

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

VÍAS LAGRIMALES

10

Dacriocistectomía

Cristina Niño Rueda



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

La dacriocistectomía es la extirpación quirúrgica del saco lagrimal. Supone alrededor de un 15% de las cirugías de vías lagrimales.



Figura 1: Protrusión del saco en DCA.



Figura 2: Drenaje del contenido purulento en DCA.

INDICACIONES (1,3,4)

- Dacriocistitis aguda (DCA) (figs. 1 y 2).
 - Tras el fracaso de tratamiento médico antibiótico.
 - DCA recidivantes.
- Dacriocistitis crónica (DCC): Ante una epifora, se preferirá realizar una técnica quirúrgica que restablezca la función de drenaje de la vía lagrimal. Sin embargo, existen condiciones en que la actuación irá dirigida a extirpar la causa de obstrucción de la vía lagrimal posponiendo a un segundo tiempo quirúrgico la recuperación funcional.
- Dacriocistitis crónica infectada en pacientes con:
 - Mal estado general / añosos/ no colaboradores (5).
 - Riesgo quirúrgico-anestésico alto (HTA no controlada, coagulopatías, cardiopatía severa, patología pulmonar grave, anticoagulación, ...).
- Alta sospecha de fracaso de una dacriocistorrinostomía:
 - Malformaciones anatómicas del conducto nasolagrimal (7) o de la fosa nasal.
 - Desviación de tabique nasal, cirugías previas importantes sobre fosa nasal...
 - Cicatrización alterada: Enfermedad mucosinequante, cicatrización queiloidea...
 - Sinequias y estenosis fibróticas del saco: suelen ser secundarios a múltiples DCA y dacriocistorrinostomías (DCR) previas fracasadas (6).
- Necesidad de cirugía urgente por patología concomitante del ojo adelfo: úlcera corneal, queratitis infecciosa, peligro de endoftalmítis por contaminación a través de vía de entrada quirúrgica en cirugías oculares recientes...

- Fístulas externas secundarias a DCA previas.
- DCA en el contexto de ojo seco severo.
- Rechazo por parte del paciente de una dacriocistorrinostomía.
- Dacriocistitis con alta sospecha de posible lesión neoplásica para estudio anatomopatológico del saco lagrimal. (En este caso se pedirán pruebas de imagen previas y se recogerán muestras de tejido circundante).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Existen dos vías de abordaje: externa-transcutánea e interna-intranasal.

Dacriocistectomía externa

Cobertura antibiótica en caso de DCA.

Tras haber enfriado el proceso infeccioso subyacente con tratamiento antibiótico, se programa la cirugía. Asimismo, durante la cirugía se puede administrar un antibiótico i.v. (amoxicilina-clavulánico/ cefazolina/ ...), y, según el caso, puede mantenerse v.o. durante el postoperatorio temprano.

Anestesia.

La dacriocistectomía puede ser realizada en ausencia de sedación. Pese a ello, según las condiciones clínicas del paciente y su grado de ansiedad, el anestesista podrá administrar drogas para favorecer la colaboración.

En la anestesia loco-regional se pueden combinar varios fármacos. En nuestro centro (Hospital Clínico San Carlos de Madrid) realizamos una combinación consistente en:

- Lavado de jeringa con Adrenalina 1mg/ml: opcional, teniendo en cuenta la patología de base del paciente. Quedará una concentración aproximada de adrenalina de 1:10000. El objetivo de la vasoconstricción es evitar el sangrado y disminuir el efecto lavado de la anestesia local.
- Lidocaína 2%: 1,5 ml.
- Lidocaína 5%: 1,5ml (alarga el tiempo de anestesia).
- Fentanest: 1ml (profundiza el efecto anestésico).
- Glucosmon: 1 ml (facilita la difusión de los anestésicos en ambiente séptico).
- Bicarbonato:1 ml (realiza un efecto tampón en ambiente traumático acidótico).

