lo que los mismo autores diseñaron colocar un metal expandible que mantuviera dilatada la vía. Se menciona es un método simple, fácil de colocar, que no requiere necesariamente de anestesia gral. No deja ninguna cicatriz en la cara y el paciente no refiere insatisfacción. En el estudio realizado se tuvo en observación a los pacientes hasta por 36 semanas continuas y posteriormente mensualmente obteniendo muy buenos resultados, otros autores mencionan que los tubos metálicos están quedando en desuso porque el riesgo de provocar reacción de cuerpo extraño es alto y va acompañado desde un proceso inflamatorio hasta necrosis de la zona. (4,5)

Grondhal, describió la intubación del pasaje lagrimal de los puntos lagrimales superior e inferior, utilizando un metal que se introduce en cada lado sin tener que realizar una cirugía abierta, pero este método sólo es útil con material rígido como lo es el polietileno; el material se coloca permanentemente. Henderson reportó el uso de tubos de polietileno colocados en el tiempo de la dacriocistorrinostomía para corregir la obstrucción canalicular.

Huggert y otros usaron el polietileno para corregir problemas canaliculares crónicos y agudos, en algunos de esos casos la cirugía abierta sobre el saco lagrimal fue necesaria para colocar adecuadamente el tubo en el canaliculo, pero la dilatación del punto y del canaliculo y probablemente la manipulación que se realice ocasionan frecuentemente molestias en el paciente. (6)

Quickert y Dryden en 1970 propusieron como una solución quirúrgica la utilización de tubos de silicon a través del canaliculo. Desde entonces ha tomado gran auge la utilización de este material, suele requerir estabilización o reestabilización del punto lagrimal y del canaliculo sin la presencia permanente del material extraño. Dando ésta definición, la reconstrucción más próxima a la ideal es mediante un procedimiento de canalización puente dada por el silicon. (7, 8)



El propósito del tubo de silicon es actuar en forma temporal como férula para mantener patente el sistema de drenaje lagrimal, en la cual pueda ocurrir una cicatrización o una dilatación crónica del área obstruida. Es decir permite la epitelización en pacientes con bloqueo congénito usualmente en la porción inferior del conducto nasolagrimal o del canalículo, también en laceración canalicular y lesión del saco lagrimal o del conducto nasolagrimal como resultado de un trauma quirúrgico o no quirúrgico. (9,10)

En la técnica quirúrgica para la colocación de la prótesis lagrimal primero se dilatan los puntos lagrimales, se dilata el canalículo con las sondas de Bowman, posteriormente se pasa la prótesis de silicon previamente conectada a una guía metálica a través del punto lagrimal se empuja y desliza hasta vencer la obstrucción del canalículo o del saco lagrimal y se toma la guía por la fosa nasal con ayuda del rinoscopio y unas pinzas se desplaza hasta obtener la prótesis de silicon la cual es referida con sutura nylon, se realiza el mismo procedimiento con el otro extremo de la prótesis y su guía través del punto lagrimal superior.

Estos métodos de intubación temporal de las vías lagrimales curan a gran numero de pacientes, algunos presentan además una estenosis del conducto canalicular, así pues el procedimiento es simple y requiere de pocos aparatos especiales. (11)

Hay un desacuerdo en la literatura oftálmica en el momento óptimo del retiro del tubo de silicon posterior de una intubación del sistema lagrimal. Muchos autores recomiendan el retiro de los 3 a 6 meses. En un estudio se tomó un seguimiento para el retiro del tubo de 1 a 22 meses encontrándose el mejor tiempo a los 19 meses. Dortzbach y cols. Recomendán el retiro del tubo en un plazo mínimo de 3 meses. Durso y cols. Reportan el retiro del punto en 4 meses. Patrinely y Anderson recomiendan el retiro del tubo posterior a 6 meses. (8,12,13,14)



Algunos autores mencionan que la utilización de silicon para la recanalización de las vías lagrimales es desagradable porque el tubo se encuentra desplazado cuando permanece por periodos prolongados ocasionando complicaciones tales como: Dacriocistitis recurrente, formación de granulomas y erosión del canaliculo. (7,15,16)

Más recientemente, los tubos de silicone son más comunes ya que reducen la frecuencia de problemas causados por el polietileno, tal como una conjuntivitis crónica por el cuerpo extraño que representa o bien bloquear el punto lagrimal ya que se menciona, comienza a crecer tejido de granulación, además de erosión del punto lagrimal, irritación corneal y erosión canalicular. (15)

La completa exploración del paciente nos ofrece una idea del porcentaje de éxito con el uso de las técnicas así como las indicaciones y contraindicaciones. Los pacientes tratados con dacriocistoplastia presentaron una recurrencia del cuadro a los 2 meses de hecho el procedimiento aproximadamente del 43 al 45 %. La dacriocistorrinostomía además del tratamiento de elección para los pacientes con obstrucción del conducto nasolagrimal ha tenido fallas de un 6 al 21%. (4,17)

El porcentaje de éxito con los tubos de silicon va del 60% a 100% de acuerdo al desorden de la vía presentado. La intubación esta definitivamente contraindicada en pacientes con infección aguda y probablemente en pacientes con infección crónica incontrolable. (11)



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el resultado postoperatorio de los pacientes adultos postoperados de dacriointubación cerrada en pacientes con dacriostenosis no traumática?

