



Dacriocistorrinostomía (DCR) y tubos

Cirugía para los ojos llorosos / producción excesiva de lágrimas o pegajosos

P: ¿Cómo drenan las lágrimas desde la superficie del ojo normalmente?

La película lagrimal está formada por tres componentes: una capa de "aceite" superficial, para reducir la evaporación, otra capa de humor acuoso ('agua') y una capa de mucosa que ayuda a que la película lagrimal se adhiera a la superficie del ojo.

Las lágrimas lavan los residuos de los ojos y drenan en la nariz a través de dos puntos de drenaje pequeños en la esquina interna de los párpados superiores e inferiores. Cada punto conduce a un canal corto de drenaje horizontal (el canaliculo) y que a su vez conduce a un saco de drenaje situado debajo de la piel en la esquina interior del ojo. Finalmente, este saco drena hacia abajo (a través del conducto nasolagrimal), a través del hueso al lado de la nariz en las fosas nasales.

P: ¿Qué sucede cuando existe un estrechamiento de las vías lagrimales?

Cualquier estrechamiento, irregularidad u obstrucción de estos conductos de drenaje puede llevar a un ojo húmedo, ya sea en ciertas condiciones (tales como el clima frío y ventoso), o constantemente.

Con frecuencia, un estrechamiento en el conducto lagrimal también puede dar lugar a la ampliación del saco que se encuentra inmediatamente por encima. Esto puede causar una acumulación de mucosidad en el saco, que, o bien puede descargarse de nuevo en el ojo (causando una visión grasa, párpados "pegajosos", o repetidas infecciones en los ojos), o una infección del mismo saco. (Dacriocistitis).

P: ¿Qué es una dacriocistorrinostomía (DCR)?

Una operación de DCR crea un by-pass bajo la piel en la esquina interior del ojo para permitir que las lágrimas drenen de manera más directa en las fosas nasales. Una DCR crea un atajo entre el saco lagrimal (que se encuentra debajo de la piel en la esquina de los párpados) y el espacio nasal adyacente, con un canal creado en el hueso para permitir la conexión entre estas dos estructuras. De este modo, se evita cualquier bloqueo o estrechamiento del conducto nasolagrimal.

P: ¿Qué sucede si necesito cirugía?

Inicialmente es necesario un examen ocular y lagrimal a fondo para determinar la naturaleza de los síntomas. Esto es necesario porque hay muchas razones diferentes para los ojos llorosos que no implican un bloqueo de las vías, y todas estas otras razones deben excluirse primero (ver algoritmo de tratamiento) (enlace archivo 11). Las pruebas posteriores incluyen un lavado suave con jeringa con una cantidad muy pequeña de agua salada a través de los conductos lagrimales para identificar cualquier estrechamiento u obstrucción de estos conductos. La gravedad de los síntomas y los hallazgos clínicos determinan el tratamiento más adecuado, que puede no ser quirúrgico. De hecho, muchos pacientes pueden responder a medidas conservadoras, incluso cuando hay evidencia clínica de obstrucción del flujo lagrimal.

El 'éxito' de la cirugía lagrimal depende de la gravedad y de la localización de la obstrucción, y en ningún caso puede ser garantizada. Sin embargo, la cirugía para pacientes con problemas de secreción de moco significativa o con párpados pegajosos, tiene un alto índice de éxito (reducción de los síntomas en al menos el 95% de los casos). Entre aquellos pacientes con ojos llorosos únicamente, una operación tiene una tasa de éxito más baja (~ 85%), incluso siendo la cirugía eficaz creando el canal. Esto se debe a:

- (i) causas sutiles sin detectar para la producción excesiva de lágrimas
- (ii) el deterioro del mecanismo natural de bombeo de lágrimas en el ángulo interior de los párpados
- (iii) inusualmente, moco viscoso en los canales lagrimales o la nariz

Si la operación es aconsejable, se determina una fecha y tal vez sea necesaria una evaluación pre-operatoria con el anestesista una semana o dos antes de la cirugía.

