

“DACRIORRINOINTUBACION”

NUEVA TECNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DACRIOCISTITIS CRONICA

Dr. Oscar Aragón-Martínez*

RESUMEN:

Se hace el estudio comparativo de 60 pacientes operados con técnica original de dacriointubación (con neostomía y paso de tubo de polietileno); en contraposición con 60 pacientes operados con la técnica de dacriointubación descrita por Summerskill. En todos los casos existía una dacriocistitis crónica.

INTRODUCCION

La historia de los padecimientos de las vías lagrimales es tan antigua como la vida misma; el código Hammurabi (1800 A. C.) ya los menciona.

Antiguamente cauterizaban el saco lagrimal o lo inyectaban con cáusticos; después, a fines del siglo XIX y principios del XX, el procedimiento de elección fué el de la extirpación del saco lagrimal. Ya en los inicios de este siglo, el procedimiento de elección ha sido la dacriocistorrinostomía, que es una modificación de la operación de Toti (1904).

A mediados del siglo XX iniciaron varios autores entre ellos Summerskill, Stanford, Henderson, Clark, etc., la intubación de las vías lagrimales que no tuvo mucho éxito.

En 1976 inicié la intubación del conducto naso-lagrimal de acuerdo con la técnica de Summerskill, pero después de efectuarla en 60 ocasiones, abandoné es-

ta técnica por la gran cantidad de fracasos.

A partir de 1978 modifiqué la técnica de la intubación combinándola con una neostomía en el mismo conducto naso-lagrimal, la cual después de 5 años de experiencia me ha dado resultados muy satisfactorios.

MATERIAL Y METODOS

El trabajo lo he llevado a cabo en el Servicio de Oftalmología del Hospital General del I.M.S.S. en Culiacán, Sin., así como en pacientes particulares de otros colegas de la entidad.

Para este trabajo seleccioné 120 pacientes a los que se les había diagnosticado clínica y radiológicamente una da-

* Servicio de Oftalmología del I.M.S.S.
Dirección: Culiacán, Sin. Méx.

criocistitis crónica, que no presentaban alteraciones en puntos o canaliculos lagrimales.

ANESTESIA

La anestesia de elección ha sido la general y sólo en dos casos he aplicado anestesia local.

TECNICA

1.—Incisión vertical de 10 mm. de extensión a 5 mm. por dentro del ángulo interno del ojo. (Foto 1).

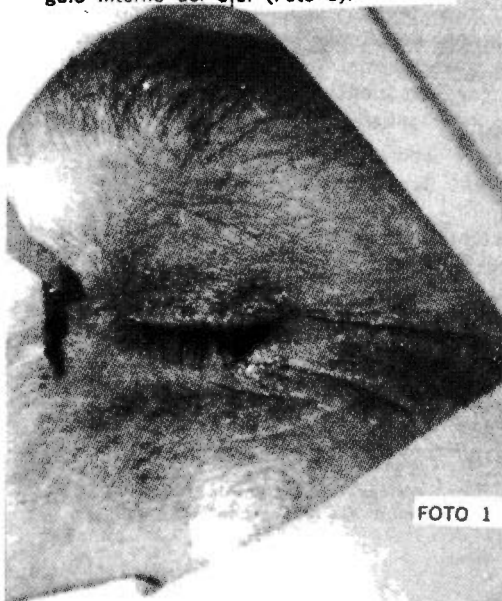


FOTO 1

2.—Diseción roma con tijera hasta exponer el saco lagrimal. (Foto 2.)



FOTO 2

3.—Incisión vertical de la pared anterior del saco de 5 mm. de extensión por debajo del ligamento central interno. (Foto 3).



