

CONJUNTIVO - DACRIOCISTORRINOSTOMIA RESULTADOS A LARGO PLAZO

Dr. Francisco G. Martínez-Castro*
Dr. Bonifacio Domínguez-Cuevas*
Dr. José Luis Tovilla y Pomar*
Dr. José Augusto Gómez-Durán*
Dr. José Antonio Claros-Bernal**

RESUMEN:

Se reportan los resultados a largo plazo de un grupo de 59 pacientes sometidos a conjuntivo-dacriocistorrinostomía técnica de Lester Jones, haciéndose consideraciones sobre la técnica, indicaciones y complicaciones.

INTRODUCCION

El valor de la conjuntivo - dacriocistorrinostomía tipo Lester Jones, cirugía con una historia no mayor de dos décadas, ha venido a ser efectiva como último recurso en muchos casos de epífora por secuelas de patología canalicular, que en épocas anteriores no tenían solución.

Fue Stallard¹ quien en la década de los cuarentas sentó precedente en este tipo de cirugía mediante la realización de una conjuntivo-dacriocistorrinostomía sin implante en donde formaba una vía lagrimal alta, uniendo un pedículo de conjuntiva a un colgajo proveniente del saco lagrimal. Posteriormente se añadió

un implante, pero en ambas técnicas los resultados fueron poco alentadores. Gracias a los estudios de Jones, en 1962,² se describió la técnica que basada en la dacriocistorrinostomía de Dupuy Dupuy utilizaba un implante de vidrio. Actualmente, con las modificaciones necesarias, se conoce con el nombre de conjuntivo dacriocistorrinostomía tipo Lester Jones.

Recientemente con la intubación de

* Médicos adscritos al Serv. de Cirugía Oculo-plástica del Instituto de Oftalmología "Conde de Valenciana".
Médicos oftalmólogos.

Dirección: Chimalpopoca 14. Col. Obrera.
México, D. F.

los canaliculos utilizando tubos muy delgados de silicón ha sido posible ofrecer una nueva perspectiva en casos de la ceración reciente de un canaliculo, sin resultados publicados a largo plazo.

MATERIAL Y METODOS

59 pacientes con diagnóstico de obstrucción alta de las vías lagrimales fueron tratados quirúrgicamente mediante conjuntivo dacriocistorrinostomía tipo Lester Jones y valorados a largo plazo.

En cada caso de siguió el siguiente esquema de valoración.

- 1.—Historia clínica oftalmológica.
- 2.—Comprobación de la estenosis canalicular (por diferentes métodos) especialmente inspección, presión sobre el saco lagrimal, sondeo e irrigación.
- 3.—Se hizo una valoración completa pre-quirúrgica por parte de los médicos internistas, otorrinolaringólogos y anestesiólogos para descartar patología que requiriese tratamiento previo o contraindicara la intervención. La anestesia fue general en todos los casos.
- 4.—De acuerdo al factor etiológico se dividieron en 6 grupos:

- a) Secuelas de tratamiento
- b) Cirugía fallida
- c) Patología tumoral
- d) Secuelas de canaliculitis
- e) Patología congénita
- f) Idiopática

5.—En el acto operatorio se utilizaron tubos de polietileno con un collarate en un extremo. Su longitud: 16 ó 18 mm. y un diámetro interno de 3 ó 4 mm. En el postoperatorio este tubo fue cambiado por un tubo de vidrio (Pyrex); en el comercio existen en diámetros de 3, 3.5 y 4 mm.; con longitudes que varían en 1 mm., van desde los 10 a los 18 mm.

TECNICA QUIRURGICA

La conjuntivo - dacriocistorrinostomía tipo Lester Jones se inicia de acuerdo a los pasos descritos para la dacriocistorrinostomía de Dupuy Dutemps^{2,3,4,5,6}. Los pasos iniciales serán mencionados a continuación:

- 1.—Incisión
- 2.—Exposición del saco lagrimal
- 3.—Osteotomía
- 4.—Incisiones de la mucosa en H.

A PARTIR DE ESTE MOMENTO SE SIGUE LA TECNICA PROPUESTA POR LESTER JONES.

