

CONJUNTIVO-DACRIOCISTORRINOSTOMIA. IMPLANTE DE TEFLON

Dra. Enriqueta Hofmann-B *

RESUMEN:

En términos generales el uso de la dacriocistorrinostomia está indicado para casos en los que el bloqueo al flujo lagrimal está en el saco lagrimal o en el conducto nasolagrimal FIG. (1); la conjuntivo-dacriocistorrinostomia se usa también en pacientes que cursan con bloqueo en el canaliculo superior, inferior o común (Fig. 2). Existen casos límites que imbrincan su patología y en los que la decisión del procedimiento quirúrgico a seguir es difícil.

Anteriormente se han practicado cirugías combinadas con colocación de tubos de polietileno, de pyrex, de silicón o diferentes tipos de material de sutura (ejemplo: catgut), ya sea en conjuntivo-dacriocistorrinostomia o recanalización de vías lagrimales. Nosotros proponemos una cirugía combinada de conjuntivo-dacriocistorrinostomia con la colocación de un implante de teflón, la cual fué efectuada exitosamente en 10 pacientes.

INTRODUCCION

El proceso histórico de la cirugía de las vías lagrimales se remonta hasta el año de 1808, en que Bull reporta una infección orbitaria y de senos adyacentes por Streptococo y neumococo. Posteriormente Carter y Frost reportaron el caso de una joven de 10 años de edad, a la cual se le practicó la remoción del tumor orbitario y glándula lagrimal hipertrófica, Moretti y Luedde (1908), reportan métodos para la fistulectomía, sea por proceso infeccioso o traumático, haciendo una exposición del orificio de

salida del conducto lagrimal, en el cual introducen forceps contraindicándolo en las lesiones óseas, infección o ectasias del saco lagrimal y cambios proliferativos de la mucosa.

Schoch Shamokin D. A. modificó la cirugía de perforación del hueso nasal y colocó una sonda dentro del canal. Thabald (1781), fué el primero que introdujo un tubo de oro o de plata dentro

* Hospital de Oftalmología, Centro Médico Nacional, I.M.S.S México, D. F

del conducto nasal.

Beer (1781), utilizó cordones de catgut de diferentes calibres; Warell (1793) introduce una sonda de plata con la cabeza esterilizada a fuego, posterior a la punción de un absceso de saco. Birkerton (1906), introduce un tubo de plata y realiza la fijación a planos adyacentes.

Burton y Cooper (1906), recomiendan el uso de seda y deslizamiento en el tratamiento de obstrucción del conducto nasal.

Muchos materiales como seda, el nylon, plástico y otros de sutura, han sido utilizados temporalmente tratando de corregir desórdenes agudos o crónicos del sistema de drenaje lagrimal. Henderson reportó el uso del tubo de polietileno colocado al tiempo de la dacriocistorrinostomía, para corregir la obstrucción canalicular posterior. Huggert y otros usaron tubos de polietileno para solucionar problemas canaliculares agudos y crónicos; bastones de material maleable han sido utilizados en las reparaciones de las laceraciones del canalículo como ayuda para la adecuada afrontación de los bordes distal y proximal y la consecutiva sutura en forma temprana para tratar de restablecer el flujo lagrimal adecuado

Jones desde 1962 preconiza el uso de tubo de polietileno el cual posteriormente cambia con un tubo de pyrex; usado aún en los tiempos actuales. (Foto 1).

Más recientemente el tubo de silicón ha sido utilizado dado que reduce la frecuencia de los problemas causados por la rigidez del polietileno: la erosión puntiforme e irritación corneal por la angulación del tubo.

En 1970 Quicket y Dryden describieron un procedimiento quirúrgico pasando un tubo de silicón por el sistema de drenaje lagrimal. La prueba, el tubo y la técnica han sido modificados por otros para facilitar el paso de lágrima y la recuperación de la función.