HIPOTESIS

Los pacientes adultos postoperados de dacriointubación cerrada por dacriostenosis no traumática tienen un libre drenaje de la lagrime de 6 meses a 1 año de postoperados en más del 70 %.

OBJETIVO

Conocer el porcentaje de pacientes libres de obstrucción de las vías lagrimales posterior a la dacriointubación cerrada.

MATERIAL Y METODOS:

1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Tipo de estudio:

- Retrospectivo.
- Descriptivo.
- Observacional.
- Transversal.
- Clínico.



2. UNIVERSO DE TRABAJO.

Todos los pacientes adultos postoperados de dacriointubación cerrada por dacriostenosis no traumática del Centro Medico Nacional Siglo XXI del servicio de Orbita, párpados y vías lagrimales. A partir del 01 de marzo de 1996 al 01 de Septiembre del año en curso.

3. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

1. Estenosis baja de las vías lagrimales.
2. La técnica quirúrgica: la dacriointubación cerrada donde el tubo de silicon se deja en el conducto nasolagrimal sin incisión en la piel.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Resultado del tratamiento quirúrgico por dacriointubación cerrada de la estenosis no traumática baja de las vías lagrimales.

INDICADOR: Signos clínicos de estenosis de las vías lagrimales.

- Eficaz : ausencia de signos clínicos.
- Ineficaz : Con presencia de signos clínicos.



VARIABLES DE CONTROL:

- **Edad** : tipo de variable cuantitativa continua.
- **Sexo**: hombre o mujer tipo de variable nominal con 2 categorías.
- **Síntomas**: Epifora, Secreción, reflujo. Tipo de variable nominal 3 categorías.
- **Vía lagrimal afectada**: derecha, izquierda o ambas. Tipo de variable nominal con 3 categorías.
- **Sondeo**: Paso de un dilatador por la vía lagrimal.
- **Sí o no**. Tipo de variable nominal con 2 categorías.
- **Número de sondeos**. Tipo de variable cuantitativa continua.
- **Tratamiento médico previo**: Sí o no. Tipo de variable nominal con 2 categorías.
- **Medicamentos**: sulfas, cloranfenicol, quinolonas, cefalosporinas, otros. Tipo de variable nominal 5 categorías.
- **Intubación** Colocación de un tubo de silicon en la vía lagrimal usando una técnica quirúrgica cerrada.
- **Edad de realizada la dacriointubación**. Tipo de variable cuantitativa continua



- **Tiempo postintubación. Tipo de variable cuantitativa continua.**

- **Signos postintubación: Epifora, secreción, reflujo, otros. Tipo de variable nominal con 4 categorías.**

- **Complicaciones postintubación: lesión de punto lagrimal, elongación de punto lagrimal, lesión canalicular, migración nasal del tubo, granulomas, otros. Tipo de variable nominal con 6 categorías.**



4. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se revisaran todos los pacientes mayores de 18 años del 01 de marzo de 1996 al 01 de septiembre del año en curso con dacriostenosis no traumática del servicio de Orbita, párpados y vías lagrimales de la división de Oftalmología de Centro Médico Nacional Siglo XXI a los que se les haya realizado dacriointubación cerrada con tubos de silicon.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes adultos
- Mayores de 18 años.
- Diagnóstico de estenosis de vías lagrimales.
- Sometidos a dacriointubación cerrada con tubos de silicon.
- Tiempo postoperatorio mínimo de 3 meses.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- Expedientes incompletos.
- Pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes con estenosis de vías lagrimales adquiridas por trauma.
- Cirugías con técnica quirúrgica abierta.
- Expedientes que no tengan valoración postquirúrgica.



5. PROCEDIMIENTO

Una vez que se corrobore que el paciente cumple con los criterios de inclusión al estudio, serán registrados en una hoja elaborada específicamente para éste propósito. Se revisarán las fechas exactas del diagnóstico, la causa de la obstrucción, la fecha de la cirugía y el tiempo postoperados.

Los datos a registrar serán los siguientes:

1. Nombre del paciente y número de afiliación del paciente.
2. Sexo.
3. Edad.
4. Síntomas: epifora, secreción, reflujo.
5. Edad de inicio de sintomatología en años.
6. Vía afectada: derecha, izquierda o ambas.
7. Antecedentes de sondeo: sí o no.
8. Número de veces del sondeo.
9. Tratamiento médico previo. Sí o no.
10. Medicamentos: sulfas, cloranfenicol, quinolonas, cefalosporinas u otros.
11. Edad que se tiene en el momento de la dacriointubación.
12. Síntomas postquirúrgicos: ninguno, epifora, secreción, reflujo u otro.



13. Duración del tubo de silicon en la vía lagrimal.
14. Signos postquirúrgicos: ninguno, epifora, secreción, reflujo u otro.
15. Complicaciones postquirúrgicas: lesión de l punto lagrimal, elongación del punto lagrimal, lesión canalicular, migración nasal del tubo, granulomas u otros.

Una vez recabados los datos, se realizará el análisis de los mismos y posteriormente la difusión de los resultados.



