

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL "ADOLFO RUIZ CORTINES"

**OSTEOTOMIA ETMODAL Vs. OSTEOTOMIA
TRADICIONAL EN DACRIOCISTORRINOSTOMIA
EN ADULTOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO DE
ESPECIALISTA EN:**

OFTALMOLOGIA

P R E S E N T A :

Dr. Antonio Trejo Morán

A S E S O R :

DR. RUBEN J. MEDALLIN SAN ROMAN

H. VERACRUZ, VER.

1982



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL "ADOLFO RUIZ CORTINES"

**OSTEOTOMIA ETMODAL Vs. OSTEOTOMIA
TRADICIONAL EN DACRIOCISTORRINOSTOMIA
EN ADULTOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO DE
ESPECIALISTA EN:**

O F T A L M O L O G I A

P R E S E N T A :

Dr. Antonio Trejo Morán

A S E S O R :

DR. RUBEN J. MEDELLIN SAN ROMAN

H. VERACRUZ, VER.

1993

A MI MADRE, por todo su amor
que ha sido la guía de mi vida.

A MI PADRE, por su apoyo y consejos
que han hecho realidad el sueño de
mi carrera profesional.

A Ma. Eugenia,
que con su cariño alimenta mi
fuente de inspiración.

A MIS MAESTROS:

Dr.Lisardo Constela García.
Dra.Guadalupe Gallardo Vallejo.
Dra.Ma.Elena Gallardo Vallejo.
Dr.Manuel Garay Cazares.
Dr.Rafael Luna Orozco.
Dr.Jorge Saénz Cabrera.
Dra.Mabel Vera Pedro.
Dr.Ramón Villa Aguijosa.

Gracias por sus enseñanzas.

A MI ASESOR DE TESIS:

Dr.Rubén J. Medellín San Román.

Gracias por su apoyo para
realizar esta tesis.

A MIS COMPAÑEROS DE RESIDENCIA:

Mónica, Miguel, Alejandro, Mariana, J.L. Damián, Carlos, Ricardo,
Víctor, J.L. Muñoz, Rosa María, Jorge, J.A. Chew, Margarita y
Xavier.

Gracias por brindarme su amistad.

I N D I C E

1.- INTRODUCCION.....	1
2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	2
3.- MATERIAL Y METODO.	5
4.- RESULTADOS.	7
5.- CONCLUSIONES.....	9
6.- COMENTARIO.	10
7.- RESUMEN.	11
8.- BIBLIOGRAFIA.....	12

1.- I N T R O D U C C I O N

De las enfermedades del sistema de drenaje lagrimal, la estenosis secundaria a nivel del saco lagrimal y del conducto lacrimo-nasal, son las más frecuentes.

Esta patología tiene una evolución crónica, y se manifiesta clínicamente con epífora y acúmulo de secreción en el saco lagrimal.

Su tratamiento consiste en la técnica quirúrgica de Dacriocistostomía. Sus complicaciones han llevado a buscar alternativas durante el procedimiento.

Una variante en la técnica, es la realización manual de la osteotomía a nivel etmoidal que puede ser más eficaz y fácil de realizar.

2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La obstrucción del sistema lagrimal es un padecimiento frecuente en Oftalmología, que requiere tratamiento quirúrgico, en casi todos los casos.

La obstrucción adquirida del sistema se presenta dentro de las edades de 3 a 80 años, siendo más frecuente, entre los 45 a - 55 años (1).

Predomina en el sexo femenino, en el 89% de los casos.

Las causas de este padecimiento, en orden de frecuencia son: traumatismo naso-orbitario, estenosis postinflamatoria, tumores, yutrogenia (cirugía del seno maxilar) (2).

Los tipos de obstrucción más frecuente son: obstrucción del conducto lacrimonasal (71.4%), obstrucción canalicular (12.9%) y obstrucción del saco lagrimal (2.8%); detectados por medio de dacriocistografía. La desembocadura del conducto lacrimonasal se localiza en el meato inferior, por debajo del corneio inferior; por lo que se puede obstruir por padecimientos intranasales (3).

