

Servicio de Oftalmología
Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"

RESULTADOS DE LA DACRIOCISTORRINOSTOMÍA SIN INTUBACIÓN ENDOCANALICULAR CON SILICONA

Dr. Jaime Alemañy González¹ y Dra. Fariel Camacho Ruaigip¹

RESUMEN: Para evaluar los resultados de la dacriocistorrinostomía sin intubación endocanalicular con silicona con las siguientes características: anestesia local, osteotomía amplia con pinzas, no colocar intubación con silicona y retiro precoz del taponamiento nasal, se operaron 16 pacientes con diagnóstico de dacriocistitis crónica y epifora persistente (excluyéndose aquellos con lesión traumática, dacriocistorrinostomía previa o más de 2 agudizaciones severas en los últimos 6 meses), aplicando las modificaciones señaladas. Se evaluaron en el posoperatorio. Excepto 2 pacientes (fibrosis y tumoración sinusal), el resto evolucionó satisfactoriamente hasta la fecha (87,5 %). Esta técnica es rápida, fácil y eficiente y debe considerarse como una opción válida en el tratamiento quirúrgico de la dacriocistitis.

DeCS: DACRIOCISTORRINOSTOMIA; DACRIOCISTITIS/cirugía; PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OFTALMOLOGICOS; CIRUGIA PLASTICA; OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO LAGRIMAL/cirugía.

La dacriocistorrinostomía (DCR) externa es el procedimiento de elección en las obstrucciones del aparato excretor lagrimal, distales al canalículo común.¹⁻¹² A lo largo del tiempo han surgido modificaciones en la técnica con el objetivo de mejorar los resultados. Es conocido que entre las causas del fracaso se encuentran la retracción cicatrizal por inflamación posquirúrgica^{11,13} y las adherencias por tejido de granulación posoperatorio.^{11,14} Existen escuelas que han tratado de prevenir estos problemas mediante el uso de la intubación con silicona de la vía lagrimal,^{11,15,16} que anularían o atenuarían estos factores, manteniendo la sonda

durante un tiempo variable entre 15 días y 42 meses.^{11,17-20} La utilidad de la intubación ha sido un tema muy controvertido y los datos publicados muestran un porcentaje de éxito similar con y sin este método^{11,13,21,22} aunque parece existir una tendencia mayor al éxito quirúrgico en los casos de intubación. Con una selección preoperatoria correcta que excluya los casos con sobreactividad, fibroblástica predecible y con el perfeccionamiento de la técnica (realización de osteotomía amplia,^{10,11} sutura de los colgajos mucosos saco-pituitaria correctamente alineados, sin tensión y recepción de tejidos redundantes), los cuidados transoperatorios

¹ Especialista de I Grado en Oftalmología.

(evitar desgarros mucosos y sangramientos importantes), así como los posoperatorios (irrigación frecuente de la vía lagrimal) con los cuales se solucionan otros factores causantes de fracaso. Teniendo en cuenta estos criterios, decidimos aplicar la técnica de DCR sin intubación con silicona y evaluar los resultados.

Propósito

Evaluar los resultados de la técnica con las siguientes características:

- Anestesia local con sedación
- Osteotomía amplia con pinzas
- No colocar intubación con silicona
- Retiro precoz del taponamiento nasal

Métodos

Fueron operados 16 pacientes: 10 mujeres y 6 hombres, entre febrero de 1998 y septiembre de 2000. Todos tratados en la consulta de dacriología, los cuales sufrían de dacriocistitis crónica y epífora persistente. La edad osciló entre 17 y 69 años, todos de la raza blanca. Fueron excluidos los pacientes con más de 2 agudizaciones severas en los últimos 6 meses, los que sufrieron una lesión traumática o DCR previa, por ser casos con sobreactividad fibroblástica.¹⁰

Se realizó irrigación de la vía excretora y dacriocistografía, previo a la cirugía en todos los pacientes, para corroborar la existencia de una obstrucción en el nivel del conducto nasolagrimal, excluyendo las alteraciones canaliculares y del punto lagrimal.^{1,2}

La operación se practicó bajo anestesia local^{3,5,11,12} con infiltración del nervio infraorbitario, de las ramas etmoidales y la

mucosa nasal con mezcla de bupivacaína 0,5 %, lidocaína 2 % y epinefrina 1: 200000. La sedación se realizó con midazolán 0,01 mg/kg de peso, atropina 0,5 mg y fentanil 2 mL por vía IM 1 hora antes de la anestesia local.

