

DACRIOCISTITIS CONGÉNITA OBSTRUCCIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA LAGRIMAL

*Dr. Ciro Germán Alavia Marín; **Dr. Javier Caballero R.
*Médico Oftalmólogo Hospital Otorrino-Oftalmológico CNS.; **Medico Familiar CNS

DEFINICIÓN

La palabra dacriocistitis proviene del griego dacrios=lágrima y cistos=saco o vesícula, es la infección-inflamación del saco lagrimal producida generalmente por estafilococos. Aparece como una tumoración eritematosa en el canto interno, muy dolorosa a la palpación, que se acompaña de secreción mucopurulenta.



Obstrucción congénita del conducto nasolagrimal que produce una dacriocistitis en un lactante.

EPIDEMIOLOGÍA

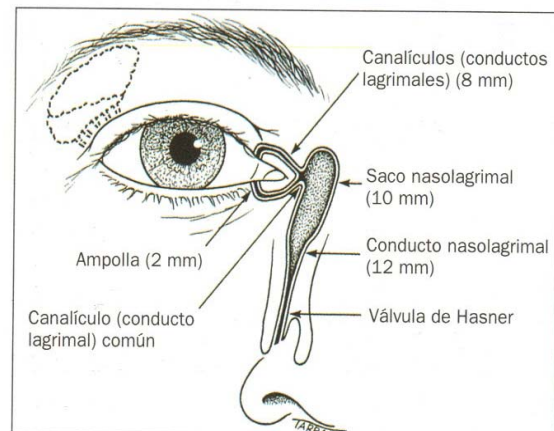
La obstrucción del conducto nasolagrimal en los recién nacidos se presenta aproximadamente hasta un 30 % de los cuáles gracias a las medidas sencillas que se pueden realizar, como es el masaje, esto va cediendo hasta un 90 % en los primeros meses de vida.

ETIOPATOGENÍA

Comienza a las 6 semanas de gestación a partir del ectodermo superficial y se completa con la canalización de los conductos hacia el cuarto mes de gestación. Las anomalías pueden deberse, a un fallo en la inducción del ectodermo superficial, que se traducirá clínicamente en una agenesia o

atresia, un fallo en la migración del ectodermo con formación de estructuras anómalas o duplicaciones y, por último, un fallo en la canalización de los conductos, que es sin duda el más frecuente.

Las obstrucciones o estenosis de los puntos y canaliculos son raras. Las obstrucciones del resto de la vía lagrimal pueden ocurrir a cualquier nivel: saco lagrimal, unión del saco con el conducto nasolagrimal, conducto nasolagrimal y unión del conducto con la fosa nasal pero las más frecuentes son producidas por membranas imperforadas en la desembocadura de la vía lagrimal en la fosa nasal donde se encuentran las Válvulas de Hasner.



Anatomía del sistema lagrimal de drenado.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Los signos y síntomas pueden aparecer desde la 2da o 3ra semana de nacimiento donde la producción de lágrima es recién total.

Los síntomas más característicos son:

- 1.- Lagrimeo - que presenta el recién nacido al estar expuesto mas que todo al viento, al frío o a la luz del sol.
- 2.-Dermatitis - palpebral, por presentar exposición constante a la humedad de la lágrima.
- 3.- Secreción mucopurulenta - el lactante despierta con las pestañas pegadas.

4.- Reflujo - la expresión del saco lagrimal puede producir un reflujo de secreción mucosa o mucopurulenta por los puntos lagrimales.

5.- Conjuntivitis, el paciente presenta secreciones mucopurulentas abundantes, hiperemia conjuntival y molestias oculares crónicas y generalmente en un solo ojo.

6.- En etapas agudas de esta patología se puede observar hiperemia con formación de abscesos a nivel de saco lagrimal, acompañado de fiebre, donde se debe realizar su respectivo drenaje.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Entre los exámenes más conocidos y útiles podemos mencionar:

- El Test de aclaramiento de fluoresceína utilizando una luz azul cobalto.
- El Test de Jones modificado con fluoresceína.
- La Irrigación, que se realiza con solución fisiológica.
- La Dacriocistografía con contraste.
- La endoscopia nasal.
- En pacientes pediátricos, y para un diagnóstico precoz es muy importante recordar 3 signos clínicos de: Epífora, secreción y tumoración en el ángulo interno.
- Todos estos exámenes y otros, se realizan de acuerdo a la necesidad que, el caso clínico amerite para su mejor diagnóstico.
- Una vez detectada la dacriocistitis es muy importante inmediatamente tomar medidas e iniciar el tratamiento, dependiendo mucho de la edad que el paciente presenta.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es muy importante realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías oculares como el glaucoma congénito, distiquiasis, entropión, erosión corneal, cuerpo extraño, queratitis, dermoide congénito en ángulo interno y estenosis del punto lagrimal. A todas estas patologías mencionadas lo que les diferencia de una dacriocistitis es la ausencia de secreción mucopurulenta crónica en su sintomatología.

TRATAMIENTO

Existen dos tipos de tratamiento:

a.- Tratamiento conservador.

