

# CIRUGÍA BÁSICA DE ANEJOS OCULARES

---

P. Zaragoza García

J. Costa Vila, F. Diab Haggi, F. J. García Gil de Bernabé, L. Valentín-Gamazo y Alcalá  
y P. Zaragoza Casares

---

© 1998 Pablo Zaragoza Garcia  
TECNIMEDIA EDITORIAL S.L

Realización y producción  
MAC LINE S.L.

Depósito Legal: M-32714-1998

Imprime:  
CAPTA ARTES GRAFICAS, S.A.

Edita:  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGIA

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

# DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDONASAL

Prof. A.R. Gutiérrez Ortega, Prof. C. Sprekelsen Gasaó y L. Valles San Leandro

## FUNDAMENTO

Esta técnica se basa en comunicar de forma quirúrgica, el saco lagrimal con la fosa nasal, abordando la intervención desde la propia cavidad nasal.

## INDICACIONES

Las mismas que la DCR vía clásica, es decir, obstrucciones permanentes de la vía lagrimal no canaliculares.

## CONTRAINDICACIONES

Básicas: Patología de la cavidad nasal, tales como desviación del tabique o poliposis masiva, que necesitarían tratamiento previo por el otorrinolaringólogo.

## INFORMACIÓN AL PACIENTE

Haced hincapié en que se trata de una técnica con resultados similares a los de la DCR clásica. Con ventajas añadidas como ausencia de cicatriz externa, no lesiona el aparato músculo-tendinoso encargado del drenaje lagrimal, y posibilidad de intervención con el proceso infeccioso activo.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA CON ANESTESIA GENERAL

Puede practicarse tanto con anestesia general o local. Aconsejamos no obstante, la primera.

Antes de iniciar cualquier manipulación, se procede a practicar un taponamiento nasal, con una mecha empapada en xilocaína al 1% y epinefrina al 1:100.000.

Para realizar la intervención, se coloca adecuadamente el rinoscopio, intentando la visualización del borde súperoanterior del cornete inferior, y zona anterior del cornete medio, por debajo del agger nasi.

Se infiltra la mucosa del área quirúrgica con la mezcla anestésica anterior.

Lograda una vasoconstricción adecuada del área a incidir, se realiza la primera incisión vertical en la mucosa, de la siguiente manera: Desde la esquina supero-anterior del cornete inferior hacia arriba (de 1,5 cms) terminando 1 cm por delante del cornete medio y 1 cm por detrás de la apertura piriforme.

La segunda incisión se practica paralela a ésta 1,5 cm por detrás y elevándola algo más.

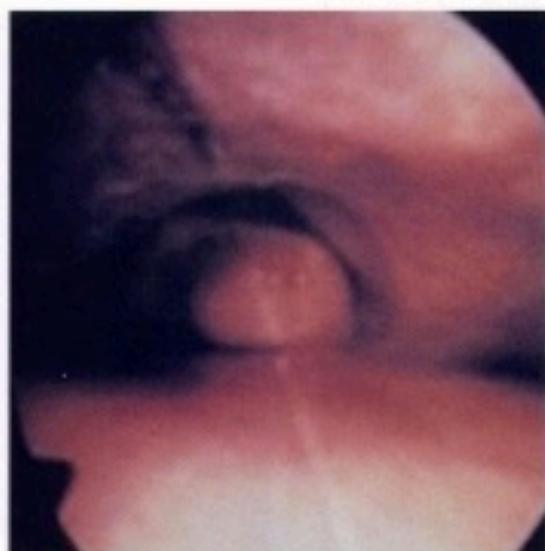
Las 2 incisiones acabarán siendo unidas por sus extremos, levantándose la mucosa con un despegador.

El centro del área desnuda se fresa hasta llegar al periostio. Una sonda introducida por el canaliculo, permitirá mediante la presión de su punta localizar el saco en la zona osteotomizada. Cuando se está seguro que la zona en donde se abrió la ventana ósea es la adecuada, se amplía el defecto óseo hasta que adquiere unas dimensiones de 1 cm vertical por 0,7 cm horizontal.

Finalmente se inciden periostio y saco, se recorta y se extrae la zona de mucosa nasal comprendida en la osteotomía.

Efectuamos un sondaje bicanalicular y practicamos un taponamiento nasal en todos los sacos.

## DACRIOCISTORRINOSTOMÍA POR VÍA NASAL



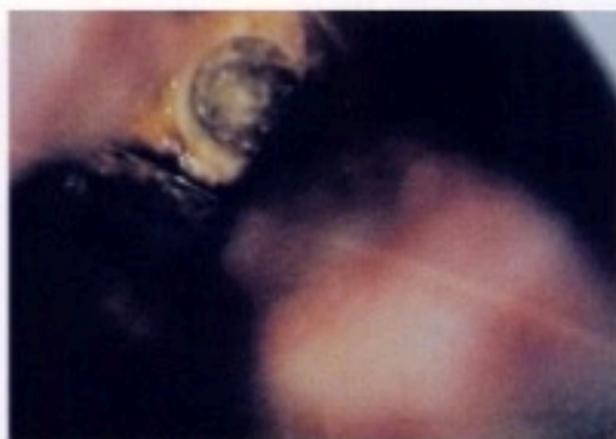
**Fig. 281.** - Infiltración anestésica de la mucosa. Se aprecia la aguja en el cuadrante inferoderecho.



**Fig. 282.** - Incisión de la mucosa con cuchillito falciforme.



**Fig. 283.** - Fresado de la osteotomía.



**Fig. 284.** - Osteotomía con visión del periostio.

## POSTOPERATORIO

Se retira el taponamiento al 2-3<sup>er</sup> día, y el sondaje bicanalicular a los 3 meses.

## REVISIONES

Tras el alta se revisan los casos a los 7 días, 1 mes, 3 meses, y luego cada 6.

## RECOMENDACIONES

La transiluminación del saco ayuda a su localización cuando se está realizando las osteotomías. Si no se dispone de un transiluminador, la presión externa vía canalicular

con la sonda, constituye una buena referencia.

El fresado, dada la disposición tangente del hueso, es más difícil que la que pueda realizarse por vía externa.

Debemos asegurarnos que la osteotomía está realizada en un lugar correcto antes de incidir en el periostio, dado el riesgo hipotético de lesión a la inserción ósea del músculo oblicuo inferior o a la grasa orbitaria.

## ERRORES

No realizar un estudio previo de la fosa nasal, en búsqueda de desplazamientos del tabique u otras patologías que pudieran impedir la intervención.