Inyección: 3 puntos de anestesia, con aguja de insulina 27G:

- Nervio infratroclear (fig. 3): 2 ml. (Este punto de anestesia puede ser sustituido por el punto supratroclear, aunque existe un mayor riesgo de ptosis yatrógena en caso de hemorragia retrobulbar a ese nivel).
- Nervio infraorbitario: 2 ml.
- Inyección subcutánea local: en el área donde se vaya a realizar la incisión cutánea; se inyecta con precaución de no perforar el saco intumesciente.

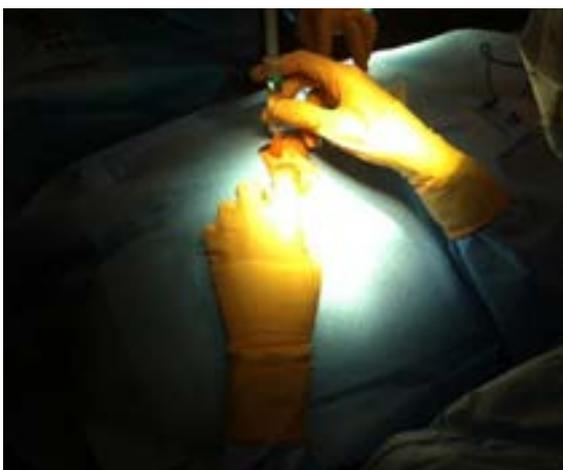


Figura 3: Anestesia área nasociliar.



Figura 4: Incisión arciforme.

Técnica quirúrgica

Incisión cutánea oblicua / arciforme- «en J» en área nasociliar (fig. 4), siguiendo la dirección de las líneas de tracción. En ocasiones la incisión debe realizarse discretamente desplazada hacia medial para evitar lesionar el saco dilatado.

- Disección roma de orbicular y delimitación del ligamento cantal interno (fig. 5).
- Sección del ligamento cantal interno (se puede dejar una sutura de identificación en el extremo lateral del ligamento para su posterior reposición).
- Delimitación del saco (fig. 6) y posibles zonas de extensión (fístulas y proyecciones).
- Puede ser útil el empleo de sustancias que tras sringarse a través del punto lagrimal, facilitan la localización del saco (azul trypan, fluoresceína o viscoelástico (8)).
- El saco intumesciente permitirá una mejor identificación de sus límites; en caso de rotura de saco, se aconseja aspirar el contenido purulento (se puede tomar una muestra para examen microbiológico), y posteriormente lavar abundantemente la zona con betadine diluído y suero.
- Extirpación del saco (fig. 7), procurando incluir todas sus posibles proyecciones, así como la mayor parte de canalículo propio y conducto nasolagrimal accesible. En un 10% de pacientes, los canalículos propios penetran en el saco directamente, no existiendo canalículo común (2). Por otro lado, existen canalículos comunes que presentan una dilatación (seno de Maier) a su entrada en el saco. Por estas razones, resulta conveniente seccionar a nivel de los canalículos propios, para evitar posibilidad de infección en fondos de saco ciegos residuales.
- Cauterización del remanente de canalículos (fig. 8) y conducto nasolagrimal, para obliterar los muñones y evitar nuevas infecciones. Se identifican fácilmente con el punzón dilatador.
- Desbridamiento y curetaje de trayectos fistulosos, reavivando los márgenes de la fístula previo a su cierre.

- Revisión de la pieza quirúrgica buscando la integridad del saco lagrimal. En caso de algún área sospechosa de displasia, se marcará la pieza con suturas indicando las referencias anatómicas al histopatólogo (10-13).
- Reinserción del ligamento cantal interno (Vycril 5/0).
- Cierre cutáneo (Ethylon 6/0). En plano cutáneo se prefiere un monofilamento de material acrílico para evitar cicatrices hipertróficas, sin embargo, si el paciente presenta un estado de salud precario o es poco colaborador, puede realizarse con Vicryl 5/0 o 6/0 a nivel intradérmico para evitar la retirada de sutura en consulta.



Figura 5: Disección y aislamiento del tendón.