OBJETIVO:

El objetivo del presente trabajo, es comunicar los resultados obtenidos en 10 pacientes a quienes se les practicó conjuntivo dacriocistorrinostomía con implante de teflón y demostrar que el uso de teflón reduce la frecuencia de problemas como son: los de rechazo, ya que es material inerte y puede permanecer de por vida (como en la cirugía cardiovascular). Es más flexible y disminuye las lesiones corneales, (erosiones puntiformes), causadas por tubos de polietileno (Foto 2). Como es material radiopaco, se puede tomar control radiológico postoperatorio para ver la adecuada posición (Foto 3) del tubo o de su modificación de colocación en casos traumáticos posteriores.

Nosotros evaluamos los resultados de la colocación de los implantes de teflón en conjuntivo-dacriocistorrinostomía en pacientes con alteraciones agudas o crónicas analizando las indicaciones y complicaciones de este procedimiento.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS:

Todos los pacientes fueron sometidos a una evaluación exhaustiva del aparato lagrimal, practicándoles pruebas de función lagrimal como son: Prueba de Jones con fluorocéina; Prueba de Schirmer I y II; también se les practicó Dacriocistografía para localizar el sitio de obstrucción y a todos se les practicó irrigación para comprobar la ausencia del reflujo ipsilateral.

Se utilizó un tubo de teflón (catéter), con un mandril No 18, recortando la base del tubo y el tamaño del mismo hasta 4 cms., formándose un reborde en su extremo proximal por medio de cañor (Foto 4). Al mandril se le da una angulación de 135° para así facilitar su penetración a través de la carúncula sin que se lesione el globo ocular.

Los pacientes fueron seleccionados de la práctica del Hospital de Oftalmo-

logía del Centro Médico Nacional. La edad de los pacientes fué de 8 a 54 años, sin prevalencia del sexo.

Se efectuó una dacriocistorrinostomía con la técnica convencional sin suturar el colgajo anterior de la mucosa y del saco lagrimal; se expone la carúncula, se disea la mitad nasal, posteriormente se introduce el tubo de teflón con su mandril No. 18, (previamente recordado) con su reborde en el extremo proximal y con la angulación requerida, se dirige hacia el saco cerciorándose de estar a nivel del mismo, se retira el mandril y se toma la medida de la profundidad de manera que su extremo distal quede dentro de la cavidad nasal, a unos 2-3 mm. del septum (Foto 5), cortando el remanente, fijando el extremo proximal del mismo a la carúncula, posteriormente se forma el techo con los colgajos de mucosa y saco lagrimal, siguiendo la cirugía hasta terminar de manera habitual.

A las 24 horas del postoperatorio se toma control radiológico con placas simples de cráneo para determinar si está bien colocado el tubo, tomando otra placa al mes de postoperado (Foto 6 y 7). El tubo se deja a permanencia ya que ocasiona muy pocas reacciones.

INDICACIONES:

- 1.—DACRIOCISTORRINOSTOMIA COMPLICADA
- 2.—OBSTRUCCION DEL CANALICULO INFERIOR O COMUN SECUNDARIO A TRAUMATISMO Y HERIDA
- 3.—PROLIFERACION O TABICACION DEL SACO LAGRIMAL
- 4.—FALLA EN LA BOMBA LAGRIMAL POR PARALISIS DEL SEPTIMO PAR

RESULTADOS:

De los 10 pacientes a los cuales se les efectuó conjunto-dacriocistorrinostomía con implante de teflón, resultó exitosa en 8 de ellos. Uno expulsó en forma inicial el tubo (espontáneamente), quedando formada una fistula y el otro quedó en contacto con la mucosa nasal (Foto 8), lo que dificultó el paso de lágrima, siendo necesario su retiro y el corte del tubo a medida idónea bajo control radiológico, con buen resultado posteriormente con un seguimiento de 6 meses (Foto 8 y 9), al igual que el resto de los casos.