FOTO 3

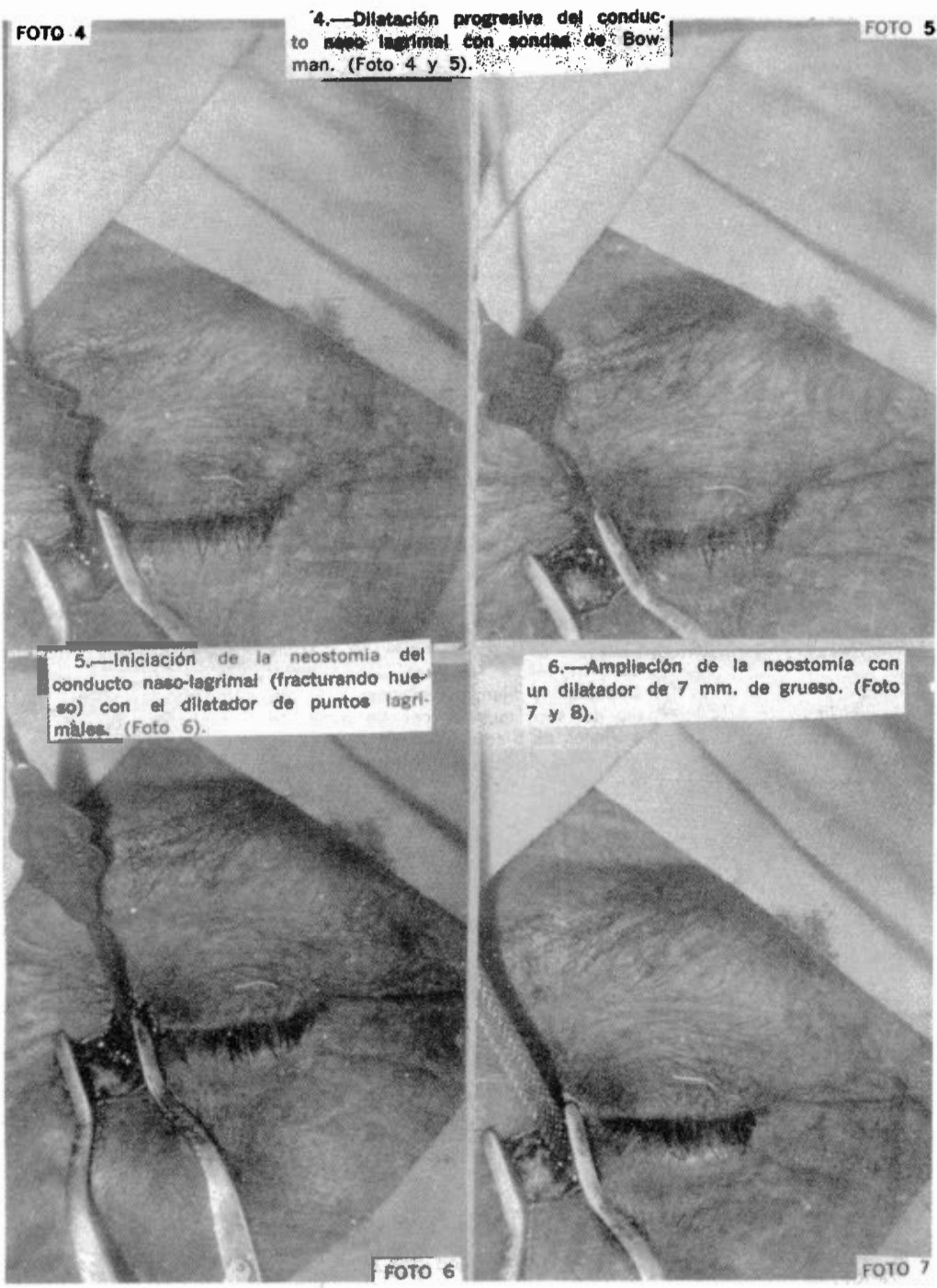


FOTO 4

4.—Dilatación progresiva del conducto naso-lagrimal con sondas de Bowman. (Foto 4 y 5).