En estos casos, se indica el tratamiento quirúrgico de Dacriocistorrinostomia. Esta técnica, fue introducida por Toti en 1904, y desde entonces ha sufrido múltiples variaciones en la formación-

de la osteotomía. Para la cual se han utilizado diversos instrumentos (cincales, martillos, sierras, trefinas, etc.) (4). Resultando con rangos variables de éxito, de 86% (5) hasta 90.6% (6).

En la cirugía de la vía lagrimal es importante considerar la relación anatómica de la fosa del saco lagrimal, ya que el 93% de las órbitas, las celdillas etmoidales se localizan anteriores a la cresta lagrimal posterior. Whitmal fue el primero en describir esta relación, en 1911. Esta relación puede utilizarse, para facilitar la osteotomía durante la cirugía.

Para iniciar este abordaje, es recomendable realizar la incisión en dirección vertical hacia la base nasal; y de una longitud de 12 a 15 mm. (7). La identificación de las estructuras, y una hemostasia meticulosa reducen las complicaciones (8) (9). Se debe evitar el ligamento del canto interno. La osteotomía se realiza manualmente, con una pinza de punta roma (Halsted), en la porción superior y posterior de la fosa lagrimal. Con esto, se controla la forma y el tamaño de la osteotomía; evitando lesionar estructuras vecinas. El resto de la cirugía es igual a la técnica tradicional de Dupuy-Dutemps (10).

Los hallazgos histopatológicos del saco lagrimal, revelan cambios de inflamación crónica y grados variables de fibrosis y ulce-

ración focal (11). Las complicaciones con la técnica tradicional -
son : infección, hemorragia, epistáxis y hemorragia vítrea (12). Es
tas pueden disminuir su incidencia con la técnica de osteotomía et
moidal, ya que es más simple su realización, más segura, y requie-
re menor tiempo quirúrgico.

3.- MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 14 pacientes prospectivamente, en el servicio - de Oftalmología del Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines" del Instituto Mexicano del Seguro Social de Veracruz, Ver. En el período de Junio de 1992 a Febrero de 1993.

En los criterios de inclusión la edad mínima fue de 15 años, con un promedio de 55 años. Se incluyeron pacientes de ambos sexos. Se excluyeron los pacientes con antecedentes de cirugía del sistema de drenaje lagrimal o con patología ocular asociada.

El diagnóstico de Dacriostenosis adquirida se realizó por medio de los hallazgos clínicos y radiológicos (dacriocistografía). A todos se les indicó tratamiento quirúrgico con la técnica de Dacriocistorrinostomía.

Se formaron dos grupos de pacientes, con 7 elementos cada uno.

Al grupo control o número 1, se le realizó la técnica tradicional de la osteotomía con sierra de Stricker. En el grupo experimental o grupo 2, se efectuó la variante en la técnica de la osteotomía, realizándola manualmente con una pinza de punta roma (de Halsted) a nivel etmoidal anterior. Se realizó sondaje y lavado de la vía lagrimal en el período postoperatorio inmediato y mediato.

Los pacientes se controlaron periódicamente en la consulta ex
terna durante cuatro meses , valorando los datos clínicos de epífora
y acúmulo de secreción.

4.- RESULTADOS

De los 14 pacientes estudiados, 10 fueron mujeres y 4 hombres (cuadro no. 1). Con una relación de 2,5 : 1 . El grupo etario comprendió de los 15 años hasta los 82 años, predominando el grupo de 45 a 50 años, que correspondió al 80% de los casos. (cuadro no. 2).