6. ANALISIS ESTADISTICO.

Los datos obtenidos en la investigación se analizarán mediante las siguientes medidas:

- Para variables nominales: moda y frecuencia expresadas en porcentajes.
- Para variables continuas: Media y desviación estándar.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente estudio no viola ninguno de los principios básicos éticos de la investigación en seres humanos, siendo los datos obtenidos de tipo confidencial.

Se apega a la Ley General de Salud de la República Mexicana en materia de investigación a la declaración de Helsinki, buscando todo el beneficio de los pacientes.

Se dictaminará por el Comité Local de Investigación.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

HUMANOS:

Personal médico y paramédico adscrito al Servicio de Orbita, párpados y vías lagrimales de la División de Oftalmología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

MATERIALES:

Expedientes del archivo clínico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.



FACTIBILIDAD:

Basándose en que el servicio de Orbita, párpados y vías lagrimales de la División de Oftalmología del Centro médico Nacional Siglo XXI, cuenta con los recursos técnicos y humanos para la realización del estudio y dado que en dicho servicio se reciben y atienden pacientes con las características ya mencionadas previamente, consideramos que se trata de una investigación factible de llevarse a cabo.

GRAFICA DE GANT

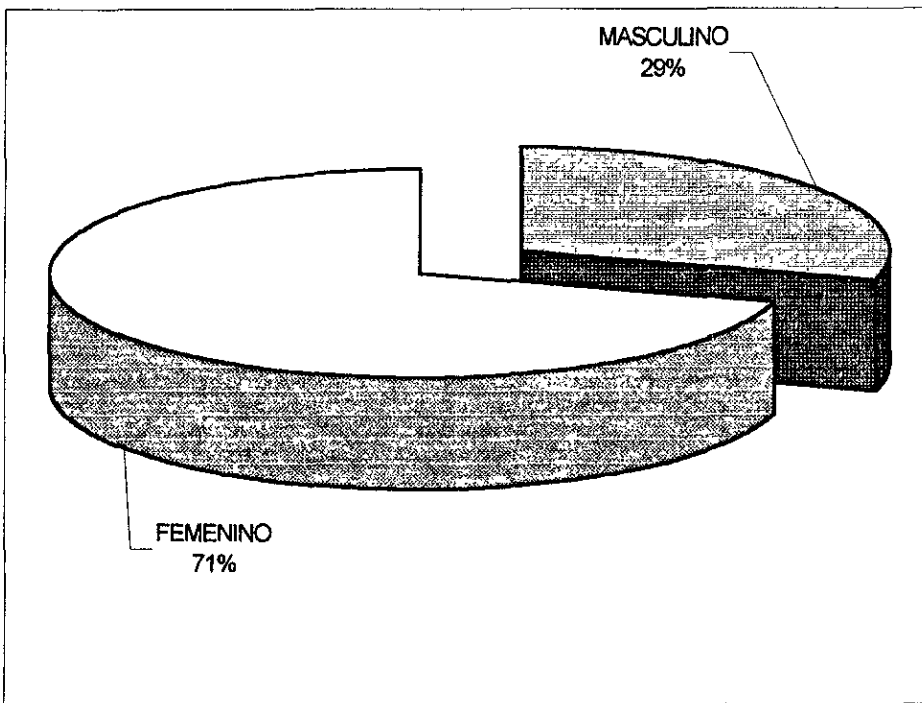
ACTIVIDAD / TIEMPO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
RECOPIACION BIBLIOGRAFICA	■			
ELABORACION DE PROTOCOLO		■		
REVISION Y ACEPTACION DE PROTOCOLO			■	
CAPTACION DE LOS PACIENTES				■
CONCENTRACION Y ANALISIS DE LA INF.				■
REPORTE E LA INFORMACION				■

RESULTADOS:

Se revisaron los expedientes de 34 pacientes mayores de 18 años de edad, 10 hombres (29.41%) y 24 mujeres (70.58%).

**RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA
 DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA
 DISTRIBUCION POR SEXO**