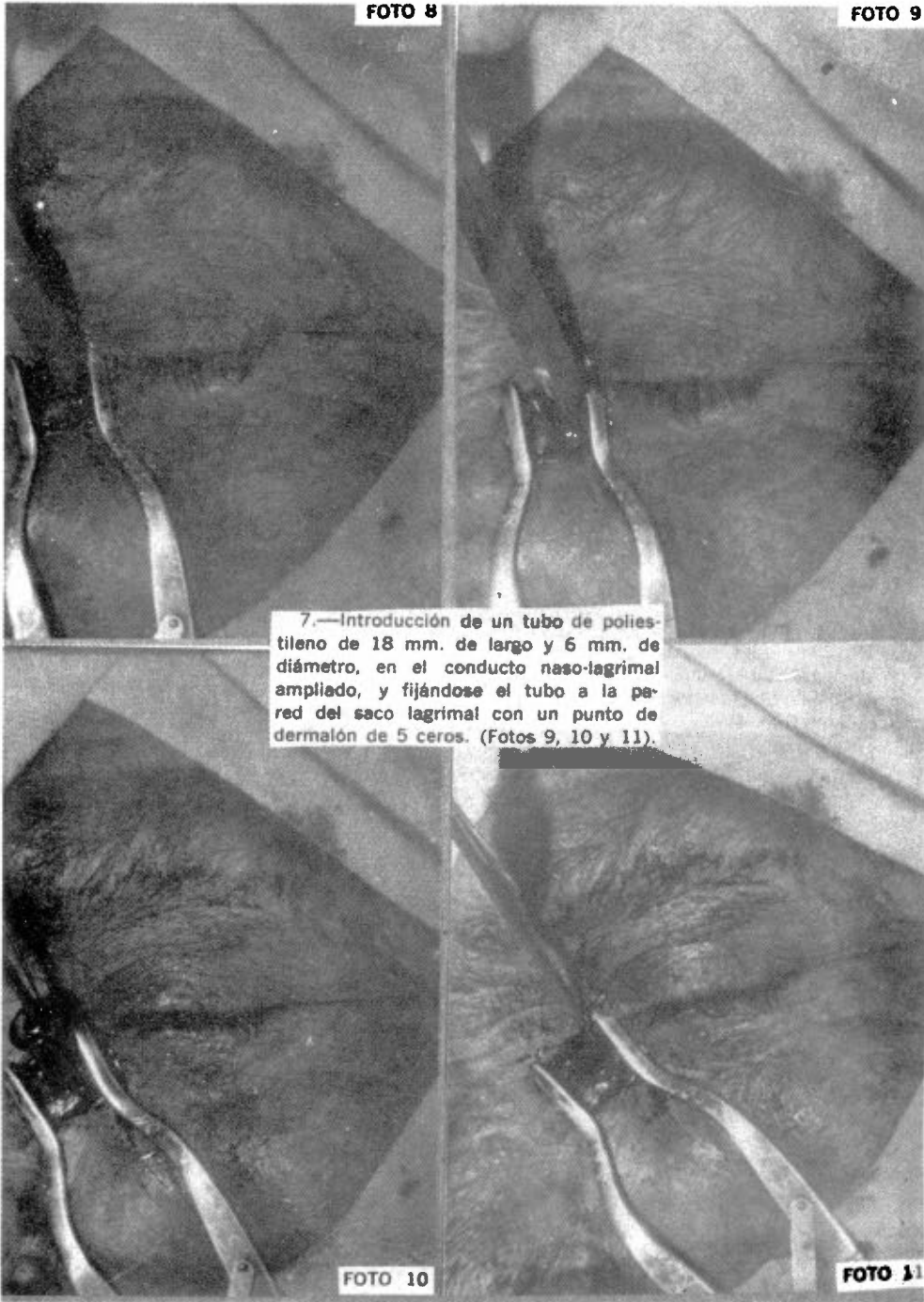
FOTO 5

5.—Iniciación de la neostomía del conducto naso-lagrimal (fracturando hueso) con el dilatador de puntos lagrimales. (Foto 6).

6.—Ampliación de la neostomía con un dilatador de 7 mm. de grueso. (Foto 7 y 8).