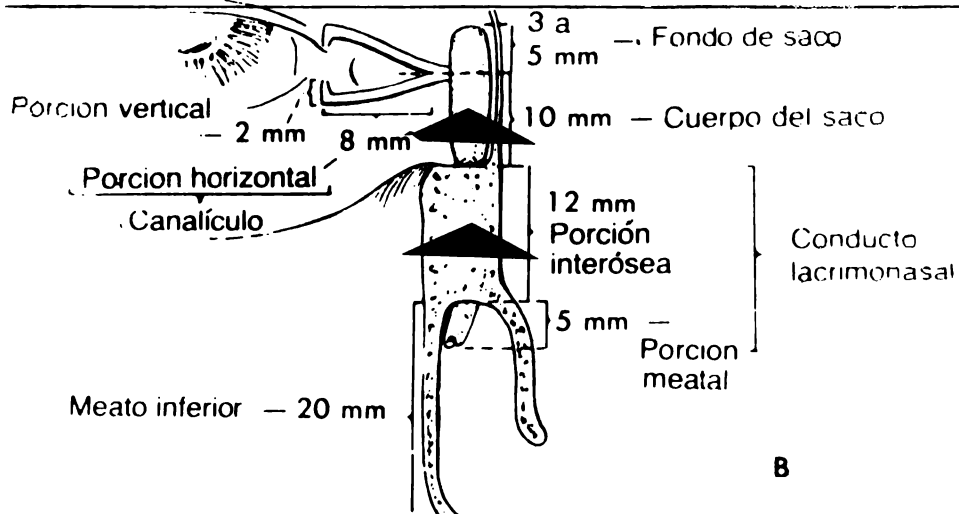


Fig. No. 1 — Bloqueo del saco lagrimal y/o conducto lacrimonasal.

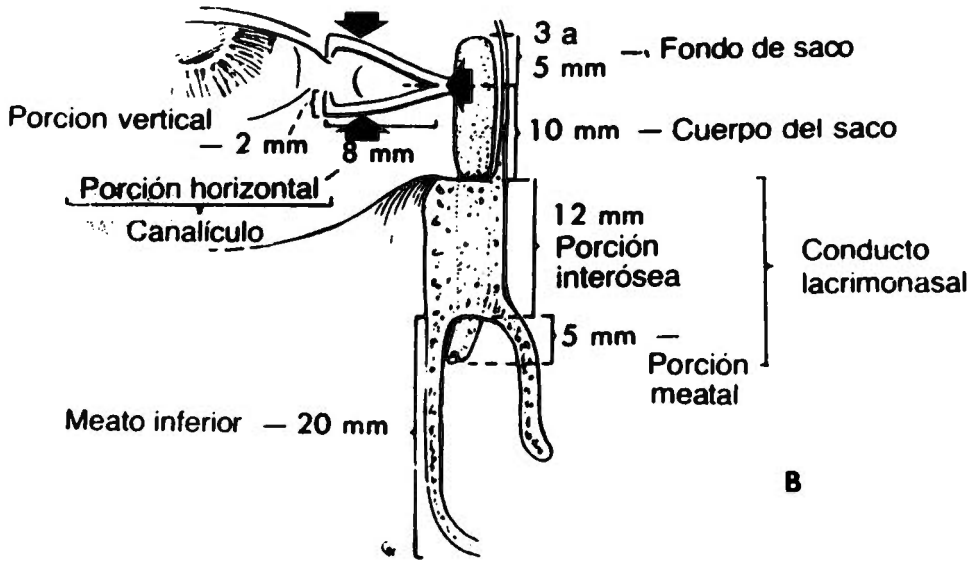


Fig. No. 2 — Bloqueo en canaliculo superior, inferior o común.