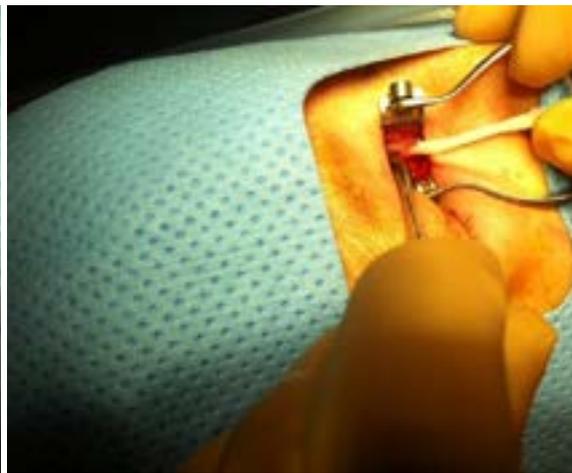


Figura 6: Disección roma del saco lagrimal cantal interno; subyacente, protruye el saco lagrimal.

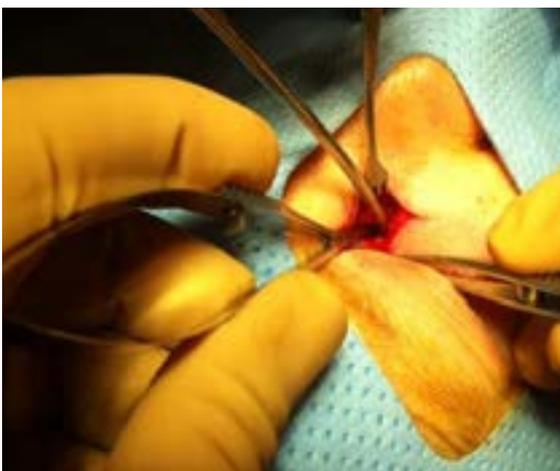


Figura 7: Sección de canaliculos y el conducto nasolagrimal.



Figura 8: Localización de muñones canaliculares.

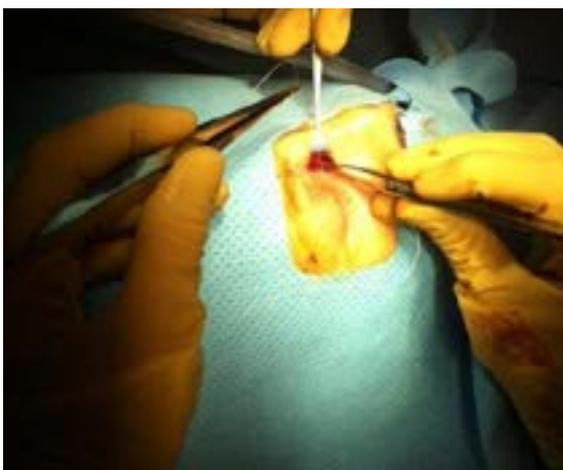


Figura 9: Reposición del tendón cantal.



Figura 10: Sutura cutánea.

COMPLICACIONES

Intraquirúrgicas

Hemorragia: puede deberse a laceración de vasos angulares, o a la congestión vascular de todo el tejido infectado-inflamado. Se deberá evitar en lo posible maniobras lacerantes. Se realizan maniobras para mantener buena hemostasia mediante presión local, cauterización, vasoconstricción con adrenalina tópica diluída y con estrecho control de la TA, aplicación de antifibrinolíticos (amchafibrin®), hemostáticos (espongostán®, surgicel®...). Emplear tiempo en conseguir una buena hemostasia facilitará la identificación de tejidos y la obtención de un resultado óptimo de la cirugía.

Postquirúrgicas

- Epífora: es la complicación implícita tras la realización de esta técnica quirúrgica, pero que, en ocasiones, el paciente refiere como intolerable. En ese caso se pondrá una conjuntivorinostomia con tubo de Jones en un segundo tiempo para repermeabilizar el trayecto a fosa nasal.
- Recidiva de la dacriocistitis: suele deberse a extirpación incompleta de posibles extensiones del saco infectado, o a falta de obliteración de los remanentes de canaliculos. Se pauta tratamiento antibiótico y se programa la cirugía para extirpación completa de cualquier tejido remanente.
- Infección de la herida, celulitis preseptal: Se trata con tratamiento antibiótico y se valora posible desbridamiento posterior.
- Dehiscencia de sutura: se tratará en el quirófano refrescando los márgenes de la herida y suturando de nuevo. Si hubiese una pérdida de sustancia tal que no permitiese un cierre directo, se recurriría a colgajos / injertos cutáneos.