Los medicamentos que contengan o sean similares a la aspirina deben suspenderse tres semanas antes de la cirugía (haga clic aquí para ver la lista) (enlace archivo 6).

Si le han recetado éstos u otros medicamentos anticoagulantes (como warfarina o clopidogrel), necesitará contactar con su médico de cabecera o con el médico del Hospital (o la clínica anti-coagulación) para determinar si es seguro suspender esa medicación antes de la cirugía. Esa medicación se suspenderá 3 semanas antes de la cirugía para reducir el riesgo de hematomas debajo de la piel o sangrados por la nariz después de la operación que, aunque ocurren raras veces, pueden ser graves.

P: ¿En qué consiste la cirugía?

La cirugía DCR consiste en una incisión de 1 cm a través de la piel en el lado de la nariz, donde reposan las gafas normalmente. En la gran mayoría de personas, cicatriza muy bien, dejando únicamente una línea sombreada. Se aplica un vendaje sobre el ojo durante la noche. Una semana después se retiraran los puntos. Finalmente se deja un cordón delgado de silicona (o stent) en el interior de la nariz, que pasa

generalmente desapercibido por el paciente hasta su retirada seis semanas más tarde en la consulta (similar a la eliminación de un punto).

P: ¿Qué tipo de anestesia es necesaria?

La operación dura aproximadamente una hora y se puede realizar bajo anestesia general (completamente dormido) o bajo anestesia local con sedación intravenosa.

Con anestesia local, la nariz y los tejidos alrededor de la esquina interior del ojo son "congelados" y, aunque esto puede picar durante medio minuto, es improbable que haya otras molestias. Durante la cirugía, hay algo de ruido y una sensación de "presión", ya que se extrae el hueso fino alrededor del saco. A los pacientes de edad avanzada, o los que tienen la cirugía bajo anestesia general por la tarde, se les recomienda permanecer en el hospital durante la noche. De lo contrario, el paciente suele ser dado de alta el mismo día, aunque debe estar acompañado por un familiar o amigo para regresar a casa. Tenga en cuenta que el paciente no debe conducir a casa por sí mismo.

P: ¿Qué sucede después de la cirugía?

Después de la cirugía, para reducir la posibilidad de un sangrado por la nariz, se deben evitar las bebidas calientes durante 24 horas, y no se debe sonar la nariz o hacer ejercicio vigoroso durante 2 semanas. Si el estornudo es inevitable, no permita que la presión se acumule en la nariz. Es recomendable dormir con una almohada extra o dos durante las primeras noches, y la conducción (incluyendo maquinaria pesada), el alcohol y medicamentos sedantes deben evitarse durante las primeras 24 horas.

Si el parche ocular no se ha retirado en el hospital, se debe retirar a la mañana siguiente en su casa. Se permite el lavado normal, teniendo cuidado de no frotar el ojo. La herida debe mantenerse seca y descubierta. Debido a que la cirugía involucra a algunos de los pequeños espacios aéreos de los senos de la nariz, se debe evitar nadar y volar en avión por lo menos durante 2 a 3 semanas.

Después de la cirugía, puede haber un pequeño sangrado por la nariz o aparecer pequeños coágulos por la misma. Esto por lo general se resuelve después de unas horas, y se puede ayudar con la aplicación de compresas de hielo en el puente de la nariz y sentándose hacia delante. En el caso improbable de que el sangrado por la nariz sea intenso o se prolongue durante más de media hora sin dar muestras de resolverse, debe acudir inmediatamente a su Servicio de Urgencias más cercano, donde se puede requerir un taponamiento nasal.

Las molestias después de la cirugía suelen ser fácilmente controladas con paracetamol o codeína (no aspirina o ibuprofeno, ya que aumentan el riesgo de hematomas en la piel y sangrados por la nariz). Con el fin de evitar aquellos medicamentos que contienen aspirina, se debe prestar atención al folleto informativo que acompaña cualquier analgésico.