Técnica: Se realizó incisión cutánea de 2 cm de longitud a 3-5 mm del canto interno hasta el periostio. Se decoló, en sentido anteroposterior.^{2,3} Se practicó osteotomía amplia de 1,5 cm × 1,5 cm con pinzas de Citelli y Kerrinson.^{10,11} Se incidió la pared anterior del saco lagrimal y la mucosa pituitaria, creando 2 delanteles de base superior. Se extirpó lo más ampliamente posible la pared interna del saco y se suturaron los colgajos con 2 puntos sueltos de vicryl 6,0^{1-3,10} teniendo cuidado de alinearlos correctamente y no tensar excesivamente los colgajos para evitar la tracción del saco suturado sobre el canaliculo, lo que lo torcería u ocluiría.^{11,22} No se colocó tubo de silicona en ningún caso. Cerramos por planos con vicryl 6,0, eliminado el exceso de tejido. La piel con puntos continuos de nylon 6,0¹⁻⁶ y colocamos taponamiento nasal. Se registró el tiempo quirúrgico. Todos los casos fueron operados por el mismo cirujano.

Evaluamos los pacientes al 1ro, 3ro, 5to y 7mo días del posoperatorio. Después, a las 2 semanas y a los tres meses. En la primera consulta se registró la eficacia de la analgesia interrogando a los pacientes sobre la presencia o ausencia de dolor o molestias durante la operación y se retiró el taponamiento nasal. En las visitas de la 1ra y 2da semana se le realizaron irrigaciones de la vía y se registró la existencia o no de epífora. En el examen del 3er mes se comprobó la persistencia de la permeabilidad de la vía lagrimal mediante la irrigación y con *Test* de Jones.^{1,2,12} Se instruyó a los pacientes acudir a la consulta en caso de lagrimeo, sangramiento nasal u otras alteraciones.

Resultados

Todos los pacientes intervenidos refirieron no haber sentido dolor durante la operación. Tres de ellos expresaron haber tenido molestias leves en el posoperatorio (18,78 %).

Durante las visitas de la 1ra y 2da semana ningún paciente refirió epífora y en todos los casos se realizó irrigación de la vía lagrimal comprobando que se mantuvo permeable en el 100 % de los operados.

Un caso (6,25 %) acudió a consulta a los 40 días de operado, con aumento de volumen en la zona quirúrgica de consistencia dura, no doloroso y sin signos folgísticos. Nos refirió que no respiraba bien por la fosa nasal ipsilateral. Se realizó TAC que informó tumoración del seno etmoidal que se herniaba a través de la osteotomía. Fue estudiado por ORL confirmando un linfoma del seno.

En la vista del 3er mes, los restantes 15 pacientes (93,75 %), se encontraban asintomáticos y sin obstrucción de la vía lagrimal excretora. Un paciente acudió a la consulta al 4to mes de operado con epífora, fue reintervenido colocando intubación con silicona (por existir DCR previa) y se encuentra asintomático en el momento actual.

Discusión

No constatamos dolor durante la cirugía con anestesia local en ningún paciente, lo que coincide con reportes de otros autores.^{3,5,11,12} Queremos señalar que el sangramiento quirúrgico nos impresionó menor que en las DCR con anestesia general en todos los casos, a pesar de realizar la osteotomía amplia con pinzas. Tampoco se

presentó sangramiento posoperatorio con el retiro precoz del taponamiento nasal.

A los 40 días de operado un paciente (6,25 %) manifestó lagrimeo con obstrucción de la vía por un linfoma del seno etmoidal. Al 4to mes del posoperatorio se presentó otro caso (6,25 %) con epífora, que fue reintervenido colocando intubación con silicona.

Como se observa, durante el tiempo de seguimiento posoperatorio (6 meses a 2,5 años) la mayoría de los pacientes intervenidos han evolucionado satisfactoriamente (87,5 %), resultados similares a los que reportan otros autores que emplean anestesia general, realizan osteotomía con motor eléctrico, colocan intubación con silicona y retiran el taponamiento nasal entre 48 y 72 h después de la operación.^{3,4,6,11,12}

Por todo lo anterior se concluye que la DCR externa, con las características aplicadas, es una técnica eficiente en nuestra experiencia y consideramos que la anestesia local es segura para esta cirugía; además comprobamos que en pacientes sin DCR previas, lesión traumática o agudizaciones severas recientes no es indispensable la intubación con silicona y el taponamiento nasal prolongado y también estimamos que es de vital importancia para el éxito, la realización de una amplia osteotomía y la práctica de irrigación de la vía cada 48 h, durante la primera semana del posoperatorio.

Recomendaciones

Por su eficacia, rapidez y facilidad la DCR con las modificaciones señaladas debe considerarse como una opción válida en el tratamiento quirúrgico de las obstrucciones del conducto nasolagrimal.