- 5.—Inserción del tubo Lester Jones.
 - Se reseca la carúncula con tijeras de Wescott.
 - Se introduce un cuchillete o el extremo distal de un bisturí B.P. No. 11 por el sitio que ocupa la carúncula. Se dirige hacia abajo y adentro con una inclinación de 45°. Se emerge por encima del colgajo mucoso posterior del saco y pituitaria ya suturados previamente.
 - Una sonda de Bowman se pasa adosada al cuchillete para tomar la medida de la longitud que tendrá el tubo de polietileno y se retira. De esta manera se busca que el tubo quede colocado en la neostomía sin hacer contacto con el tabique nasal.
 - El tubo de polietileno se monta en la misma sonda de Bowman y se injerta utilizando como guía nuevamente el cuchillete u hoja de bisturí. Sólo hasta este momento podrá retirarse^{2,3,7,8} el cuchillete, pudiendo ajustarse el tamaño del tubo en caso de contactar con el septum.
 - Con una sutura no absorbible se fija el collarate del tubo a la piel adyacente de la comisura palpebral, con protectores de hule.

—Con cat-gut crómico 6-0 se suturan los colgajos anteriores de la mucosa nasal y del saco (techo de la neostomía) así como los tejidos blandos subcutáneos.

CUIDADO POST-OPERATORIO

Es muy importante para el éxito de la cirugía el adecuado cuidado post-operatorio.⁹

—Se advertirá al paciente que en caso de estornudo deberá cerrar sus párpados fuertemente o proteger el tubo digitalmente para evitar su expulsión.

—Si el tubo se obstruye puede desatarse mediante la maniobra de Valsalva o mediante la instilación de solución salina por la luz del tubo.

—El tubo de polietileno se cambiará por el de vidrio hacia la cuarta semana del post-operatorio o antes si hay signos de intolerancia¹⁰.

El proceso de cambio es sencillo y se realiza de la siguiente manera:

- 1.—Por la luz del tubo de polietileno se pasa una sonda de Bowman previa aplicación de un anestésico tópico.
- 2.—Se retira el tubo manteniendo la sonda en su lugar.
- 3.—Utilizando como guía la sonda, se inserta el tubo de vidrio y se retira la sonda.

—En caso de expulsión del tubo el paciente deberá acudir a consulta en las siguientes 24 horas y se procederá a recanalizar el conducto neoformado utilizando dilataadores de puntos y sondas de Bowman, para reinsertar el nuevo tubo. Pasado este período de tiempo la cicatrización y contracción de los tejidos adyacentes en el período post-operatorio media-to dificultará o impedirá la re-

nalización dando por resultado en ocasiones el fracaso de la cirugía.

RESULTADOS

Se analizó un grupo de 59 pacientes, correspondiendo el 51% al sexo femenino y el 49% al masculino. En cuanto a la edad el mayor grupo de pacientes estuvo comprendido entre la segunda y cuarta décadas de la vida, probablemente por ser este el período de mayor actividad y exposición a traumatismos. La edad promedio fue de 34.2 años (CUADRO 1).

La etiología fue traumática en 44% de los casos, seguida en importancia de los procesos inflamatorios y cirugía previa fallida (CUADRO 2).

Con relación a la tolerancia del tubo inicial (polietileno) fue de 5, 6 semanas en promedio con un mínimo de tres semanas y un máximo de 11 semanas.

Se hizo la valoración a largo plazo con un mínimo de 15 semanas y un máximo de 39 meses, obteniendo un éxito del 88% (CUADRO 3).

La causa más frecuente de fracaso fue la expulsión espontánea del tubo (CUADRO 4).

CONCLUSIONES Y COMENTARIO

De los 59 pacientes sometidos a conjuntivo dacriocistorrinostomía tipo Lester Jones, sólo se tuvo un fracaso del 11.9%; pero si se revisan las causas de estos, se aprecia que en su mayoría (5 casos) se debieron a la expulsión temprana del tubo, acompañada de la consulta tardía por parte del paciente. Un caso se consideró fallido por la necesidad posterior de exenterar al paciente por recidiva de un carcinoma basocelular de párpados y solo un caso se puede considerar error técnico debido a la inexperiencia.

Pensamos que corrigiendo estas fallas, a medida que transcurra el tiempo y nuestra experiencia se acrecienta, el

C U A D R O 1

Edad	Casos	%
0-10	2	3.4
11-20	9	15.2
21-30	17	28.9
31-40	17	28.9
41-50	6	10.1
51-60	5	8.4
61—+	3	5.1

C U A D R O 2

Etiología	Casos	%
TRAUMATICA		
Ambos Canalículos	12	20.3
Canalículo Inferior	14	23.7
DACRIOCISTORRINOSTOMIA PREVIA FALLIDA	11	18.6
SECUELAS DE CANALICULITIS TUMORAL	7	11.9
CONGENITA	1	1.7
IDIOPATICA	1	1.7

C U A D R O 3

RESULTADOS A LARGO PLAZO

	Casos	%
Exito	52	88.1
Fracaso	7	11.9

C U A D R O 4
CAUSAS DEL FRACASO:

	Casos	%
Expulsión del Tubo	5	8.5
Inexperiencia	1	1.7
Exenteración	1	1.7

porcentaje de éxito podrá aumentar.