SEXO	CANTIDAD	%
MASCULINO	10	29
FEMENINO	24	71
TOTAL	34	100

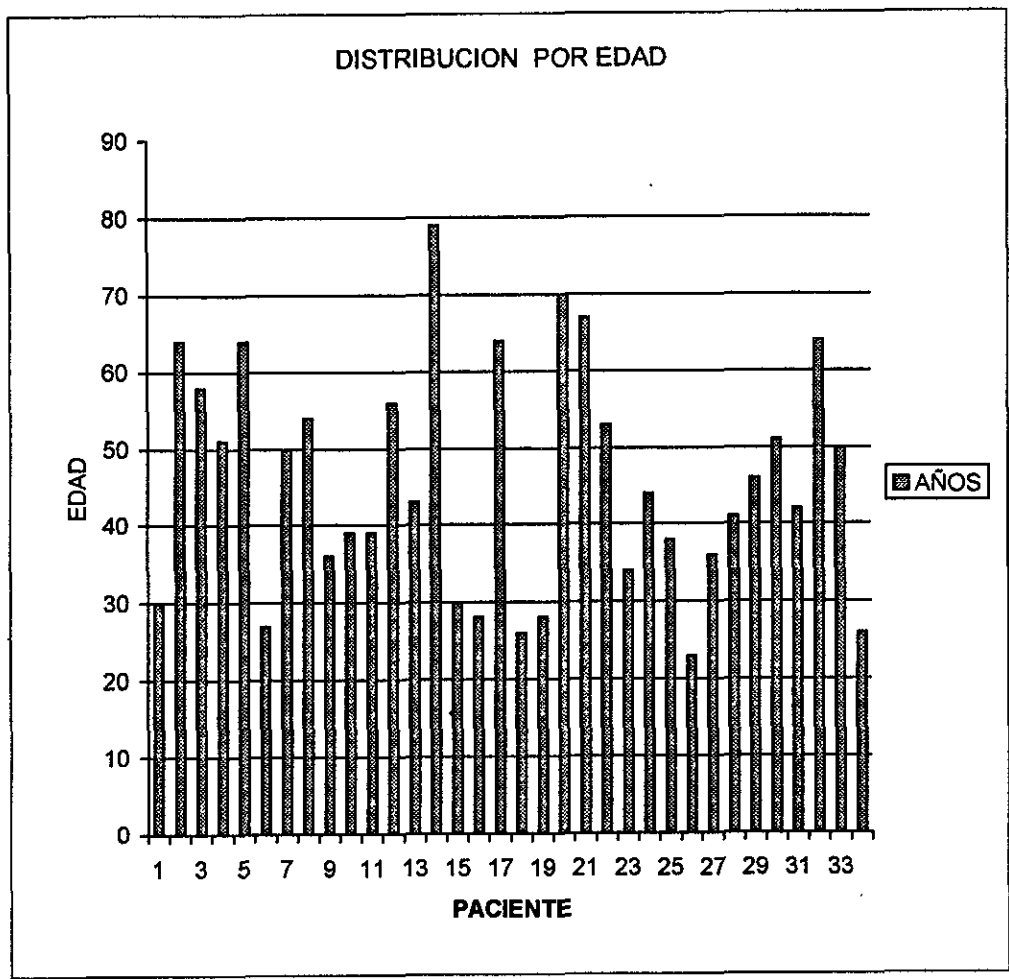


H.E.C.M.N. S.XXI OFTALMOLOGIA 1996 A 1998



La edad promedio de los pacientes de 43.5 años con una mediana de 45.6 años y desviación estándar de +/- 14.8 años.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA



H.E.C.M.N. S.XXI OFTALMOLOGIA 1996 A 1998

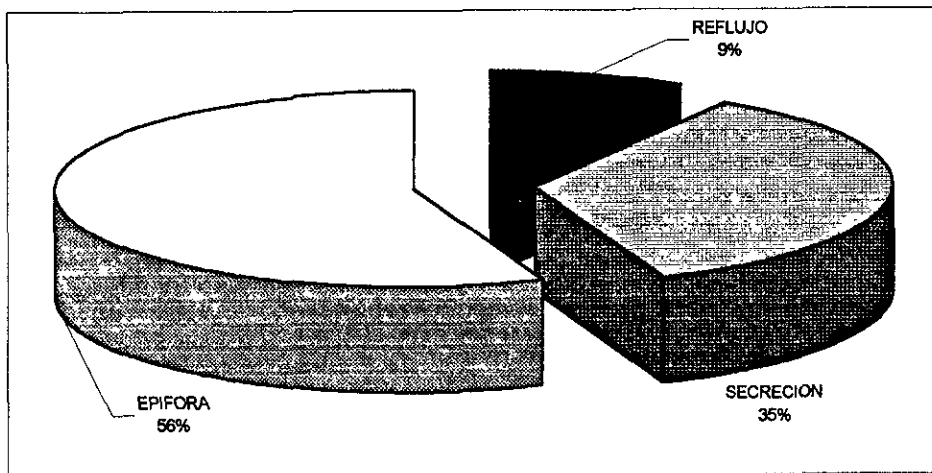


De los 34 pacientes el síntoma inicial presentado antes de realizarse el procedimiento quirúrgico fue epífora en 19 pacientes (55.88%), secreción purulenta en 12 pacientes (35.29%) y reflujo en 3 pacientes (8.82%).