Muchos pacientes siguen teniendo los ojos llorosos durante algunas semanas después de la cirugía hasta que la hinchazón y la inflamación se asientan y el 'cordón' de silicona en la nariz se elimina. Aunque la incisión de la piel se cura en un par de semanas, la inflamación y cicatrización interna (invisibles) pueden tardar varios meses en resolverse, de manera que tras la cirugía puede persistir algún lloro ocasional.

P: ¿Cuáles son las principales complicaciones después de una DCR?

Sangrado por la nariz:

Como se mencionó anteriormente, un sangrado por la nariz puede ocurrir en aproximadamente el 2% de los pacientes dentro de los primeros 10 días después de la cirugía. En la mayoría de los casos el sangrado se detiene espontáneamente, pero si continúa o es muy abundante se debe acudir al Servicio de Urgencias del hospital más cercano.

Hinchazón:

El grado de inflamación en la esquina interna de los párpados después de la cirugía puede variar notablemente. Algunos pacientes tienen poco o nada, y otros tienen cierto hinchazón y hematoma debajo de la piel (este último es poco común), que pueden tardar hasta una semana en resolverse.

Cicatriz lineal:

La incisión en el lado de la nariz por lo general se resuelve muy bien, llegando a ser con el tiempo visualmente insignificante en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, en aproximadamente el 1-2% de los pacientes, la cicatriz lineal es visualmente molesta y puede requerir masaje local, ya sea con Vaseline®, la crema de árnica (<http://www.nutritional-supplements-health-guide.com/what-is-arnica.html>) o gel de silicona para que se ablande.

Infección:

La infección es una complicación muy rara de la cirugía. Todos los pacientes reciben antibióticos durante la cirugía y se pondrán gotas de antibiótico durante dos semanas después de la cirugía.

Curación interna con bloqueo (formación de la membrana):

En raras ocasiones, la reacción normal de cicatrización en la nariz puede formar una fina membrana a través del orificio interno, con la reaparición de los síntomas originales de lloro. Más de la mitad de estos pacientes curan con la eliminación de la membrana y la reinsertión del 'cordón' de la silicona en la nariz con una breve anestesia general.

Cirugía adicional:

ASOS

Dr A. Amias, Dr M Gonzales Candial, Dr E Basauri, Dr J Gelabert, Dr R Malhotra, Dr D Verity

www.ASOS.bio

En otros pacientes (y especialmente si ha habido un traumatismo previo o enfermedad de la parte interior del párpado), la cirugía que se ha descrito anteriormente no es suficiente para permitir que las lágrimas drenen en la nariz. En estos casos, la única manera de drenar las lágrimas consiste en insertar un pequeño y fino drenaje de vidrio (conocido como "tubo de Jones") a través de la esquina interna de los párpados a la nariz (sin ningún tipo de incisión en la piel) bajo anestesia general. Este tubo se mantiene permanentemente en su lugar, aunque se mueve libremente en los tejidos, y requiere una limpieza periódica y un "aclarado" en la consulta cada 6 - 9 meses. Este proceso dura unos pocos minutos y no es molesto.

P: ¿Cuál es el programa de seguimiento?

La primera revisión se produce 1-2 semanas después de la cirugía, cuando se elimina el punto y se examina el ojo. En la segunda visita a la consulta un mes después, se retira el stent de silicona. En la mayoría de los casos no se requieren más revisiones. Sin embargo, en caso necesario, se puede acudir a la consulta sin ninguna dificultad.

P: ¿Cuál es la tasa de éxito de la cirugíaDCR?

La probabilidad de éxito depende en gran medida de las causas subyacentes del lloro (enlace archivo 11). En general, la probabilidad de una cura del ojo pegajoso y la secreción ocular se encuentra alrededor del 95% (+). Sin embargo, la probabilidad de éxito para la curación de todo el lloro (nota - el lloro también puede ocurrir de vez en cuando en pacientes sanos) depende del grado de bloqueo antes de la cirugía y de donde se produce la obstrucción (enlace archivo 11), pero en general se encuentra en torno al 80 u 85%. Estos datos se analizan en detalle con cada paciente antes de la cirugía propuesta.