Son indicaciones para este tipo de cirugía las obstrucciones canaliculares acompañadas de epifora producto de traumas, procesos inflamatorios o infecciosos, irradiación, tumores y dacriocistorrinostomías fallidas.

Esperamos que estos resultados, verdaderamente halagadores para una técnica quirúrgica, nos continúen motivando en la búsqueda del día en que la cirugía palpebral y de las vías lagrimales sea realizada en su totalidad por el oftalmólogo, quien por su especialidad debe ser el más capacitado no solo para lograr una adecuada corrección estética, sino el de manejar un punto importante a veces olvidados por otros especialistas: la funcionalidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Stallard, H. B.: Operation for epiphora. *Lancet* 2: 743-744, 1940.
- 2.—Putterman, A. M.; Epstein, G.: Combined Jones tube canalicular Intubation and conjunctival Dacryocystorhinostomy. *Am. J. Ophth* 72: 670-689, 1981.
- 3.—Veir, E. R.: Lacrimal disorders diagnosis and treatment. St. Louis: Mosby, 1976.
- 4.—Hallum, A. V.: The Dupuy-Dutemps. Dacryocystorhinostomy. *Am. J. Ophth.* 1197-1206, 1948.
- 5.—Smith, B. C.; Nesi, F. A.: Practical techniques in ophthalmic plastic surgery. St. Louis: Mosby, 151-155, 1981.
- 6.—Duane, T. D.: Clinical Ophthalmology. Harper & Row, Publishers. Philadelphia. Vol. 4: 1981.
- 7.—Jones, L. T.: Conjunctivodacryocystorhinostomy. *Am. J. Ophth.*, 59: 773-783, 1965.
- 8.—Jones, L. T.: Surgery for insertion of glass (Pyrex) tube. Comunicación personal. 1980.
- 9.—Jones, L. T.: Postoperative care of conjunctival dacryocystorhinostomy. Comunicación personal. 1980.

OBRAS CONSULTADAS

- 10.—Anderson, D. R.: **Unilateral epiphora caused by a papiloma of the lower canaliculus.** Arch. Ophthalmol. 78: 618, 1967.
- 11.—Bouzas, A.: **Canalicular inflammation in oftalmic cases of herpes zoster and simplex.** Am. J. Ophth. 60: 713, 1965.
- 12.—Call, N. B.; Welham, R. A.: **Epiphora after irradiation.** Am. J. Ophth. 92: 842-845, 1981.
- 13.—Cox, C. W.: **A technique for Conjuntivo-dacryocystorhinostomy.** Am. J. Ophth. 72: 689, 1971.
- 14.—Duke-Elder, S.: **System of ophthalmology.** Henry Kimpton, London. Vol. XIII, 1974.
- 15.—Havener, W. H.: **Ocular Pharmacology.** 4te Ed. St. Louis Missouri U.S.A. C.V. Mosby Company. 1978.
- 16.—Hogan, M. J.; Zimmerman, L. E.: **Ophthalmic pathology.** Philadelphia. W. B. Saunders Company. Second Edition. 1962.
- 17.—Jones, L. T.: **Anatomic approach to problems of the eyelids and lacrimal apparatus.** Arch. Ophthalmol. 66: 137, 1961.
- 18.—Jones, L. T.; Linn, M. L.: **The diagnosis of the epiphora.** Am. J. Ophth., 67: 751, 1959.
- 19.—Illif, C. D.: **A simplified dacryocystorhinostomy.** Arch. Ophthalmol., 85: 586, 1971.
- 20.—Martínez, C. F.: **Comunicación personal.** 1981.
- 21.—Picó, G.: **A modified technique of external Dacryocystorhinostomy.** Am. J. Ophth. 72: 689, 1971.
- 22.—Rossomondo, R. M.; Carlton, W. H. et al: **A new method of evaluating lacrimal drainage.** Arch. Ophthalmol. 88: 523, 1972.
- 23.—Sapse, A. T.; Bonavida, B.; Stone W. and Sercarz, E. S.: **Human tear lysozyme. III Preliminary Study on lysozyme levels in subjects with smong eye irritation.** Amer. J. Ophth., 66:76-80, 1968.
- 24.—Wolff's, E.: **Anatomy of the eye and orbit.** Philadelphia. W. B. Saunders Company, Seventh Edition, 1976.