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA

SINTOMATOLOGIA INICIAL

SINTOMAS	CANTIDAD	%
REFLUJO	3	9
SECRECION	12	35
EPIFORA	19	56
TOTAL	34	100



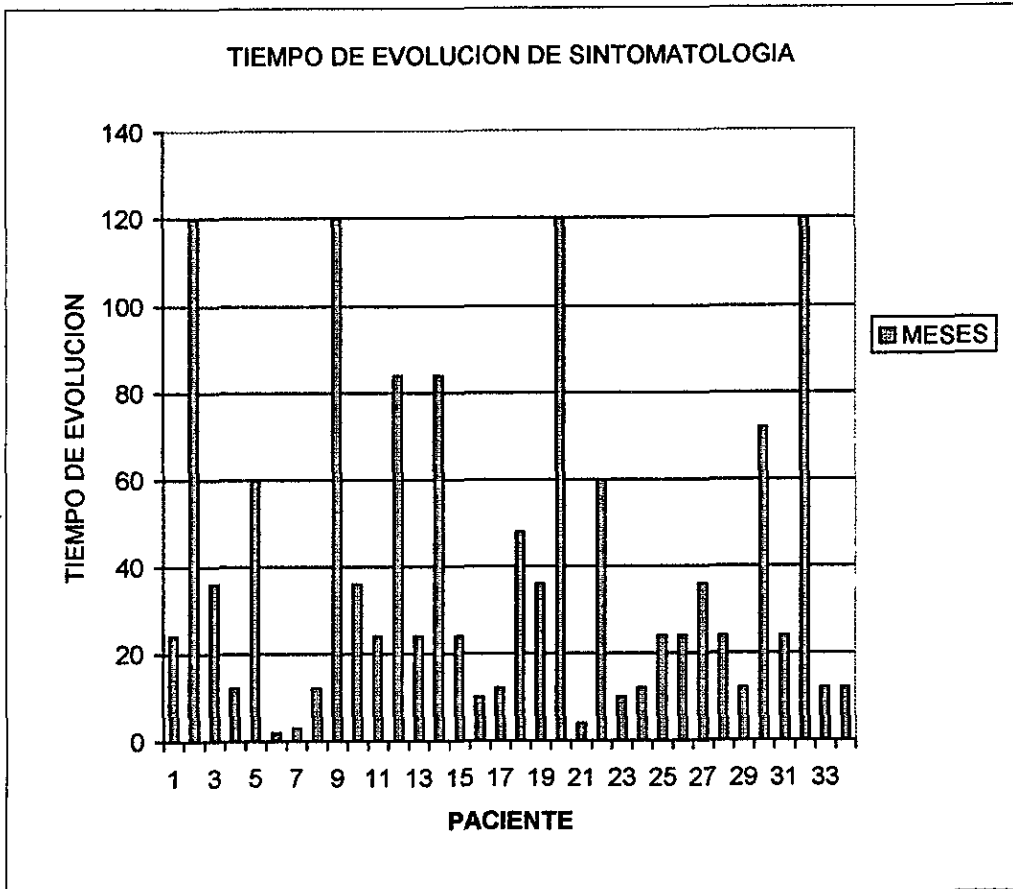
H.E.C.M.N. S.XXI OFTALMOLOGIA 1996 A 1998



De los 34 pacientes, 19 pacientes (55.88%) no fueron manejados con tratamiento médico y 15 pacientes (44.12 %), se manejo tratamiento médico previo al procedimiento quirúrgico, a 10 pacientes se les trato con cioranfencol, 2 con sulfacetamida, 1 con cefalosporinas, 1 quinolonas y finalmente 1 con aminoglucósidos.

El tiempo de evolución promedio de la sintomatología presentada hasta el momento de la cirugía fue de 39.32 meses con una mediana de 24 meses y desviación estándar de +/- 36.82 meses.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA



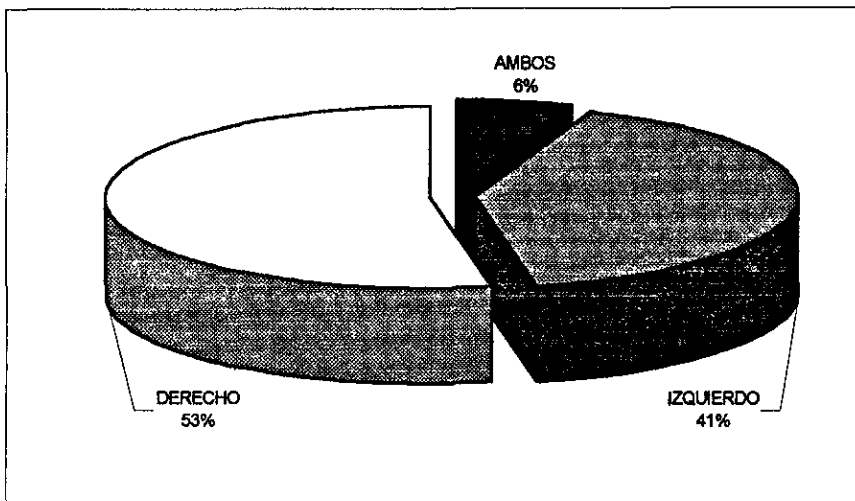


Se encontró afección de la vía lagrimal derecha en 18 pacientes (52.94%), de la vía lagrimal izquierda en 14 pacientes (41.17%), y de ambas vías lagrimales en 2 pacientes (5.88%).