El nivel socioeconómico de los pacientes fue medio-bajo. El 70% de los pacientes fue de foráneos, de estos un 20% procedían de otros estados, y en un 50% de los casos del estado de Veracruz, - siendo solo un 30% de los pacientes de esta Delegación. (cuadro 3)

En todos los pacientes se realizó el diagnóstico de Dacriocistitis adquirida clínica y radiológicamente. El padecimiento tenía una evolución promedio de 15 años. Los datos clínicos presentados - en todos los casos fueron epífora y acúmulo de secreción. Por lo tanto se indicó el tratamiento quirúrgico con la técnica de Dacriocistorrinostomía.

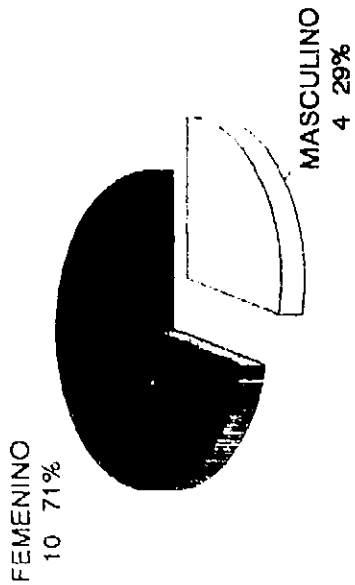
Al grupo control, formado por 7 pacientes se le realizó la técnica de Dacriocistorrinostomía con osteotomía tradicional, encontrando remisión del acúmulo de secreción en 5 pacientes (70%) y mejoría de este síntoma en los otros 2 pacientes (30%). En cuanto a la epífora, 2 pacientes cursaron con remisión total (30%) y en 5 -

hubo solo mejoría (70%) (cuadro no. 4). De este mismo grupo es necesario aclarar que uno de ellos presentó mejoría en ambos síntomas, pero sin que remitieran completamente. De hecho en los lavados de la vía lagrimal realizados en el postoperatorio inmediato se presentó nuevamente obstrucción de la vía de drenaje.

En el segundo grupo, formado también por 7 pacientes, a los que se les realizó la osteotomía manual con abordaje etmoidal, en cuanto a la epífora, remitió en 3 pacientes (40%) y solo mejoró en cuatro (60%). Y para el acúmulo de secreción, los 7 pacientes presentaron remisión (100%) (cuadro no. 5).

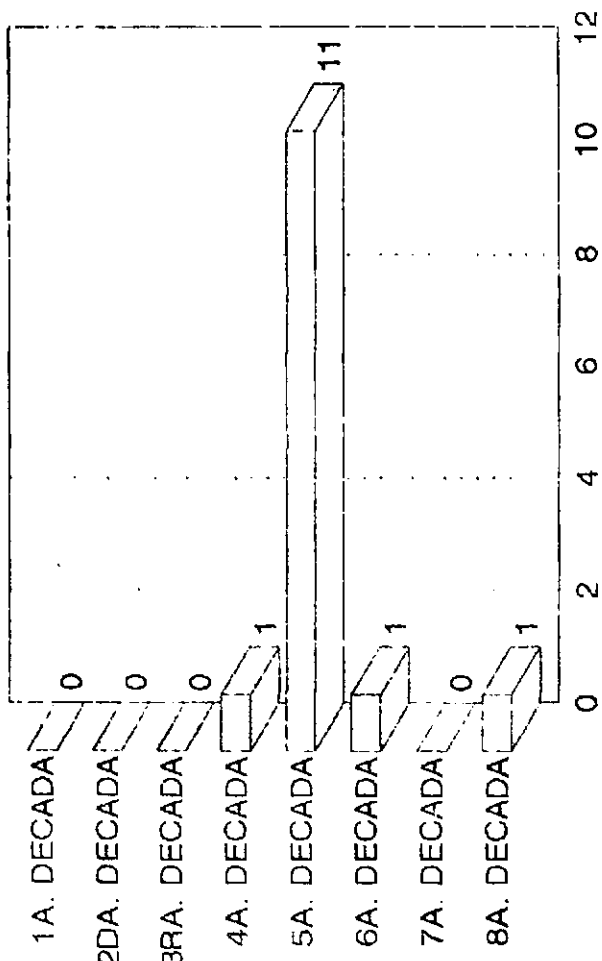
El nivel de significancia fue de "T" de 0.95 y con 14 grados de libertad, obteniéndose una "T" de 1.77, lo que es estadísticamente significativo.

