

Experiencia en cirugía para dacriocistitis en el Hospital General de México

Dra. Araceli Robles-Bringas, Dra. María Teresa del Angel-Arenas, Dra. Gabriela Bustamante-Domínguez

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia del Hospital General de México en el tratamiento de las dacriocistitis crónicas con diferentes técnicas quirúrgicas.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes comprendidos entre el año 2000 y 2007 con diagnóstico de dacriocistitis, se dividieron en tres grupos: las simples, con fistula y con antecedente de cirugía previa. Se les practicó dacriocistorrinostomía convencional sin y con mitomicina o dacriocistectomía sin y con mitomicina con un seguimiento de seis meses.

Se incluyeron 194 pacientes; 156 del género femenino y 38 del masculino, se operaron 222 casos.

Las dacriocistitis simples fueron 194; con fistula 14; con cirugía previa 14. La dacriocistorrinostomía convencional se realizó en 122 de las simples y 9 con antecedente de cirugía.

Conclusiones: La dacriocistitis afecta predominantemente a mujeres, la simple es el diagnóstico más frecuente. La cirugía realizada en mayor número fue la dacriocistorrinostomía convencional. Los resultados son satisfactorios a corto plazo con todas las técnicas.

Palabras clave: dacriocistitis, dacriocistorrinostomía, dacriocistectomía.

SUMMARY

The main objective of the current report is to summarize the therapeutical experience with different surgical techniques for chronic dacryocystitis at the Ophthalmology Service of the Hospital General de México

Materials and methods: A retrospective, close, longitudinal, non-randomized study was done. The files of subjects from 2000 to 2007 with the diagnosis of dacryocystitis were analyzed and divided into three groups according to their clinical variety: simples, with fistulization and with previous nasolacrimal duct obstruction surgery. External techniques of dacryocystorhinostomy or dacryocystectomy with or without mytomicine were performed and had a follow-up period of six months.

Results: 194 subjects were included, 156 were females and 38 were males. A total number of 222 surgeries were done.

The number of simple dacryocystitis were 194; 14 had fistulization and 14 had a previous nasolacrimal duct obstruction surgery. An external technique of dacryocystorhinostomy was performed in 122, 9 of the simple variety and 9 with nasolacrimal duct obstruction previous surgery.

Conclusions: Females were more affected with the simple variety of dacryocystitis and the external dacryocystorhinostomy was the most frequent surgical technique performed. In all subjects results were satisfactory in the follow-up period.

Key words: Dacryocystitis ,dacryocystorhinostomy, dacryocystectomy.

INTRODUCCIÓN

La dacriocistitis se define como un proceso inflamatorio del saco lagrimal como consecuencia de obstrucción del conducto lacrimonasal, puede ser uni o bilateral y, de acuerdo con el tiempo de evolución o número de cuadros, se clasifica en aguda o crónica.

Puede presentarse de manera primaria o ser la agudización de una afección crónica (1, 2).

Es una patología que afecta más frecuentemente a mujeres con una relación de 4:1 y predomina en pacientes mayores de 50 años.

La etiopatogenia es la obstrucción del conducto lacrimonasal que conduce al cúmulo de lagrime y moco en el saco creándose así el medio propicio de cultivo bacteriano y, como consecuencia, la aparición de un proceso infeccioso.

El cuadro clínico se caracteriza por tumefacción, eritema y dolor en el área del saco lagrimal, con salida de material

purulento por los puntos lagrimales a la presión o bien drenar a través de una fistula a piel, órbita y etmoides cuando se complica. Puede asociarse o no a malestar general.

El tratamiento en los casos agudos es con antibiótico vía oral y fomentos calientes; en los casos crónicos el tratamiento definitivo es quirúrgico, existiendo una variedad de técnicas sin que predomine una sobre otra en relación con la tasa de éxito (sin sintomatología a largo plazo) (1, 3, 4).

Las técnicas quirúrgicas utilizadas son dacriocistorrinostomía (DCR) externa, vía endonasal o endocanalicular con láser y la dacriocistectomía (DCT), esta última no es de primera elección a menos que el estado del saco lagrimal (muy distendido) en forma primaria lo amerite o posterior a una cirugía fallida (3, 5-7).

Tanto en la DCR como en la DCT se pueden agregar antimetabolitos, como la mitomicina C, para reducir el proceso de cicatrización y elevar el porcentaje de éxito.

La DCR externa consiste en la anastomosis del saco lagrimal a la cavidad nasal por medio de una osteotomía a nivel del hueso lagrimal con o sin tubos de silastic.

La DCT es por vía externa con resección completa del saco lagrimal y con la colocación o no de tubos de silastic (4, 5, 8).