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA

DISTRIBUCION POR LADO DE AFECCION

L. AFEC.	CANT.	%
AMBOS	2	6
IZQUIERDO	14	41
DERECHO	18	53
TOTAL	34	100



H.E.C.M.N. S.XXI OFTALMOLOGIA 1996 A 1998

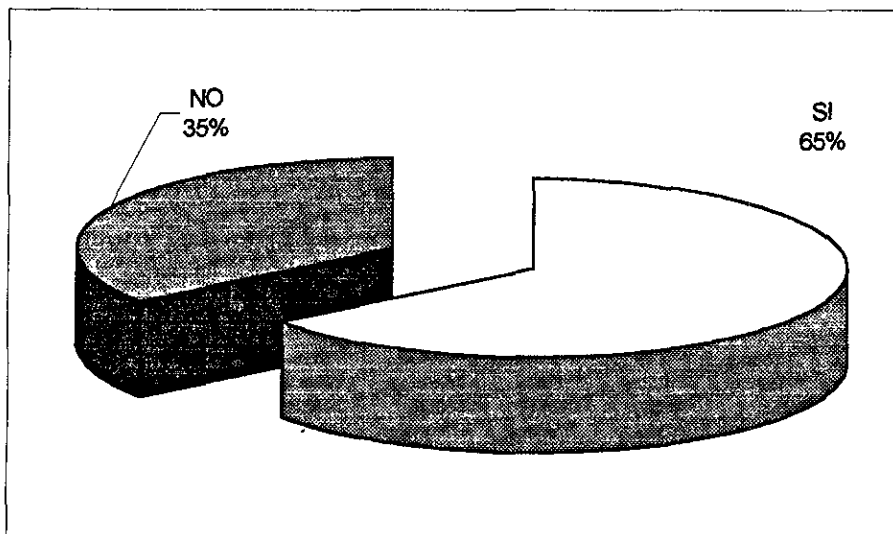


El antecedente de sondeo fue negativo en 12 pacientes (35.29%), en tanto que aquellos en los que se realizó sondeo (64.70%) 22 pacientes, a 13 pacientes se les realizó en una ocasión, a 7 pacientes en 2 ocasiones y a 2 en 3 o más ocasiones.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA

ANTECEDENTE DE SONDEO

SONDEO	CANT.	%
SI	22	65
NO	12	35
TOTAL	34	100



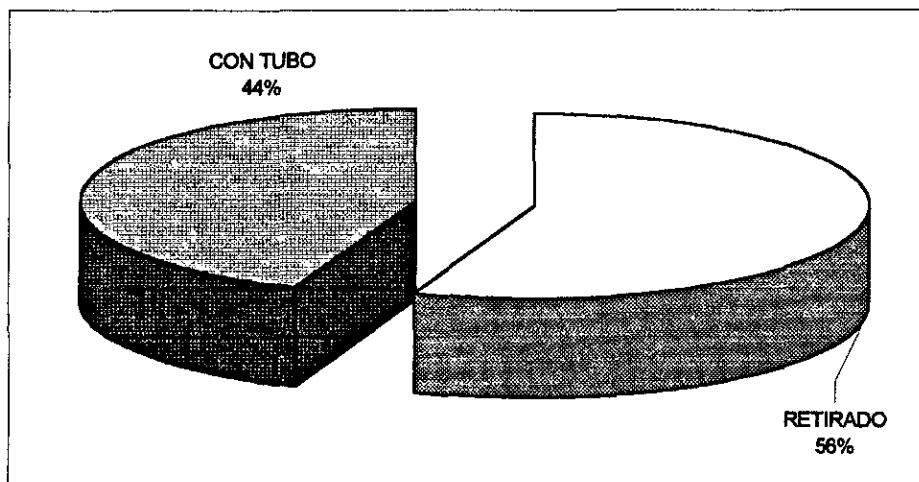
H.E.C.M.N. S.XXI OFTALMOLOGIA 1996 A 1998

En cuanto a la inclusión de pacientes por año, de en 1996, 6 pacientes (17.64%) cumplieron con los criterios inclusión, en 1997, 19 pacientes (55.88%) se incluyeron en el estudio y en 1998, sólo 9 pacientes (26.47%) fueron incluidos. De l total de la muestra a 19 pacientes (55.88%) se les había retirado el tubo de silicon y 15 pacientes (44.11%), continuaban con el tubo de silicon en la vía lagrimal hasta octubre de 1998.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA

