



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org



Descripción de técnica quirúrgica

Dacriocistorrinostomía endoscópica transnasal Transnasal endoscopic dacryocystorhinostomy

Ricardo Jaraba Perez *, Pablo Vanegas Plata **

* Médico especialista en Otorrinolaringología/ UNAM. Hospital Ismael D. Rincón de Barrancabermeja, Santander, Colombia

** Médico especialista en oftalmología/UIS. Hospital Ismael D Rincón de Barrancabermeja, Santander, Colombia.

Forma de citar: Jaraba-Perez R, Vanegas-Plata P. Dacriocistorrinostomía endoscópica transnasal. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2017;45(4):267-270.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 07 de Abril de 2017

Evaluado: 04 de Junio de 2017

Aceptado: 13 de Agosto de 2017

Palabras clave (DeCS):

Dacriocistorrinostomía,
Enfermedades del Aparato Lagrimal,
Aparato Lagrimal.

RESUMEN

Desde hace muchos años la vía lagrimal la han compartido dos disciplinas: la otorrinolaringología y la oftalmología. Con el paso del tiempo se han desarrollado diferentes técnicas encaminadas al manejo de la patología de la vía nasolagrimal desde la tradicional vía externa hasta los procedimientos asistidos con Láser.

La DCR (dacriocistorrinostomía) endoscópica es al día de hoy el procedimiento ideal para el manejo de la insuficiencia y la estenosis de la vía lagrimal, derivado de traumas, dacriocistitis o disfunción de la vía nasolagrimal. Presentamos el reporte de nuestra experiencia en el manejo de estos trastornos en conjunto con el servicio de oftalmología en el Hospital de Ecopetrol de Barrancabermeja, dando especial relevancia a la técnica quirúrgica y a los resultados posoperatorios evitando la morbilidad de la dacriocistorrinostomía externa.

Correspondencia:

Ricardo Jaraba Perez

Correo electrónico: ricardojarabaperez@gmail.com

Hospital Ismael D. Rincón de Barrancabermeja, Santander, Colombia

Calle 48 # 22-77 piso 2/ Barrancabermeja Santander Colombia

ABSTRACT

Key words (MeSH):

Dacryocystorhinostomy,
Lacrimal Apparatus Diseases,
Lacrimal Apparatus

During long time, the lacrimal pathway has been studied and treated by two specialties. Otolaryngology and ophthalmology. As time has gone by, different techniques for treating the lacrimal pathway have been developed, such as the traditional external approach and the laser assisted procedures. Nowadays, endoscopic DCR (dacryocystorhinostomy) is the ideal procedure for treating the lacrimal pathway insufficiency and stenosis secondary to trauma, dacryocystitis or dysfunction of the nasolacrimal pathway. We report our experience in the management of these disorders with the Ecopetrol Hospital in Barrancabermeja's Ophthalmology service, giving special relevance to the surgical technique and the postoperative results avoiding the morbidity of the external dacryocystorhinostomy.

Introducción

Desde hace muchos años la vía lagrimal la han compartido dos disciplinas: la otorrinolaringología y la oftalmología. Con el paso del tiempo se han desarrollado diferentes técnicas encaminadas al manejo de la patología de la vía nasolagrimal desde la tradicional vía externa hasta los procedimientos asistidos con Láser. (1,2)

La primera referencia sobre abordaje endonasal se remonta a Caldwell en 1893. Sin embargo los primeros reportes en cuanto al uso de endoscopios fue en 1988 (Rice, Mc Donogh) (3,4).

La DCR (dacriocistorrinostomía) endoscópica es al día de hoy el procedimiento ideal para el manejo de la insuficiencia y la estenosis de la vía lagrimal, derivado de traumas, dacriocistitis o disfunción de la vía nasolagrimal (5).

Está indicada en aquellos pacientes en los cuales han fallado otras intervenciones no invasivas como los sondeos lagrimales, plastia de canaliculos y en quienes la dacriocistografía demuestre obstrucción funcional o estenosis.

Se muestra el reporte de nuestra experiencia en el manejo de estos trastornos en conjunto con el servicio de oftalmología en el Hospital de Ecopetrol de Barrancabermeja, dando especial relevancia a la técnica quirúrgica y los muy buenos resultados posoperatorios evitando la morbilidad de la dacriocistorrinostomía externa (6).

A todos los pacientes se les realizaron TAC de senos paranasales y dacriocistografía preoperatoria con evaluación oftalmológica y endoscopia nasal.

