

LA EPÍFORA DEL NIÑO

Pr. D. Aron-Rosa*

Dr. D. Bremond-Gignac*

Dr. Y. Lachkar*

La obstrucción de vías lagrimales es una patología esencialmente de origen congénito que produce Epífora, cuya importancia y etiología es necesario determinar. La causa de esta obstrucción es la imperforación de la membrana de Hasner. El uso de sondas de intubación de silicona ha permitido un progreso decisivo en la terapia de los niños entre 1 y 6 años.

El examen oftalmológico debe ser cuidadoso. Como primera medida, la inspección del contorno palpebral para descartar epiblefaron o también malposición ciliar, los cuales son frecuentes y producen lagrimeo por irritación de la córnea. Esto se resuelve con tratamiento médico. Rara vez se encuentran verdaderos entropion o ectropion congénitos que pueden producir lagrimeo por mala ubicación del punto lagrimal. La atresia del punto lagrimal es rara y puede presentar epífora leve o ausente. El nivel del menisco lagrimal da una idea de la cantidad de producción de lágrimas. El funcionamiento de la bomba lagrimal se puede apreciar por medio del parpadeo. Si esta función se altera, como en las parálisis congénitas, se encuentra epífora la cual también tiene un componente irritativo.

A la palpación se puede apreciar edema en el saco lagrimal que puede corresponder a un mucocele o a un absceso. En estos casos se aprecia reflujo a nivel del meato lagrimal de tipo mucoide o purulento.

Finalmente cuando es posible, el examen con lámpara de hendidura permite descartar

causas irritativas y se pueden apreciar los meatos lagrimales.

La obstrucción del canal lagrimonasal es una patología más frecuente en niños, cuya resolución espontánea después de un año de edad es excepcional. El tratamiento depende por tanto de la edad del paciente.

Según estudios, la frecuencia de la obstrucción de dicho canal al nacimiento es de:

- 50% según Korchmaros (1979)
- 25% según Grossman (1972)
- 85% según Cassady (1952)

(Examen post-mortem de recién nacidos)

La obstrucción es bilateral en 10% a 20% de casos. Clínicamente puede manifestarse de tres formas:

1. Dacriocistitis aguda del recién nacido, según FFOOK, la frecuencia es de 1,6% en el neonato con epífora. La dacriocistitis aguda congénita verdadera es rara, de aproximadamente 0,1%.

2. El lagrimeo simple, en el cual los padres notan la epífora y el ojo brillante. Puede acompañarse de un mucocele. Por lo general aparece de los 10 a los 12 días de vida pero la consulta siempre es más tarde.

3. El lagrimeo con sobreinfección. Se presenta como infección conjuntival iterativa

* Hospital Robert Debre 48, Bd. Serurier 75019 Paris
Tel: (1)40 03 20 00 Telecopie: 42.45 65 70

que típicamente se reactiva inmediatamente después de suspender los antibióticos locales.

En los dos últimos casos, la evolución es de:

- 77,6% de resolución espontánea hasta la edad de 3 meses.

- 13,5% de resolución espontánea entre 3 y 6 meses.

- 6,3% de resolución espontánea entre 6 meses y 1 año.

El tratamiento médico es de importancia capital antes de emprender el tratamiento quirúrgico. Colirios antiinflamatorios locales y masaje del saco lagrimal que abre mecánicamente el canal lagrimonasal, son bastante eficaces cuando se trata de un mucocele.

En cuanto al tratamiento quirúrgico se encuentran varias posibilidades:

Sondaje de vías lagrimales con dos alternativas:

1. Primer sondaje a los tres meses de edad, repitiendo 3 veces si es necesario (Adenis 92%-FFOOK 92%).

2. Primer sondaje a los 6 meses de edad y repetirlo 3 veces si es necesario (Peterson, G. Ropson 88%).

Después de 6 meses de edad es necesario a veces realizar el sondaje bajo anestesia general. Después de un año de edad, los sondajes son ineficaces y peligrosos. Existe un período de espera hasta la edad en la cual una dacriocistorrinostomía es posible. La intubación bicanaliculonasal encuentra su indicación cuando los sondajes son

ineficaces o cuando la obstrucción persiste entre 1 y 6 años de edad.