Las técnicas por vía endoscópica han logrado disminuir el tiempo quirúrgico, el tiempo de recuperación, no dejar cicatriz permitiendo buen aspecto cosmético, aunque la evolución en el aspecto funcional es semejante a la técnica convencional.

Por medio de endoscopia se ha observado que la cicatrización ocurre después de los tres meses de la cirugía y consta de varias fases: primero de mucosidad, seguida por formación de costras, la linfática y finalmente la mesenquimatosas. Por ello las recidivas se presentan al cuarto mes postquirúrgico, aclarando que el inicio del cierre de la osteotomía ocurre en promedio a las siete y medio semanas. Otro factor a considerar es el tamaño de la osteotomía.

Hasta la fecha no existe uniformidad en los criterios para determinar el éxito o fracaso de la cirugía, sin embargo, el dato a considerar es la presencia de material purulento y la presencia de epífora en algunas series (3, 5, 9-11).

Debido a la controversia en cuanto a los resultados de las diferentes técnicas quirúrgicas, nuestro objetivo es dar a conocer la experiencia del Hospital General de México en el tratamiento de la dacriocistitis crónica utilizando las técnicas de DCR y DCT convencionales con intubación de la vía lagrimal y, en algunos casos, con el uso de antimetabolitos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, cerrado, no aleatorio, realizado en el Hospital General de México, en el departamento de Oculoplástica y Órbita. Se revisaron los expedientes con diagnóstico de dacriocistitis crónica simple en el período comprendido entre el año 2000 y 2007,

con o sin fistula a piel o con antecedente de cirugía de vía lagrimal y que hubieran sido intervenidos quirúrgicamente de DCR externa o DCT, todos con colocación de tubos de silastic y, en algunos casos, usado mitomicina.

Se incluyeron pacientes de cualquier edad y género, con un seguimiento mínimo de 6 meses, con revisiones al primero, tercero y sexto mes; se excluyeron los expedientes sin el seguimiento preestablecido. Se consideró como éxito la desaparición de la secreción.

Se estudiaron 230 pacientes de los cuales 36 fueron eliminados quedando un total de 194 pacientes, con 222 casos operados. El rango de edad varió entre 1 año y 85 años.

RESULTADOS

Se incluyeron 194 pacientes (222 casos) de los cuales 156 fueron del género femenino (80.4%) y 38 del masculino (19.58%). Por grupos etarios se encontró predominio en los grupos de 21 a 60 años con un total de 126 (64.9%).

En relación al lado afectado la frecuencia fue de 90 (46.39%) para el lado derecho y de 76 (39.17%) para el lado izquierdo, con 28 bilaterales (14.43%).

Las variedades de dacriocistitis fueron: simple 194 (97.38%), con antecedente de fistula 14 (6.30%) y con antecedente de cirugía previa de vía lagrimal 14 (6.30%).

En aquellos con diagnóstico de DCC simple (194) las cirugías que se realizaron fueron DCR 122 (62.88%), DCR más mitomicina 25 (12.88%), DCT 38 (19.58%) convencionales y DCT con mitomicina 9 (4.63%).

A los que cursaron con DCC con fistula (14 casos) se les realizó fistulectomía. A 8 (57.14%) DCR, a 1 (7.14%) DCR con mitomicina y a 5 (35.71%) DCT.

A quienes tenían diagnóstico de DCC y cirugía previa (14) se les hizo DCR a 9 (64.28%), DCR con mitomicina a 1 (7.14%), DCT a 1 (7.14%) y DCT con mitomicina a 3 (21.42%).

La evolución en los pacientes con DCC simple a quienes se les realizó DCR (122) fue buena en el primer mes con un éxito del 86.88%, que al sexto mes fue de 68.85%.

El porcentaje de malos resultados al primer mes fue de 13.11% y al sexto mes de 31.14%.

La evolución de las DCR con mitomicina (25) fueron éxito al primer mes en 92% y al sexto mes en 80%.

Los malos resultados se presentaron en 8% al mes y 20% al sexto mes.

Los pacientes con DCC simple operados de DCT tuvieron un éxito de 84.21% al primer mes y de 71.5% al sexto. Los fracasos del 15.78% al primer mes y de 28.94% al sexto. A los que se les realizó DCT con mitomicina el éxito fue de 100% al primer mes y del 77.77% al sexto.

El porcentaje de fracaso se presentó al tercer mes en el 22.22% manteniéndose así hasta el sexto mes.

Aquellas DCC con fistula (8), que se les realizó fistulectomía y DCR, al primer mes se observó 100% éxito y al sexto sólo el 37.5%.

Los fracasos se vieron hasta el tercer mes con 25% que aumentó al sexto a 62.5%.

A sólo un paciente de DCC con fistula se le aplicó mitomicina con una evolución exitosa hasta el sexto mes.