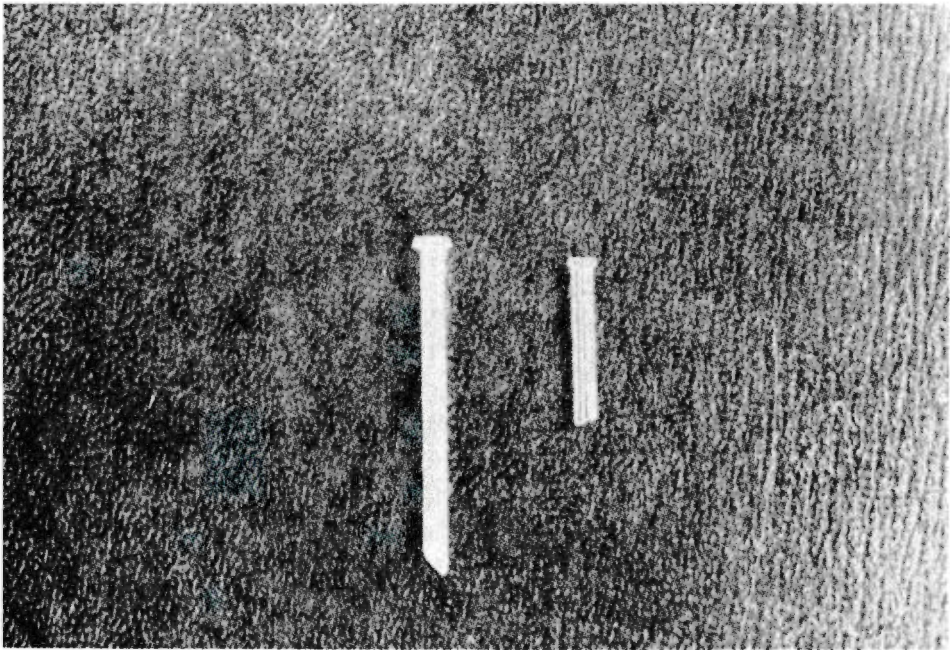


Foto No. 1 — Tubos de Jones (Polietileno y Pyrex).

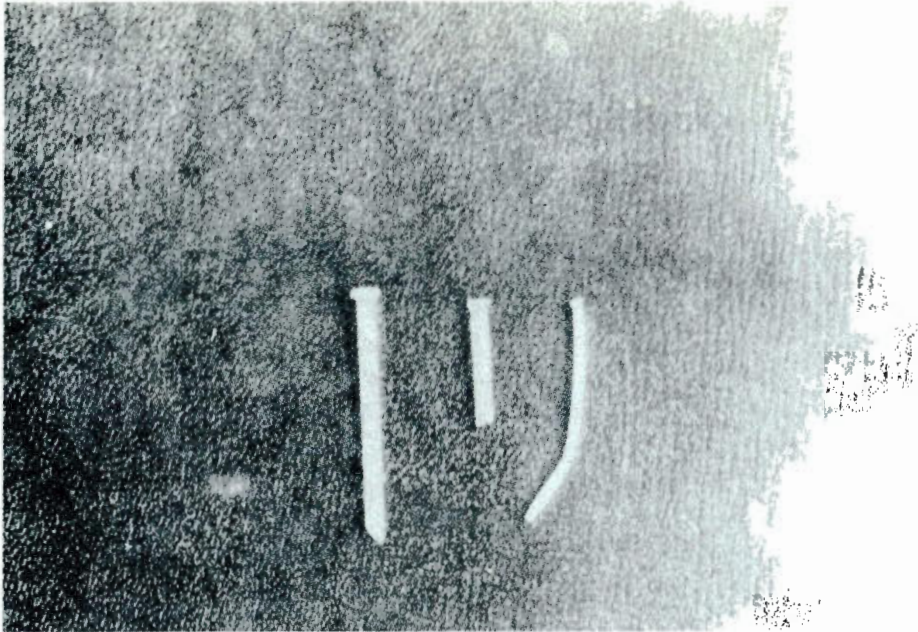


Foto No. 2 — Tubos de Jones (Polietileno y Pyrex).