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR SEXO



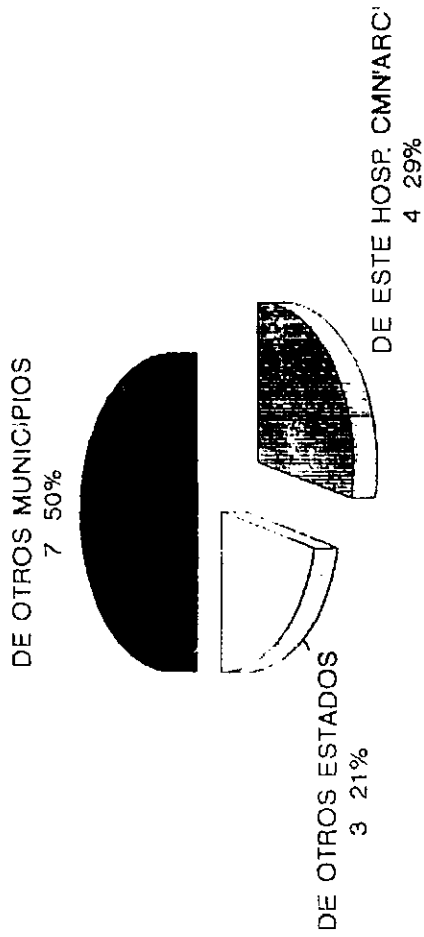
GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR DECADAS DE LA VIDA

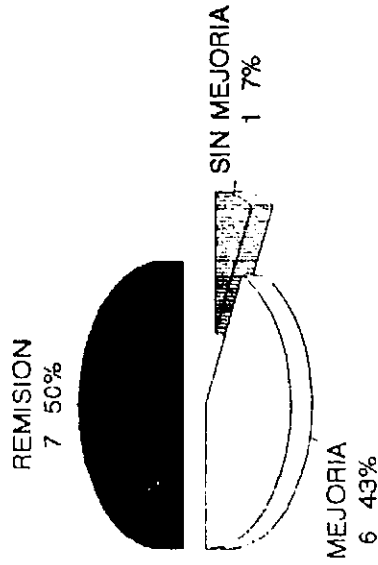


□ PACIENTES

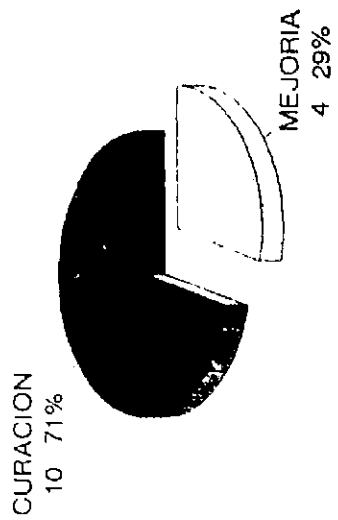
LUGAR DE ORIGEN DE LOS PACIENTES



EVOLUCION POSTOPERATORIA DE LOS SINTOMAS EN EL GRUPO CONTROL



EVOLUCION POSTOPERATORIA DE LOS SINTOMAS EN EL GRUPO EXPERIMENTAL



5.- CONCLUSIONES

- En la técnica quirúrgica de Dacriocistorrinostomía, la variante en la realización de la osteotomía manualmente , por vía etmoidal es más eficaz, que la realizada tradicionalmente .
- Se realiza con un menor grado de dificultad técnica.
- No requiere de un equipo quirúrgico especializado , como en la sierra de Stricker.
- No se modifica el índice de complicaciones, con cualquiera de las técnicas.