SUMMARY: In order to evaluate the results of the application of this technique with local anesthesia, wide osteotomy with clamps, no intubation with silicone and early removal of the nasal tamponade, 16 patients with diagnosis of chronic dacryocystitis and persistent epiphora (excluding those with traumatic injury, previous dacryocystorhinostomy or more than 2 severe worsenings in the last 6 months) were operated on by using this external technique with the above mentioned modifications. They were evaluated in the postoperative. Excepting 2 patients (fibrosis and sinusal tumor), the rest has evolved satisfactorily up to now (87.5 %). This technique is rapid, easy and efficient and it should be considered as a valid option in the surgical treatment of dacryocystitis.

Subject headings: **DACRYOCYSTORHINOSTOMY; DACRYOCYSTITIS/surgery; OPHTHALMOLOGIC SURGICAL PROCEDURES; SURGERY, PLASTIC; LACRIMAL DUCT OBSTRUCTION/surgery.**

Referencias bibliográficas

1. Kanski JJ. Disorders of the lacrimal drainage system. En: Kanski JJ. Clinical Ophthalmology. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1997:59-8.
2. American Academy of Ophthalmology. Lacrimal system. En: Orbit, eyelids and lacrimal system. Basic and clinical science course section 7. San Francisco: LEO, 1997:199-214.
3. Murube J. Caryl-fornix-rhinostomy with two flaps. Eur J Ophthalmol 1992;2:73-8.
4. Henahan J. Mitomycin-C does not appear to increase DCR efficacy Canadian study indicates. Eurotimes, 2000;5:19.
5. Gonzalvo FJ. External dacryocystorhinostomy with mitomycin-C. Clinical and anatomical evaluation with helical computerized tomography. Arch Soc Esp Ophthalmol 2000;75:611-8.
6. Zaragoza P. Técnica de dacriorrinostomía. En: Cirugía básica de anejos oculares. Madrid: Tecnimedia, 1996:243.
7. Puxxedu R. Endoscopic revision of failed external dacryocystorhinostomy. Acta Otorhinolaryngol Ital 2000;20(1):1-5.
8. Yeatts RP. Use of mitomycin-C in repeat dacryocystorhinostomy. Ophthalmol Plast Reconstr Surg 1999;15(1):19-22.
9. Ezra E. Ultrasonic assessment of rhinostomy size following external dacryocystorhinostomy. Br J Ophthalmol 1998;82(7):786-9.
10. Melgen F, Acosta E, Cunillera C, Mateo N, Aquino A. Uso de la mitomicina en la dacriorrinostomía. Santo Domingo República Dominicana 2000. Disponible en <http://www.espailltcabral.com/articulosforo.htm>.
11. Junceda J, Alvarez J, Coronel J. Dacriocistorrinostomía versus dacriorrinostomía tutorizada. Arch Soc Esp Ophthalmol 1995;69(1):63-70.
12. Fernández J, Arbizu A, Fernández A. Resultados de la dacriocistorrinostomía usando intubación con silicona. Arch Soc Esp Ophthalmol 1989;56:155-60.
13. Adenis JP, Manhatan C, Lebraud P, Franco JL. La dacryocistorrinostomie. Etude retrospective de 165 cas. Indications. Technique. Resultats. JFr Ophthalmol 1987;10:33-329.
14. Abrahamson IA, Abrahamson IA Jr. Dacryocystorhinostomy with wire fistulation. Am J Ophthalmol 1959;48:769-74.
15. Díaz Estévez S, García Valdecasas R. Nuestras aportaciones a la dacriocistorrinostomía. Arch Soc Oftal Hispanoam 1968;28:472-7.
16. María Marín Amat M. Ventajas del drenaje permanente en el curso postoperatorio y durante la operación de la dacriocistorrinostomía. Arch Soc Oftal Hispanoam 1952;12:1335-9.
17. Neetens A. Dacryocystorhinostomie bulletin et Memoires de la Soc Fr Ophthalmol 1997:148-50.
18. Dorell ED. Surgery of the eye. Oxford: Black Well Scientific Publication, 1978:48-151.
19. Harry Kin J, Wads Woth JA. An atlas ophthalmic surgery. Philadelphia: JB Lipincott, 1961:546-7.
20. Royer J, Adenis JP, Bernard JA, Metaireau JP, Reny A. L'appareil lacrymal. Paris: Masson, 1982:300-1.
21. Weil BA, Milder B. Cirugía del saco lagrimal y el conducto lacrimonasal. En: sistema lagrimal. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1985:162-4.
22. Alonso Banuelos J. Canaliculorrinostomía con tubo canalicular en U. Arch Soc Esp Ophthalmol 1971;31:161-8.

Recibido: 22 de junio de 2001. Aprobado: 31 de agosto de 2001.

Dr. Jaime Alemañy González. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", Ciudad de La Habana, Cuba.