Foto No. 3 — Evidencia Radiológica del tubo de Teflón para su manejo:

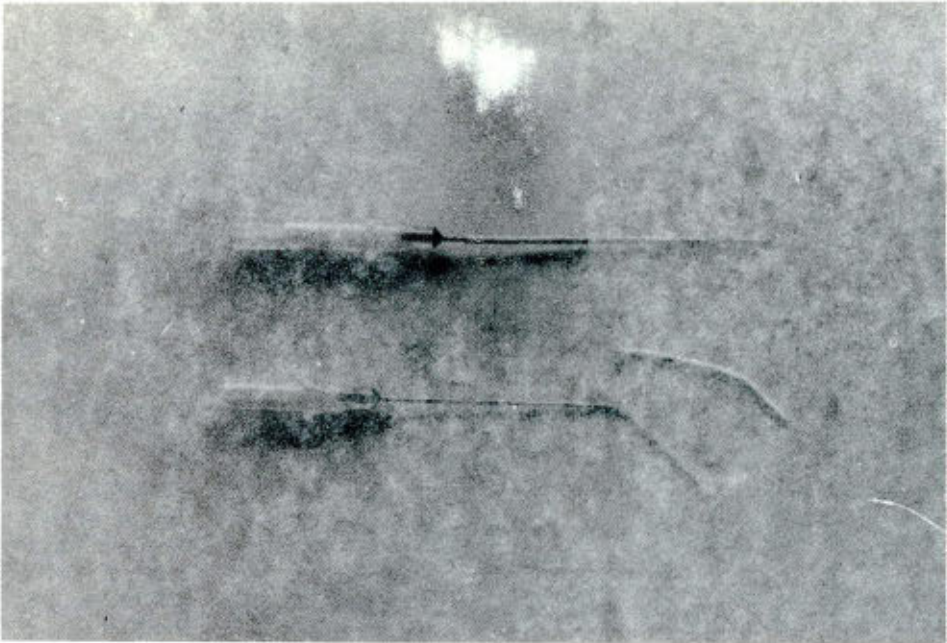


Foto No. 4 — Tubo de Teflón moldeado.

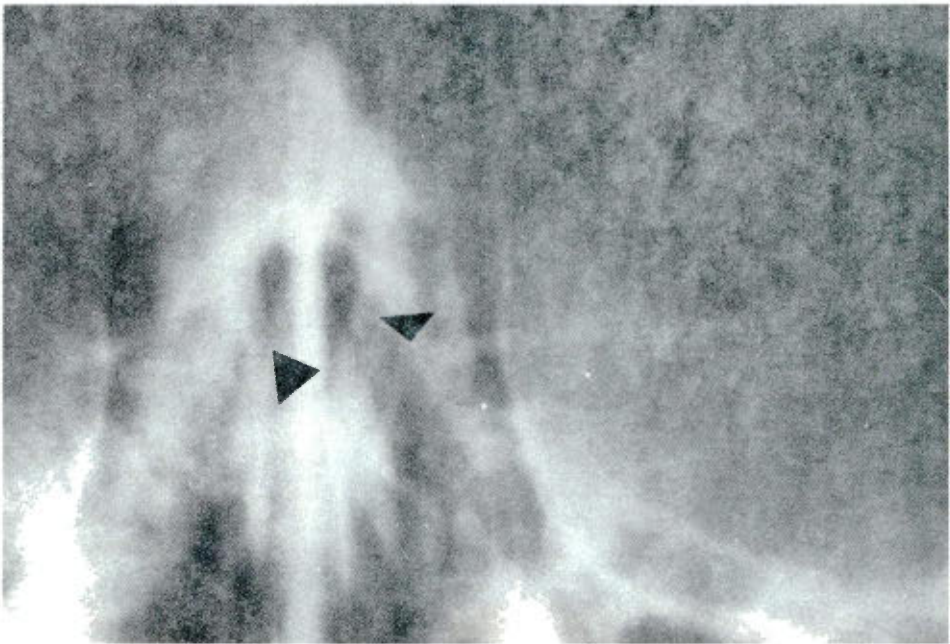


Foto No. 5 — Implante de teflón y su relación con el septum.