DISTRIBUACION POR PROTESIS IMPLANTADA EN LA VIA LAGRIMAL

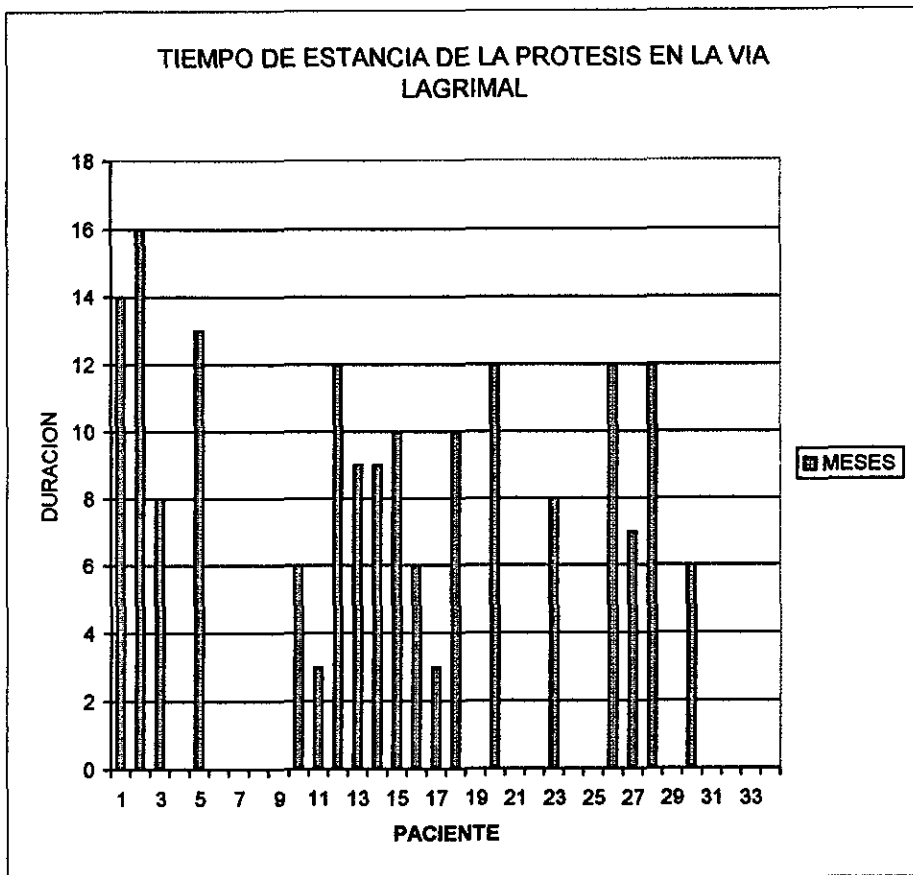
PROTESIS	CANTIDAD	%
RETIRADO	19	56
CON TUBO	15	44
TOTAL	34	100



H.E.C.M.N. S.XXI OFTALMOLOGIA 1996 A 1998

El tiempo promedio de estancia de la prótesis en la vía lagrimal fue de 9.26 meses con una mediana de 9 meses y desviación estándar de +/- 3.5 meses.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA



H.E.C.M.N. S.XXI OFTALMOLOGIA 1996 A 1998



Por otra parte los síntomas postquirúrgicos fueron: epífora en 6 pacientes (17.64%), secreción mucopurulenta en 6 pacientes (17.64%) y ninguna sintomatología en 22 pacientes (64.70%).

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA

SINTOMAS PRE Y POSTQUIRURGICOS

SINTOMAS	EPIFORA	SECRECIÓN	REFLUJO	NINGUNO	TOTALES
ANTES	56%	35%	9%	0%	100%
DESPUES	18%	17%	0%	65%	100%

H.E.C.M.N. S.XXI OFTALMOLOGIA 1996 A 1998



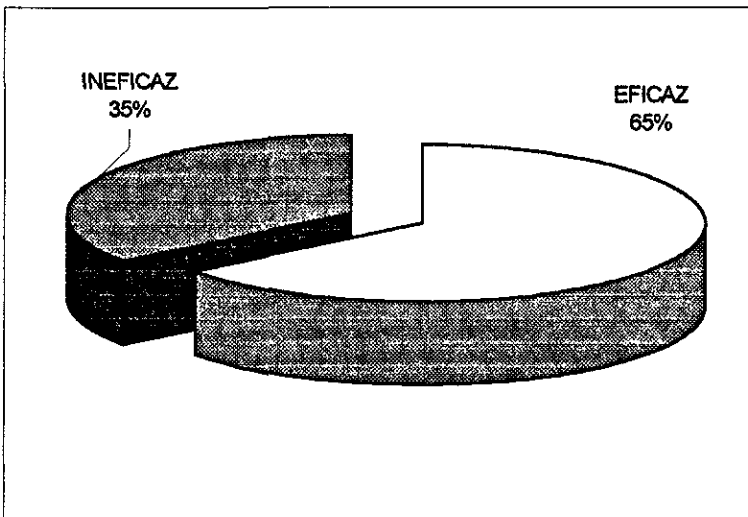
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

En un periodo de seguimiento de 10 meses de los 34 pacientes, 22 pacientes (64.70%), tuvieron un resultado postoperatorio eficaz y 12 pacientes (35.29%) tuvieron un resultado ineficaz.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA

RESULTADOS POSTOPERATORIO

RESULTADO	CANT.	%
EFICAZ	22	65
INEFICAZ	12	35
TOTAL	34	100



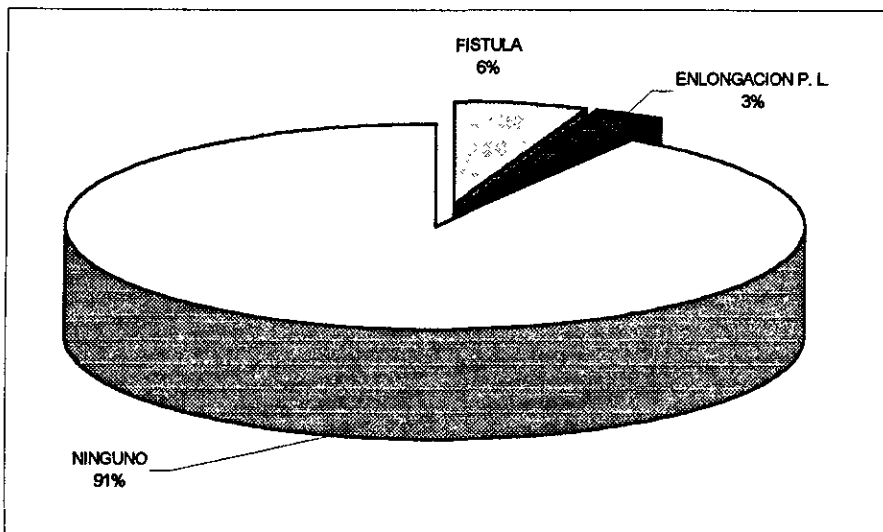
H.E.C.M.N. S.XXI OFTALMOLOGIA 1996 A 1998

Las complicaciones postquirúrgicas que se tuvieron por el material de silicon fueron fistula en 2 pacientes (5.88%) y enlongación del punto lagrimal en 1 paciente (2.94%).