Materiales y métodos

Técnica quirúrgica:

El procedimiento consiste en realizar una neo vía lagrimal a través de la fosa nasal, sin la morbilidad de incisiones externas en piel, con sangrado mínimo y con técnica endoscópica, la cual permite una visualización amplia, magnificada y directa de la zona quirúrgica.

Primeramente se revisa la permeabilidad de los canaliculos lagrimales. Se identifica el primer plano de la endoscopia nasal utilizando lente de 0 y 30 grados: el margen del maxilar superior (Figura 1), por delante de la apófisis unciforme.



Figura 1. Identificación de la línea maxilar.

Es importante identificar claramente la inserción del cornete medio en la pared lateral. Se confecciona entonces un colgajo de la mucosa con base posterior de aproximadamente 1cm, (Figura 2) por delante de la axila del cornete medio para exponer el plano óseo, realizando osteotomía de la apófisis frontal del maxilar a nivel del hueso lagrimal. Es pertinente asegurar en éste paso la hemostasia para tener una visión clara y controlar el nivel del corte.



Figura 2. Colgajo mucoso anterior a la axila del cornete medio.

Cuando era difícil asegurar la localización y el trayecto del saco y del ducto, hemos utilizado una sonda de iluminación de retina calibre 23G conectada a otra fuente de luz y pasándola a través del punctum lagrimal lo cual permite ubicar fácilmente el sitio de la osteotomía.



Figura 3. Osteotomía a nivel de la cresta lagrimal.

Utilizamos cincel de 4mm, (Figura 3) retirando aproximadamente 1cm de hueso regularizando posteriormente los bordes con pinzas de Kerrison, hasta exponer el saco lagrimal el cual se incide longitudinalmente con bisturí oftalmológico de Crescent o bisturí número 11 en sentido longitudinal de la manera más amplia posible (Figura 4).



Figura 4. Incisión a nivel saco lagrimal.

Se comprueba permeabilización desde los canaliculos pasando primeramente el dilatador de Bowman (Figura 5), y finalmente los stents de Crawford (Figura 6), anudándolos dentro de la nariz utilizando medio de contraste radiopaco y violetina para facilitar el seguimiento, los cuales permanece-

rán en su sitio aproximadamente 8 semanas (Figura 7-8). La exposición amplia disminuye la posibilidad de reestenosis y por lo general no es necesario dejar taponamientos nasales. En algunos casos de DCR revisional hemos utilizado mitomicina C tópica diluida por 3 minutos a fin de disminuir el proceso inflamatorio alrededor de la osteotomía.



Figura 5. Dilatación de canaliculos lagrimales.



Figura 6. Recuperación del set de Crawford.

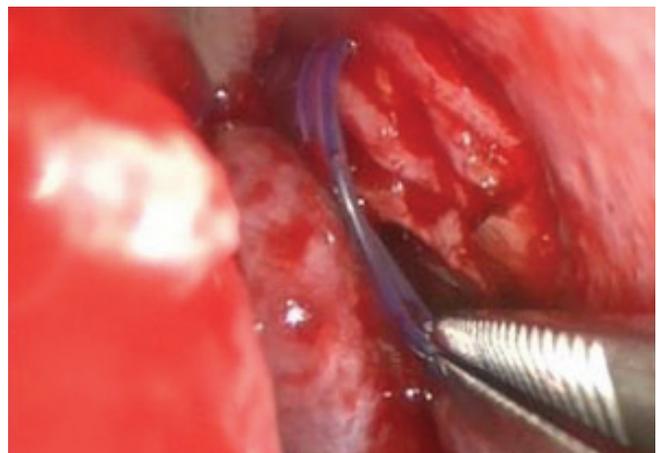


Figura 7. Aseguramiento del set para anudarlo, dentro de la cavidad nasal.



Figura 8. Posición final del stent a nivel de los canaliculos.

Por otro lado, es de anotar que existen revisiones en la literatura que informan resultados satisfactorios en pacientes a los que no se les colocó stents e incluso sugieren evitarlos (7); otros además proponen la escisión total de la pared medial del saco sin stents (8).

En nuestra curva de aprendizaje aún los seguimos utilizando, retirándolos alrededor de las 8 semanas cuando el proceso cicatrizal haya finalizado y cuando se haya asegurado la permanencia de la osteotomía.