Foto No. 6 — Control postoperatorio.

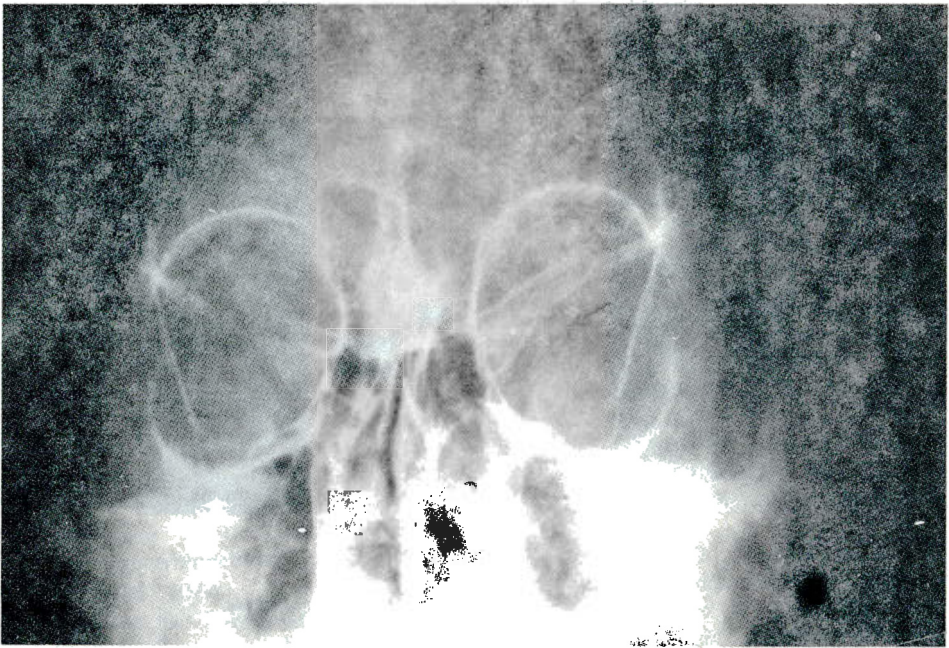


Foto No. 7 — Control radiológico postoperatorio.

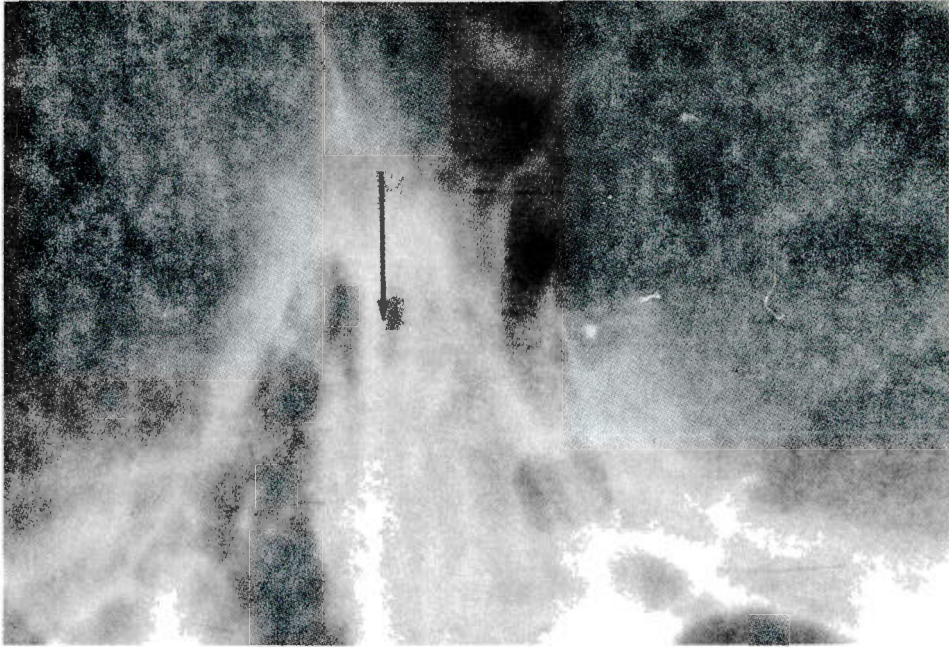


Foto No. 8 — Implante contactado con el septum.