Consiste en la aplicación de masaje sobre el saco. La técnica del masaje de Crigler parece ser

la más efectiva: se coloca un dedo o cotonete sobre el canto interno taponando el punto lagrimal para evitar el reflujo y después se hace presión sobre el saco y hacia abajo; de este modo aumenta la presión dentro del saco, pudiendo entonces romper las membranas distales. Posterior a esto y previa limpieza se aplica recién un antibiótico tópico con preferencia la tobramicina. Este masaje se puede realizar 3 veces al día.

Vale la pena hacer notar que en un buen porcentaje de pacientes, la dacriocistitis puede ceder espontáneamente en los primeros 6 meses de vida.

b.- Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico se inicia comenzando por el menos invasivo:

El sondaje e irrigación de la vía lagrimal. La controversia existe en cuanto a la edad en que esto debe realizarse.

Personalmente y en compartimiento con algunos autores consideramos lo más adecuado realizarlo este procedimiento quirúrgico entre los 3 meses hasta el primer año de edad. Considerando que la resolución espontánea a partir del primer año es poco frecuente, y que el sondaje en los primeros meses de vida es más sencillo de realizar; ya que, puede hacerse en la consulta, sujetando al niño, sin necesidad de someterlo a una anestesia general, cosa que sí debe hacerse a partir de los 12 meses de vida.

Vale aclarar que esto no es una indicación necesaria, ya que pasado el primer año de vida se puede realizar la misma manipulación en casos indicados.

Ahora bien si observamos que no existe mejoría tras un sondaje repetido, obliga a la realización de otro procedimiento quirúrgico que sería la intubación bicanalículo-nasal, consiste en pasar a través de ambos puntos lagrimales y por la vía lagrimal, una sonda metálica a la que va unida la silicona, hasta la fosa nasal donde se anuda.

En un mínimo porcentaje de niños en los que falla la intubación con silicona, se realiza una dacriocistorrinostomía, que consiste en la creación de una anastomosis entre la pared medial del saco lagrimal y la mucosa nasal mediante una osteotomía realizada en la pared

nasal lateral a la altura del cornete medio, este procedimiento se realiza bajo anestesia general.



Canulación o sondaje de las vías lagrimales tras anestesia por instilación.

Para finalizar decir que es muy importante tratar de diagnosticar esta patología a tiempo, ya que en muchos casos se ha observado tratamientos prolongados con diferentes antibióticos tópicos y remitidos a oftalmología solamente en etapas tardías, donde pese al tratamiento conservador o quirúrgico no siempre lograremos obtener óptimos resultados como en los primeros meses de vida del recién nacido.

REFERENCIAS

1. Cook HL, Olver JM. Dacryocystectomy as treatment of chronic dacryocystitis in a frail, Elderly patient. *Eye*, Mar 2004. Vol.18 Issue 3. p. 334 – 336.
2. Danilicheva BF. *Oftalmología Contemporánea*. 1ra ed. San Peterburgo (Rusia): Ediciones Piter; 2000. p. 410,411-413.
3. Eroshevskogo TI, Bochkarevov AA. *Enfermedades de Ojos*. 2da ed. Moscú: Ediciones Medicina; 1983. p.187.
4. Gold D, Lewis A. *Oftalmología*. ed. Original. Madrid (España): Ediciones Marbán; 2005. p. 958.
5. Hollwich F. *Atlas de Oftalmología*. 2da ed. Barcelona (España): Ediciones Salvat; 1989. p. 41,42,43.
6. Kanski J. *Oftalmología Clínica*. 4ta ed. Madrid (España): Ediciones Harcourt; 2001. p. 40-47.
7. Kovalevski EI. *Enfermedades Pediátricas de Ojos*. 2da ed. Moscú: Ediciones Medicina; 1980. p. 179-182.
8. Peterson RA, Roob RM. The natural course of congenital obstruction of the nasolacrimal duct. *J Pediatr Ophthalmol Strab*. 1986. 15: p. 246-250.
9. Toledano FN. Manejo actual de las obstrucciones del conducto nasolagrimal. Comunicación Solicitada en: 77 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología. Barcelona: 2001. p. 1-110.
10. Vaughan D, Asbury T. *Oftalmología General*. 12a ed. México, D.F: Ediciones El manual Moderno; 2000; p. 98,99.

CRITERIOS DE TRANSFERENCIA O INTERNACIÓN

Los criterios de transferencia por parte del médico al Servicio de Oftalmología, se debe realizar directamente a un hospital de 3er nivel, porque es muy importante tomar en cuenta la norma: Si el paciente es tratado en los primeros meses de vida, el resultado del procedimiento quirúrgico será más exitoso.

Ahora bien, es muy importante tomar en cuenta un retraso de tres semanas desde el nacimiento, para la formación completa del conducto; pero a partir de los tres meses de edad se considera patológico lo cual es el momento oportuno donde se indique la transferencia al Oftalmólogo.

Pasada esta edad es necesario basarnos en la sintomatología como son las conjuntivitis recurrentes, la epífora persistente con secreción mucopurulenta o tumoración en ángulo interno que es unilateral, que son también signos determinantes para una transferencia inmediata al Oftalmólogo y poder realizar su tratamiento quirúrgico oportuno.

El procedimiento quirúrgico generalmente se realiza en forma ambulatoria, excepto los casos avanzados donde sea necesario realizar una dacriocistitostomía y su control respectivo intrahospitalario post cirugía.