

Intubación lagrimal en casos complicados

Lacrimal intubation in complicated cases

Estimado director:

Nos gustaría felicitar a nuestros compañeros Dres. Junceda, Dos Santos y Suárez por su magnífico artículo: «Técnica de doble intubación para el tratamiento de la epífora en casos complicados» (1).

En base a ese trabajo desearíamos hacerles la siguiente sugerencia:

Sería muy interesante y les animamos a realizar un estudio comparativo entre un grupo con intubación mantenida durante más de 3 meses y el ya realizado.

El estudio y observación endoscópica de la nueva osteotomía y mucosa circundante nos ha mostrado cuatro fases en su cicatrización: mucosidad, costras, linfática y mesenquimatosa. Éstas se desarrollan en un período superior a los 3 meses.

Gonzalvo et al en su estudio con TAC helicoidal en las dacriocistorrinostomías externas observa que el cierre de la osteotomía sustrayendo el tejido circundante, es más intenso durante los tres primeros meses (2).

La mayoría de los fracasos se producen en los cuatro primeros meses tras la cirugía. El momento de inicio del cierre de la osteotomía se ocasiona a las 7,5 semanas de media (rango: 2-14 semanas).

Adenis incluye como factor pronóstico mantener los tubos más de 3 meses (3).

Si bien este último estudio se refiere a la DCR endoscópica donde la osteotomía es menor.

Por tanto a la vista de estos resultados sería lógico mantener los tubos durante este período de cierre de la osteotomía y proliferación de tejidos blandos circundantes, para evitar en la medida de lo posible el fracaso mediante la interposición de éstos y mantener la nueva comunicación permeable.

Esto sería especialmente interesante en los casos complicados de los que se habla en este artículo (reintervenciones, traumatismos y alteraciones de la mucosa nasal) donde la proliferación de tejidos fibrosos cicatriciales es mayor.

Atentamente.

Alañón F, Alañón M, Martínez A, Cárdenas M
Instituto de Vías Lagrimales. Jaén. España.
E-mail: sjaf@supercable.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Junceda-Moreno J, Dos Santos-Bernardo V, Suárez-Suárez E. Técnica de doble intubación para el tratamiento de la epífora en casos complicados, *Arch Soc Esp Oftalmol* 2006; 81: 201-206.
2. Gonzalvo Ibañez FJ, Fuertes Fernández I, Fernández Tirado FJ, Hernández Delgado G, Rabinal Arbués F, Honrubia López FM. Dacriocistorrinostomía externa con mitomicina C. Valoración clínica y anatómica mediante tomografía computerizada helicoidal. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2000; 75: 611-617.
3. Adenis JP, Robert PY, Dourlhes N, Mayeras A. Transcanalicular laser dacryocystorhinostomy pronostic factor of silastic intubation. *Ophthalmologie* 1996; 10: 255-259.

Réplica

Cuando se lleva a cabo una DCR tutorizada por vía externa, es sabido que el éxito se basa en una osteotomía suficientemente amplia, combinada con una buena realización de colgajos saco-pituitaria (1). La mayor parte de los fallos obedecen al cierre de la osteotomía, o de los colgajos mucosos, por mala realización intraoperatoria o por cicatrización (2).

De hecho, la tutorización tiene como fin evitar este cierre o conseguir que la fibrosis no amenace la luz del paso de líquido.

Aunque es cierto que las fases de la reparación histológica del tejido están perfectamente descritas por Alañón, hemos encontrado que el material de tutorización, aun siendo en teoría perfectamente biocompatible, puede provocar fenómenos granulomatosos en ocasiones, incluso más cuanto más tiempo se encuentre colocado. De hecho, en algunas ocasiones implantamos elementos de interposición a través del punto y canalículo inferior solamente, saliendo por la ventana nasal ipsilateral y se indica al paciente que movilice los tubos diariamente hacia arriba y hacia abajo a fin de conseguir un adecuado plano de cicatrización sin obstruir la luz que se desea mantener (fig. 1). Estas medidas, desgraciadamente, en nuestras manos no han conseguido elevar la tasa de éxitos de la cirugía reparable.

Por ello, en la DCR tutorizada retiramos los tutores cuando la cicatrización de tejidos blandos se ha realizado ya. Efectivamente es razonable suponer, y a ello dedicaremos nuestro esfuerzo, que conviene comparar los datos ya obtenidos con otra u otras



Fig. 1: Niña intervenida de DCR por vía cutánea, en la que se coloca una tutorización desde punto lagrimal inferior hasta fosa nasal ipsilateral.

series de pacientes en los cuales la retirada de los elementos de interposición se haga más tarde, y los tres meses pueden ser un buen plazo para esta comparación.

De cualquier forma, también hemos de recordar que en la técnica desarrollada y descrita por nosotros, el elemento de retirada más precoz es el tubo excéntrico (3), cuyo fin es mantener la posición de los colgajos mientras se lleva a cabo la cicatrización mucosa, y ésta es relativamente rápida en los tejidos más blandos. El otro elemento de interposición, el tubo macizo cilíndrico de silicona se retira más tarde, y tiene, en teoría, la misma función que los tutores convencionales de la DCR tradicional, o sea, impedir el cierre por proliferación de tejido conectivo (cicatriz fibrosa hipertrófica) que puede terminar haciendo fracasar la DCR.

Agradecemos sinceramente al Dr. Alañón su interés, que demuestra sus conocimientos de esta cirugía, y esperamos que este método ayude a solucionar problemas que hasta ahora plantean dificultades al oftalmólogo y al paciente afectado por epífora pasiva.

Junceda J
E-mail: junceda@yahoo.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Welham RA, Wulc AE. Management of unsuccessful lacrimal surgery. *Br J Ophthalmol* 1987; 71: 152-157.
2. Dudley DF, Orcutt JC, Hillel AD. Failed dacryocystorhinostomy: Role of nasal endoscopy and dacryocystography. In: Mauriello JA Jr. *Unfavourable results of eyelid and lacrimal surgery: prevention and management*. Boston: Butterworth-Heinemann; 2000; 561-565.
3. Junceda-Moreno J, Dos-Santos-Bernardo V, Suárez-Suárez E. Técnica de doble intubación para el tratamiento de la epífora en casos complicados. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 2006; 81: 101-106.