Foto No. 9 — Control postoperatorio a 6 meses.

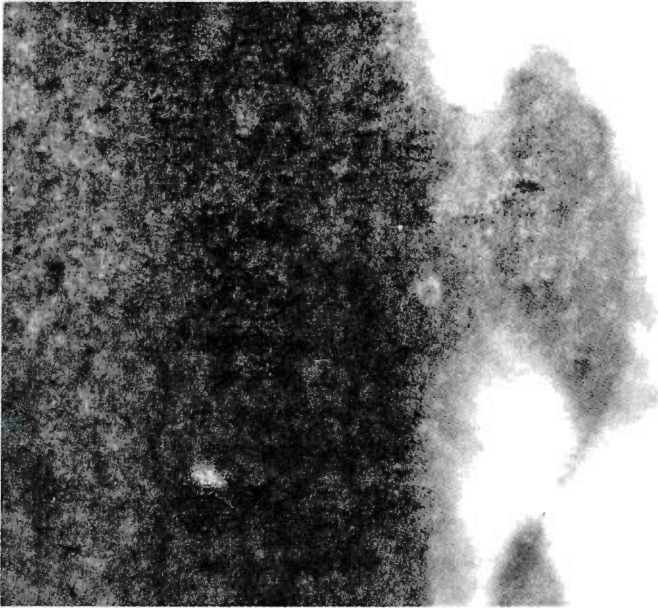


Foto No. 10 — Control radiológico lateral postoperatorio a 6 meses.

REFERENCIAS

- 1.—Hornblas, A.; Ingis, T. H. Lagrimal function Test. *Arch. Ophthalmol.* 97: 1654-1655, Sep. 1979.
- 2.—Carroll, J.; Bafer, C. A.: Conjunctivo-dacryocystorhinostomy using silicon rubber lacrimal tubes. *Arch. Ophthalmol.* 89:113-115, Feb. 73.
- 3.—Cox, C. W. Jr.: A technique for conjunctivo - dacryocystorhinostomy. *Am. J. Ophth.* 72:931, 1971.
- 4.—Chandler, A. C.: Conjunctivodacryocystorhinostomy. *Am. J. Ophth.* 80:522-524, 1975.
- 5.—Chandler A C.: Conjunctivodacryocystorhinostomy. *Am. J. Ophth.* 77:8:30: 1974.
- 6.—Geeshen, G.: Polyethylene tubing in canalicular surgery *Am. J. Ophth.* 78:725-726, Oct. 1979.
- 7.—Jones, L. T.: Conjunctivodacryocystorhinostomy. *Am. J. Ophth.* 59:773-783, 1965.
- 8.—Perera, Q. L.: Dacriocistografia. *Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología*, 1976.
- 9.—Putterman, A. M.: Evaluation of the lacrimal system. *The Eye, Ear, Nose and Throat.* 51:212-216, Jun, 72.
- 10.—Pashby, R. C.; Rathbum, J. E.: Silicone tube intubation of the lacrimal. Drainage system. *Arch. Ophthalmol.* 97:1318-1322, Jul 1979.
- 11.—Sigh, D. S.; Garg, R. S.: Polyethylene intubation of the lacrimal drainage system. *Am. J. Ophth.* 56: 777, 1963.
- 12.—Doucet, T. W.; Hurwits, J. J.: Canaliculo - dacryocystorhinostomy in the treatment of canalicular obstruction. *Arch. Ophth.* 100:306-309, Feb. 1982.