

NUESTRA EXPERIENCIA DESPUES DE 2.000 DACRIOCISTORRINOSTOMIAS

Por J. BRZEZINSKI*



RESUMEN ESPAÑOL: Nuestra experiencia después de 2.000 Dacriocistorrinostomias. Se exponen diversos criterios quirúrgicos sobre las dacriocistorrinostomias, en base a una experiencia de 2.000 casos intervenidos.

RÉSUMÉ FRANÇAIS: Notre expérience après 2.000 Dacryocystorhinostomies. On expose les différents critères chirurgicaux concernant la dacryocystorhinostomies, fondés sur une expérience de 2.000 interventions.

ENGLISH SUMMARY: Our experience after 2.000 Dacryocystorhinostomies. Various surgical criterions are presented on dacryocystorhinostomies, based on the experience of 2.000 cases operated on.

Hemos podido llegar a esta cifra gracias al caudal de pacientes del Hospital y a tener orientados a los enfermos con patología lagrimal en un Servicio, sumados a los de la actividad privada. La Dacriocistorrinostomía (D.C.R.) es la operación más frecuente en nuestra patología.

Hoy en día se ha simplificado, mejorado y acelerado mucho la intervención con buenos separadores, aspiración, legra aspiradora, frontoluz con espejo angular y electrocoagulador.

En caso de dificultad en la penetración inicial ósea, usamos el trépano con perno retractil.

EXAMEN PRE-QUIRURGICO

Se exige:

Autorización del médico clínico para la intervención.

Estudio clínico de la vía: Del punto lagrimal en cuanto a su tamaño y ubicación.

Verificación de la permeabilidad del canalículo.

Dacriocistografía: Nos brinda información sobre el tamaño y ubicación del saco lagrimal. Un saco de gran tamaño y próximo al tejido óseo es de buen pronóstico quirúrgico.

ANESTESIA

Preferimos la anestesia general. Aún así infiltramos localmente anestésico con epinefrina, en menor cantidad que si la intervención fuese solo con anestesia lo-

cal, con lo cual obtenemos una mejor hemostasia.

TECNICA QUIRURGICA

Mejora el pronóstico el efectuar una amplia osteotomía ubicada frente al saco lagrimal.

Recomendamos la sutura de ambos planos (pituitaria nasal y saco lagrimal).

COMPLICACIONES:

*SUPURACIONES:

Ultimamente hemos tenido muy pocos casos debido a que los puntos profundos los efectuamos con material reabsorbible. En caso de supurar cede pasado algún tiempo. En cambio, cuando usábamos otros materiales no reabsorbibles y se producía una supuración, solo se resolvía al extraer dichos puntos.

En ambos casos dejamos un drenaje por unos días. Teniendo en cuenta esta complicación, colocamos puntos separados en piel.

*OBSTRUCCION POSTQUIRURGICA

Cuando ello sucede podemos intentar una reoperación efectuando una intervención de ARRUGA, y si fracasa y la epífora resulta muy molesta, no nos queda otra alternativa que el tubo de JONES.

***HEMORRAGIAS:**

Hay casos descritos en la bibliografía de óbito, felizmente no nos ha tocado.

Cuando sangran después del cuarto o quinto día y la hemorragia es muy profusa, como primera medida se los debe internar efectuándoles taponaje anterior, posterior, coagulantes y transfusiones si el caso lo requiere, y en última instancia realizar ligadura de la arteria maxilar y de la carótida externa.

D.C.R. EN EL NIÑO

A pesar de ser un campo quirúrgico más reducido, no nos dá mayor trabajo la

intervención y usamos prácticamente el mismo instrumental, salvo la pinza más pequeña de Kerrison.

La criatura más pequeña que hemos intervenido fue de 2 años de edad.

No produce alteraciones de asimetría facial por extirpar posibles centros de osificación con la osteotomía.

Para terminar, en general, podemos decir que en las D.C.R., en los casos en que después de hacer un estudio previo pensamos que existe un buen pronóstico, tenemos un éxito aproximado del 90%, con lo que que coincidimos con las estadísticas presentadas por los doctores Arruga, Castroviejo y Picó.

*Jefe del Servicio de Vías Lagrimales del Hospital Santa Lucia. Buenos Aires. Argentina.