

DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDOSCÓPICA, BUSCANDO MEJORES RESULTADOS

Andrés Rosenblit R.

Cuando hace 5 años iniciamos nuestra experiencia con la técnica de Dacriocistorrinostomía endoscópica (DCR), los principales desafíos eran conseguir buenos resultados¹ (similares a los obtenidos por los oftalmólogos con la técnica abierta) y evitar complicaciones, para esto nos propusimos seguir la técnica descrita por Metson², reseccando una porción de mucosa nasal de aproximadamente 1 cm de diámetro sobre el saco y eliminar la pared ósea con el motor de fresado otológico.

Si bien nuestros objetivos iniciales se cumplieron y no tuvimos complicaciones, en un porcentaje alto de nuestros pacientes, 25% la técnica fallaba³. Principalmente por las abundantes granulaciones y adherencias que se producían en la zona operatoria; con el objeto de superar este problema fuimos modificando nuestra técnica.

Lo primero fue efectuar un colgajo sin resear mucosa nasal, el que luego de abierto el saco se repomía en su lugar evitando dejar zonas de hueso expuestas. Evitar el uso de electrobisturí para efectuar las incisiones sobre la mucosa nasal.

Otra modificación que nos ha dado buenos resultados es ser cuidadosos en la resección de la pared medial del saco, para lo cual usamos el instrumental de cirugía otológica, el que nos permite actuar con mucha mayor delicadeza.

Por último y sin lugar a dudas el cambio en la técnica que más ha modificado los resultados ha sido no usar el motor para efectuar la abertura de la pared ósea y usar en su lugar el escoplo, con lo que hemos logrado reducir en forma significativa el tiempo operatorio y evitar casi por completo las granulaciones.

Con estas simples medidas hemos logrado cambiar los resultados de nuestra cirugía. Ofreciéndoles a los pacientes en la actualidad alrededor de un 90% de posibilidades de éxito.

OBJETIVOS

Comparar el resultado de DCR en dos grupos de pacientes.

El grupo N°1 operado con resección de mucosa nasal, abertura de la pared medial del saco en forma parcial y uso de motor de oído.

El grupo N°2 operado con conservación de la mucosa nasal, resección total de la pared medial del saco y uso de escoplo para abrir la pared ósea.

Material y pacientes

Grupo N°1

46 pacientes que consultaron en el servicio de oftalmología del Hospital Sótero del Río desde marzo a noviembre de 1995, 5 hombres y 41 mujeres cuyas edades fluctuaron entre 50 y 70 años con un promedio de 47 años, los 46 presentaban epifora y 28 referían además episodios de dacriocistitis recurrente.

Grupo N°2

— 22 pacientes que consultaron en el servicio de oftalmología del Hospital Sótero del Río desde mayo a agosto de 1999, 5 hombres y 19 mujeres, cuyas edades fluctuaron entre 38 y 65 años con un promedio de 54 años, los 22 pacientes presentaban epifora y 8 además referían episodios de dacriocistitis recurrente.

Ambos grupos fueron operados en forma ambulatoria, por el mismo cirujano, con una técnica quirúrgica similar, con la excepción de:

En el grupo N°1 se reseco el colgajo de mucosa nasal, usando electrobisturí para efectuar las incisiones; se abrió la pared ósea con el uso de una fresa de oído y se reseco la pared medial del saco en forma parcial.

En el grupo N°2 no se reseco la mucosa nasal, la que luego de ser elevada en forma de colgajo se repuso sobre la zona operada, no se utilizó el electrobisturí, para la abertura del saco lagrimal se utilizó el instrumental de cirugía otológica, reseccando la pared medial del saco en su totalidad y la abertura de la pared ósea se efectuó con escoplo de 4 mm.