De los pacientes sometidos a DCT además de la fistulectomía (5) tuvieron éxito, al primer mes el 100% y al sexto mes el 80%, con mala evolución sólo un caso hasta el sexto mes.

De los pacientes con antecedente de cirugía previa (14) a 9 se les realizó DCR convencional y sólo uno tuvo mala evolución desde el primer mes. A otro se le aplicó además mitomicina con mala evolución desde el primer mes. Cuando se realizó DCT en un caso evolucionó mal desde el inicio y finalmente tenemos 3 casos de DCT con mitomicina con mala evolución en dos de ellos a partir del primer mes y uno hasta el sexto mes.

DISCUSIÓN

El tratamiento de la DCC continúa siendo controversial y en la búsqueda de obtener buenos resultados a largo plazo se han propuesto diversas técnicas, como son la aplicación de antimetabolitos, cirugía con láser o por vía endoscópica.

En el Hospital General de México se continúan realizando las técnicas por vía externa, que a la fecha siguen considerándose efectivas y, en varias series, son consideradas como "estándar gold", siendo la más utilizada la dacriocistorrinostomía con y sin mitomicina. En nuestra casuística encontramos que esta última tuvo buenos resultados excepto en un caso con antecedente de cirugía previa. Otros autores sostienen que el uso de la mitomicina ofrece mejores resultados desapareciendo la epífora. Nosotros consideramos la ausencia de material purulento como buen resultado.

En presencia de un saco muy distendido o ante una recidiva está indicada la dacriocistectomía, siendo el porcentaje de fracasos mayor en estos casos. Nuestra serie corresponde a otras reportadas en la literatura. Lo mismo sucede en los pacientes que en forma espontánea fistulizan a piel.

En nuestro estudio los fracasos se observaron a partir del tercer mes apoyando la tesis del proceso cicatrizal en ese momento con el subsecuente cierre de la osteotomía.

Hacemos hincapié en el propósito del estudio que es únicamente demostrar el resultado de las diferentes técnicas de acuerdo con la patología, por no tener número semejante de pacientes no es un estudio comparativo.

CONCLUSIONES

La dacriocistitis es una patología que afecta principalmente a mujeres mayores de 41 años, la variedad clínica simple es la más frecuentemente diagnosticada, por ello la cirugía de dacriocistorrinostomía convencional es la de primera elección en nuestro hospital, encontrándose resultados satisfactorios a corto plazo con todas las técnicas; otras series reportan éxito en periodos de uno a dos años.

Los malos resultados se presentan con mayor frecuencia en aquellos casos con cirugías previas.

Aún falta establecer parámetros uniformes para definir el éxito de la cirugía, considerando dos aspectos: el clínico en cuanto a la sintomatología y el quirúrgico en cuanto al tamaño de la osteotomía.

REFERENCIAS

1. Soler MJ y cols. Obstrucción de vía lagrimal tratada mediante Stent lacrimonasal. Arch Soc Esp Oftalmol 2003; 78(6).
2. Besharati MR, Rastegar A. Results and complications of external dacryocystorhinostomy surgery at a teaching hospital in Iran. Saudi Med J. 2005; 26(12):1940-1944.
3. Loréncz VMI, Salcedo CG, Huerta GM. Dacriocistorrinostomía con láser. Reporte de 13 casos. Rev Mex Oftalmol 2000; 74(4):177-183.
4. Martínez SN, Rodríguez MN, Vigoa AL. Dacriocistorrinostomía externa. Análisis de los resultados en 5 años. Rev Cubana Oftalmol 2002; 15(2).
5. Dolman PJ. Comparison of external dacryocystorhinostomy with nonlaser endonasal dacryocystorhinostomy. Ophthalmology 2003; 110(1):78-84.
6. Rose GE. Lacrimal drainage surgery in a patient with dry eyes. Dev Ophthalmol 2008; 41: 127-137.
7. Feretis M, Newton JR, Ram B, Green F. Comparison of external and endonasal dacryocystorhinostomy. J Laryngol Otol 2008; 20:1-5.
8. Tabatabaie SZ, Heirati A, Rajabi MT, Kasaei A. Silicone intubation with intraoperative mitomycin C for nasolacrimal duct obstruction in adults: a prospective, randomized, double-masked study. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2007; 23 (6):455-458.
9. Narioka J, Ohashi Y. Transcanalicular-Endonasal Semiconductor Diodo Laser-Assisted Revision Surgery for Failed External Dacryocystorhinostomy. Am J Ophthalmol 2008; 23.
10. Ayala B, Medel JE, González CM. Actualización dacriocistorrinostomía. Arch Soc Canari Octal 2006; 81(6).
11. Ayala B, Medel JE, González CM. Actualización dacriocistorrinostomía: ¿Externa, endonasal o endocanalicular?. Arch Soc Canari Octal 2006; 17.