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DACRIOESTENOSIS NO TRAUMATICA

COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS

COMPLICACIONES	CANT.	%
FISTULA	2	6
ENLONGACION P. L.	1	3
NINGUNO	31	91
TOTAL	34	100



H.E.C.M.N. S.XXI OFTALMOLOGIA 1996 A 1998



DISCUSION:

El porcentaje de éxito en los pacientes sometidos a dacriointubación cerrada con tubos de silicon va del 60 al 100% en un tiempo aproximado de 3 a 19 meses. Dortobach y cols. encontraron resultados satisfactorios a los 3 meses. Patrinely y Anderson los obtuvieron a los 6 meses y Pashby y Rathbun refieren hasta los 19 meses. (8,12,13,14).

Nosotros obtuvimos resultados del 65% similares a la literatura internacional, consideramos que el fracaso se debe a que no todos los pacientes tuvieron el tiempo óptimo de estancia de la prótesis en la vía lagrimal y por otra parte, algunos pacientes se excluyeron por pérdida en su seguimiento.



CONCLUSIONES:

De los datos obtenidos de la realización del presente trabajo podemos concluir:

El porcentaje de éxito de la dacriocistorrinostomía y conjuntivodacriocistorrinostomía es de 60 % o mayor y nosotros encontramos que la dacriointubación cerrada en pacientes con dacriostenosis no traumática tiene un éxito del 65% o mayor, por lo que pensamos en el momento actual lo ideal es realizar inicialmente un procedimiento cerrado. Esto implica además las ventajas de que el método cerrado es menos traumático, menos tiempo de exposición a anestésico y no deja cicatrices en la piel por lo que desde el punto de vista estético es mejor. Por otra parte ofrece la ventaja de permeabilizar la vía lagrimal natural y no otras más de drenaje como las utilizadas en la conjuntivodacriocistorrinostomía y dacriocistorrinostomía, el sondeo y la dacriointubación cerrada son procedimientos recomendables antes de la conjuntivodacriocistorrinostomía y dacriocistorrinostomía.



BIBLIOGRAFIA:

1. Sistema lagrimal. Historia de la dacriología básica: diagnóstico y tratamiento de sus afecciones. Bernardo A Weil. Editorial Panamericana 1985.
2. Hartikainen Jouko, et al, Bacteriology of lacrimal duct obstruction in adults. *British Journal of Ophthalmology* 1997; 81:37-40.
3. Rubin PA, Bilyk JR, Magnetic Resonance Imaging of the Lacrimal Drainage System. *Ophthalmology* 1994; 101:235-243.
4. Ho-Young Song, Hyo-Sook A. Complete Obstruction of the Nasolacrimal System. Part. I, Treatment with Ballooon Dilatation. *Radiology* 1993; 186:367-371.
5. Ho-Young Song, Hyo-Sook A. Complete Obstruction of the Nasolacrimal System. Part. II, treatment with Expandable Metallic Stents. *Radiology*, 1993; 186:372-376.
6. Singh DS; and Garg RS. Polyethylene intubation of the nasolacrimal duct in chronic dacryocystitis. *British Journal of Ophthalmology* 1972; 56:914-918.
7. Katowitz JA, Philadelphia MD, Silicone Tubing in Canalicular Obstructions. *Arch Ophthalmol* 1974; 91:459-462.
8. Pashby Robert. Et al, Silicone Tube Intubation of the Lacrimal Drainage System. *Arch. Ophthalmol* 1979; 97:1318-1322.
9. Shanum GM, Handi TN. Repair of Injuries of the Lacrimal Canalculus. *American journal Ophthalmology*. 1966; 62:974-976.
10. Kraft SP, Crawford JS. Silicone tube intubation in Disorders of the Lacrimal System in Children. *American Journal Ophthalmology*. 1982; 94:290-299.
11. Keith FR. Intubation of the Lacrimal Passages. *American Journal of Ophthalmology* 1968; 65: 70-73. Dortzbach RK, France TD, et al. Silicone Intubation for Obstruction of the Nasolacrimal Duct in Children. *American journal Ophthalmology* 1982; 94:585-590.
12. Durso F, Hand SI, et al. Silicone Intubation in Children With Nasolacrimal Obstruction. *Journal Pediatric Ophthalmol Strabismus* 1980; 17:389-393.
13. Patrinely JR Anderson RL. A review of Lacrimal Drainage Surgery. *Ophthalmic Plast. Reconstr Surg* 1986; 2:97-102.
14. Hopkisson B, Suharwardy. Steeves for Fixation of Silastic Nasolacrimal Tubes. *British Journal Ophthalmol* 1995; 79:661-666.
15. Jordan DR. Nerad JA. Complete Canalicular Erosion Associated With Silicone Stents. *American Journal of Ophthalmology* 1986; 101:382-383.
16. Rosen Nachum. et al, Patient Dissatisfaction After Functionally Successful Conjunctivodacryocystostomy With Jones Tube. *American Journal Ophthalmology*, 1994; 117:636-642.