- Cicatrización anómala, queloides, retracciones cutáneas, pliegues cutáneos traccionales...que se trataran con corticoides tópicos, intralesionales depot, o plastias quirúrgicas.
- Malposición palpebral: es más frecuente el ectropión y descenso del párpado inferior que el entropión. Se debe a una desinserción del ligamento cantal interno. Se trata con una cirugía de reinserción cantal.

DACRIOCISTECTOMÍA INTERNA (9)

Si bien se evita la incisión cutánea, esta técnica precisa de una osteotomía para tener acceso al saco lagrimal, y dicho saco tendría que ser extirpado en fragmentos, puesto que la ventana quirúrgica es pequeña. Estas circunstancias convierten al acceso intranasal en más cruento y con mayor tasa de complicaciones, por lo que no suele realizarse salvo en casos muy determinados.

RESUMEN

- **Dacriocistectomía: extirpación del saco lagrimal**, por lo que el paciente queda con **epífora** residual.
- Suele indicarse en **dacriocistitis agudas** a pacientes con **mal estado general y elevado riesgo quirúrgico**, casos de **mal pronóstico de DCR**, o sospecha de **neoplasia**.
- Se debe enviar la pieza quirúrgica a estudio por **anatomía patológica**.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Hermida F, Berasategui Fernández B. Dacriología aplicada: Dacriocistectomía. SECTPOO. Ed: MacLine SL. 2018; 16: 201-207.
- Soares EJC, Moura EM, Gonçalves JO. Cirurgia Plástica Ocular. Conselho Brasileiro de Oftalmologia: Anatomía Cirúrgica da Órbita. Ed: Roca.1997; 1:1-23.
- Matayoshi S, Van Baak, Cozac A, et al. Dacryocystectomy: indications and results. Orbit 2004. Sep;23(3):169-73.
- Ali MJ. Dacryocystectomy: goals, indications, techniques and complications. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 2014. Nov-Dec;30(6):512-6.
- Meireles MN, Viveiros MM, Meneghin RL et al. Dacryocystectomy as a treatment of chronic dacryocystitis in the elderly. Orbit 2017 Dec;36(6):419-421.
- Varghese CM, Varghese MM, Syed KA, Paul RR. Dacryocystectomy: an uncommon indication- a case report. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014 Jan;78(1):139-41.
- Gupta H, Kane S, Balasubramanian V. Bilateral dacryoceles associated with bilateral alacrimia with punctual and canalicular agenesis. Saudi J Ophthalmol. 2020 May 14;20(1):191.
- Baddeley PA, Lewis GD, Lane CM. A novel technique to facilitate dacryocystectomy using viscoelastic substances. Orbit.2011 Jun;30(3):158-9.

10. Dacriocistectomía

Cristina Niño Rueda

- Shanus PN, Selva D. An endoscopic endonasal approach to dacryocystectomy. *Orbit* 2013 Apr;32(2):134-6.
- Dsouza S, Kamath GM, Kamath AR, et al. Botryomycosis: A surprising revelation in the lacrimal sac. *Orbit*. 2018 Jun;37(3):212-214.
- Motsuo T, Tanaka T, Yamasaki O. Lacrimal sac malignant melanoma | 5 japanese patients: case report and literature review. *J Investig Med High Impact Case Rep* Jan-Dec 2019; 7:2324709619888052.
- Rao R, Honavar SG, de Padua M, et al. Melanorrhea: Noncontiguous spread of palpebral conjunctival melanoma to the nasolacrimal duct. *Indian J Ophthalmol*. 2018 Feb;66(2):302-303.
- Mulay K, Nair A, Honavar SG. Occult oncocytoma of the lacrimal sal. *Saudi J Ophthalmol*. 2014 Jan;28(1):76-8.