Nuestro estudio consta de 22 pacientes que presentaban lagrimeo, a los que se les realizó una intubación bicanaliculonasal en 30 casos. El promedio es de 27 meses con un seguimiento de 3 meses a 2 años y medio.

Material y Método

La sonda ideada por J. A. Bernard y Fayet, es un tubo de silicona vacío de 0,64 mm de diámetro y 20 cm de largo. Este instrumento consta de dos extremos metálicos de 0,8 mm de diámetro, los cuales se pasan, uno por el canaliculo superior, y el otro por el canaliculo inferior, en contacto con la gotera lagrimal del hueso. Los extremos luego se dirigen a 90 grados con el fin de cateterizar el saco y el canal lagrimonasal. Finalmente se recuperan estos dos extremos metálicos en la nariz a nivel de la pared inferoexterna de las fosas nasales, anudándose después de haber regulado la tensión del tubo de silicona en un punto medio. Se debe ser cuidadoso al regular dicha tensión, sin cerrar demasiado para evitar el desgarramiento de los puntos lagrimales o sin dejar la sonda demasiado floja lo cual llevaría a una exteriorización de la misma.

Resultados

Treinta sondas bicanaliculonasales fueron colocadas en 22 niños de edades entre los 16 meses a los 4 años; la edad media era de 27 meses. La aplicación de este procedimiento se decidió en aquellos pacientes con epífora y con una de las siguientes características:

- Presentar lago lagrimal aumentado.
- Presentar infecciones conjuntivales a repetición.

- Haber practicado sondaje sin éxito o no haber podido realizarlo.

El tiempo medio de permanencia de la sonda fue de 7 meses (de 15 días a 8 meses). Los resultados muestran 3 casos de infección conjuntival durante el período de intubación y ninguna infección después de haber retirado la sonda. En todos los casos hubo una mejoría o una desaparición del lagrimeo. En sólo dos casos este último persistió en forma intermitente y relacionado con el frío o la luminosidad.

Las complicaciones posibles de este procedimiento son:

- Ruptura del punto lagrimal, de la cual nosotros no observamos ningún caso. Una adecuada regularización de la tensión de la sonda permite evitarla.

- La exteriorización de la sonda, de la cual observamos dos casos: el primero en el que se corrigió la posición de la sonda bajo anestesia general y el segundo, que requirió el retiro de la misma a los 15 días, después de los cuales el lagrimeo, sin embargo desapareció.

Conclusiones

Creemos que esta es por lo tanto una técnica sin peligro y con buenos resultados. Se pueden utilizar también sondas monocanaliculares, pero con riesgos de exteriorización mayores y granulomas frecuentes. Actualmente la tendencia es de reducir la duración de la intubación bicanalículonasal a 2 meses.

Referencias

1. Bernard J. A., Fayet B. - L'intubation bicanaliculo-nasale. *Bull. Soc. Belge Ophthalmol.* 1990, 238, 75-78.
2. Fayet B, Bernard J.A. - Une sonde mono canaliculaire à fixation méatique auto-stable dans la chirurgie des voies lacrymales d'excrétion. *Ophthalmologie*. Masson., París, 1990, 4, 351-357.
3. Fayet B, Bernard J. A., Creteigny A. Surveillance d'une sonde bicanaliculo-nasale. *Ophthalmologie*, 1989, 3, 4-7.
4. Talmant J. C. - Traitement du larmoiement canaliculaire par intubation du canal lacrymo-nasal. *Ann. Chir. Plast.*, 19982, 27, 4, 387-393