FOTO 6

FOTO 7





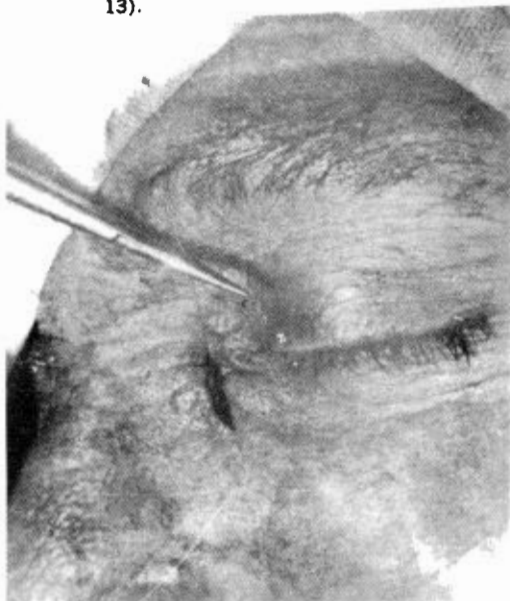
8.—El saco se sutura con Catgut 6 ceros (Foto 12).

FOTO 12



9.—La piel se sutura con puntos separados con dermalón 5 ceros. (Foto 13).

FOTO 13



CUIDADOS PREOPERATORIOS

- 1.—Eliminar proceso infeccioso agudo.
- 2.—Tratamiento patología O.N.G.
- 3.—Eliminar focos infecciosos en piezas dentarias.
- 4.—Eliminar patología conjuntival o corneal.
- 5.—Lavados del saco lagrimal.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

- 1.—Antibióticos sistémicos y locales por 6 días.
- 2.—Retirar los puntos de piel a los 5 o 6 días y se hace un lavado para verificar la permeabilidad de las vías lagrimales.

RESULTADOS

Durante 2 años usé la técnica de la intubación con tubos de 1 mm. a 3.3 mm. de diámetro (60 casos), los cuales funcionaron durante un corto período de tiempo que varió de unos días a varios meses; posteriormente se salieron o se taparon, por lo cual abandoné esta técnica.

Con la Dacriorrinointubación he efectuado 60 operaciones de las cuales 52 se encuentran funcionando satisfactoriamente y 8 únicamente se encuentran obstruidas. Los pacientes se revisan cada 7 días los 2 primeros meses; después cada 2 meses durante 1 año y posteriormente cada 6 meses.

VENTAJAS

- 1.—Técnica sencilla.
- 2.—Instrumental mínimo.
- 3.—Difícil bloqueo por coágulos o secreciones.
- 4.—Escaso o nulo sangrado de los tejidos circundantes.
- 5.—Gran capacidad de drenaje.
- 6.—Alteración mínima de la anatomía.

CAUSAS DE FRACASOS

- 1.—Expulsión o salida de tubo.
- 2.—Obstrucción por coágulos o secreciones.

DISCUSION

Se trataron 120 casos de dacriocistitis crónica con 2 técnicas.

1.—Con la técnica de la intubación se hicieron 60 operaciones y al cabo de 2 años la totalidad, de los operados presentaban oclusión o expulsión del tubo por lo cual abandoné esta técnica.

2.—Con la técnica de dacriorrinointubación, se han efectuado 60 operaciones en 5 años y el porcentaje de éxitos es muy grande por lo cual se piensa que pronto será esta técnica una arma más para el tratamiento de la dacriocistitis crónica.

Debe tomarse en cuenta que el mayor número de operaciones efectuadas, fueron realizadas en pacientes operados anteriormente por intubación e incluso en 4 pacientes con dacriocistorrinostomía previa y no funcionando, lo cual hace todavía más segura esta técnica en los casos que no han sido tratados.

BIBLIOGRAFIA

- Irvine, R. S.: Arch. Ophthalmol. (1961). 65, 192.
- Burns, R. P.: Arch. Ophthalmol. (1968). 79, 211.
- Summerskill, V. H.: Brit. J. Ophthalmol. (1952). 36, 240.
- Siung, D. S.; Garg, R. S.: Brit. J. Ophthalmol. (1972). 56, 194.
- Arruga, H.: Cirugía Ocular. (1963). 247-277.