Resultados

Las tasas de éxito presentadas para los procedimientos externo y endoscópico oscilan entre un 80% y un 95% respectivamente según los reportes a nivel mundial, sin una gran diferencia estadística entre las variaciones de los métodos utilizados (9). Sin embargo, no existe un consenso claro en la calificación de los resultados. Se destaca la vía endoscópica por la eficiencia en la localización anatómica, con una amplia exposición del proceso frontal del maxilar y la pared medial del saco lagrimal y la posibilidad de manejo de otras patologías nasosinusales y la ausencia de cicatriz facial (10). Desde el año 2005 hemos intervenido 23 pacientes (14 hombres y 9 mujeres). El número total de ojos fue 41 y el promedio de edad fue de 67.7 años con un seguimiento aproximado entre 6 y 12 meses.

Se realizó el procedimiento en 18 pacientes bilateralmente y en 5 en forma unilateral. Los resultados fueron evaluados en consideración de la ausencia de epifora y la permanencia de la rinostomia verificada en la endoscopia rígida de control. Se reporta mejoría en 20 pacientes, para un 86.9 %.

El porcentaje de fracaso fue de 13.04%, tres pacientes, y las complicaciones referidas como aparición de sinequias en tres casos y sangrado posquirúrgico en uno, el cual fue controlado fácilmente con taponamiento y cauterización con monopolar de los bordes del colgajo.

Conclusiones

La dacriocistorrinostomia es un procedimiento seguro con mínimas tasas de complicaciones, con preservación del mecanismo de bomba del sistema y con resultados muy alentadores que mejoran la calidad de vida de los pacientes con epifora que no responden a otras alternativas terapéuticas, evitando la morbilidad relacionada a la época pre endoscópica.

Las complicaciones más frecuentes son las mismas reportadas en la literatura mundial, consistentes en sinequias y casos aislados de reestenosis, los cuales fueron revisados quirúrgicamente realizando osteotomías ampliadas y nueva canalización con recolocación de stents de Crawford.

Se deben realizar curaciones y limpiezas endoscópicas frecuentes en el consultorio retirando las costras y detritus que se forman alrededor de la osteotomía, prescribiendo la humidificación nasal con solución salina casi a permanencia por dos meses y en algunos casos corticoides tópicos por la coexistencia de otras patologías asociadas.

Un valor de seguridad agregado, es el manejo multidisciplinario con nuestros colegas oftalmólogos quienes evalúan inicialmente a los pacientes y continúan su seguimiento.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Weber RK, Keerl R, Schaefer SD, Della-Rocca RC. Atlas of Lacrimal surgery. 1a Ed. Nueva York: Springer; 2007. 155 p.
2. Wormald PJ. Powered endoscopic dacryocystorhinostomy. *Laryngoscope*. 2002; 112(1):69-72.
3. Masegur-Solench H, Trias-Mis E, Ademà Alcover JM. Dacriocistorrinostomia endoscópica: técnica modificada. *Acta Otorrinolaringol Esp* [Internet]. 2002 [Consultado 2017 Mayo 8];53:463-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-dacriocistorrinostomia-endoscopica-tecnica-modificada-S0001651902783386> doi: 10.1016/S0001-6519(02)78338-6.
4. McDonogh M, Meiring JH. Endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy. *J Laryngol Otol*. 1989;103(6):585-7.
5. Kingdom TT, Durairaj VD. Endoscopic dacryocystorhinostomy. *Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;17(1):43-48.
6. Ayala-Barroso E, Medel-Jiménez R, González-Candial M. Dacryocystorhinostomy: external, endonasal or endocanalicular? *Arch Soc Canar Oftal*. 2006;17:35-42
7. Pittore B, Tan N, Salis G, Brennan PA, Puxeddu R. Endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy without stenting: results in 64 consecutive procedures. *Acta otorhinolaryngol Ital*. 2010;30(6):294-298.
8. De Souza C, Nissar J. Experience with endoscopic dacryocystorhinostomy using four methods. *Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2010 [Consultado 2017 Mayo 8];142(3):389-93. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1016/j.otohns.2009.12.031> doi: 10.1016/j.otohns.2009.12.031.
9. Masegur H, Trias E, Ademà JM. Endoscopic dacryocystorhinostomy: modified technique. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;130(1):39-46.
10. García-Sandoval B, Toledano-Fernández N, Plaza-Mayor G. Capítulo 13: Dacriocistorrinostomia endoscópica intranasal. Indicaciones, técnica, complicaciones y resultados. [Internet]. Madrid: Hospital Fundación Alcorcón; [citado 2017 Abr 13]; p. 85-91. Disponible en: http://www.ofthalmoseoformacion.com/wp-ofthalmoseo/documentacion/cap_13_dacriocistorrinostomia_endoscopica_intranasal.pdf