6.- COMENTARIO

En la Dacriostenosis adquirida que amerita tratamiento quirúrgico de Dacriocistorrinostomía, se puede variar la técnica de la osteotomía, realizándola manualmente a nivel etmoidal obteniendo un buen resultado funcional.

Como no es necesario equipo quirúrgico especial, esta técnica se puede aplicar en cualquier Hospital de 2º nivel que cuente con un equipo básico.

7.- RESUMEN.

Se estudiaron prospectivamente 14 pacientes con diagnóstico de Dacriostenosis adquirida, a quienes se les realizó la técnica quirúrgica de Dacriocistorrinostomía.

Se formaron dos grupos , de 7 pacientes cada uno. Al primer grupo, se le realizó la osteotomía tradicional (con sierra de Stricker) y al segundo grupo, se le realizó la osteotomía manualmente; con una pinza de punta roma (de Halsted) a nivel etmoidal . Se valoró la evolución de los síntomas, de epífora y acúmulo de secreción en ambos grupos. El primer grupo, presentó remisión de sus síntomas en el 49% de los pacientes. Presentaron mejoría el 44% ; y no presentó ningún cambio en los síntomas el 7% de los casos. En el segundo grupo, remitieron los síntomas en el 70%, y mejoraron el 30% de los pacientes.

Por lo anterior, se considera que el abordaje etmoidal para realizar la osteotomía en Dacriocistorrinostomía, es más eficaz , fácil de realizar, sin la necesidad de una sierra mecánica.

8.- B I B L I O G R A F I A

- 1 .- Kunavisarut,S. Phonglertnapagorn, S. Dacryocystorhinostomy at Ramathibodi Hospital. J. Med. Assoc. Thai. Vol;73,1990. p 47-52.
- 2 .- Zapala, J. et al.Lacrimal drainage system obstruction; management and results obtained in 70 patients.J. Craniomaxillofac. Surg. Vol;20,1992. p 178-83.
- 3 .- Meyers,AD. Hawes,MJ. Nasolacrimal obstruction after inferior meatus nasal antrostomy.Arch. Otolaryngol. Head,Neck. Surg. Vol; 117. 1991. p 208-11.
- 4 .- Blaylock,W.K. et al. Anterior ethmoid anatomy facilitates Dacryocystorhinostomy. Arch Ophthalmol. Vol;108,1990. p 1774-1777.
- 5 .- Goh-SH. et al. Results of dacryocystorhinostomy in Singapore. Ann Acad Med Singapore. Vol;18. p 234-7.
- 6 .- Harris, GJ. et al. Relaxed skin tension line incision for dacryocystorhinostomy. Am.J. Ophthalmol.Vol;108,1989. p 742- 43.
- 7 .- Dortzbach, R. Woog. JJ. Small incision techniques in ophthalmic plastic surgery. Ophthalmic Surg. Vol;21,1990. p 615-22.

- 8 .- Morlet, BC. A modern approach to lacrimal surgery. Aust.N.Z. J. Ophthalmol. Vol;16.1988. p 199-203.
- 9 .- Small, R. Reed,J. Bleeding during dacryocystorhinostomy: the importance of the suction cautery. Arch Ophthalmol. Vol;108. 1990. p 638-9.
- 10.- Kurihashi,K. Yamashita, A. Anatomical consideration for da - cryocystorhinostomy. Ophthalmologica. Vol;203. 1991. p1-7.
- 11.- Mauriello, JA. et al. Clinicopathologic study of lacrimal - sac and nasal mucosa in 44 patients whith complete acquired nasolacrimal duct obstruction. Ophthal. Plast. Reconstr.Surg. Vol;8. 1992. p 13-21.
- 12.- Purwitz,JJ. et al. Orbital hemorrhage during dacryocystorhi - nostomy. Can. J. Ophthalmol. Vol;27. 1992. p 139-42.
- 13.- Dresner,SC et al. Outpatient dacryocystorhinotomy.Ophthalmic Surg. Vol; 22. 1991. p 222-4.