

6.- DACRIOCISTITIS

CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ACUERDO AL CIE 10: Dacriocistitis: H04.4, Estenosis e insuficiencia de las vías lagrimales: H04.5

DEFINICIÓN: Es la infección del saco lagrimal.

FACTORES DE RIESGO Y EPIDEMIOLOGÍA: En niños ocurre en menos del 2% de aquellos con obstrucción congénita del conducto lacrimonasal. En adultos es más frecuente en mujeres en proporción 4:1. Cualquier causa que obstruya la vía lagrimal baja podrá ser causa de dacriocistitis como son: estenosis congénita del conducto lacrimonasal, cuerpos extraños, trauma, iatrogénico, radiación de la zona, patología nasal, tumores de senos paranasales, nasofaringe o saco lagrimal.

El germen más frecuente en niños es el *Haemophilus influenzae*, mientras que en los adultos serán el *Staphylococcus*, neumococo y el *Streptococcus* beta-hemolítico. Ocasionalmente otras bacterias, bacilos u hongos serán los agentes causales.

CLASIFICACIÓN: Se clasificará de acuerdo a su presentación y a la presencia o no de complicaciones en: aguda, crónica, con fístula a piel, con celulitis.

CUADRO CLÍNICO: Se observa marcado eritema, edema y aumento de volumen en el área del saco lagrimal de menos de 7 días de evolución en forma aguda, habrá además epifora y reflujo de material mucopurulento cuando se aplica presión sobre ésta zona. El dolor se deberá a la distensión del saco debido al acumulo de detritus, secreción de la mucosa lagrimal y proliferación tanto de la flora normal como patógena. La infección tiende a adelgazar los tejidos circundantes y a formar fístulas, hacia la zona hiperémica y fluctuante de la piel suprayacente o hacia la órbita, con lo que generalmente el dolor disminuye.

LABORATORIO: El análisis de un frotis y cultivo de la secreción nos indicará el agente causal y nos ayudará en el tratamiento.

COMPLICACIONES: Fístula a piel, celulitis orbitaria, dacriocelce, úlceras corneales.

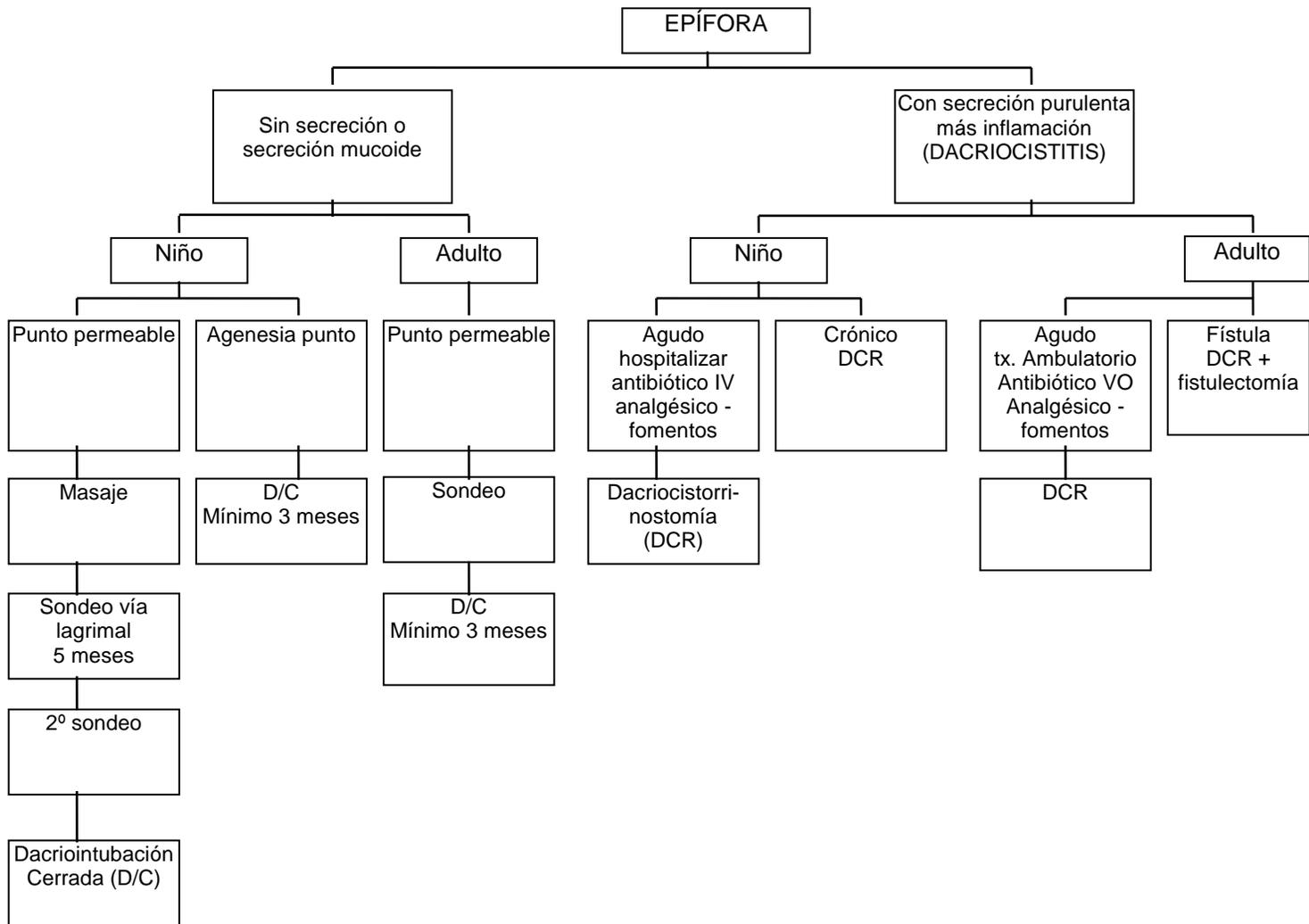
TRATAMIENTO:

MÉDICO: Los niños y los casos severos en adultos deberán hospitalizarse, los casos leves y moderados en adultos podrán tratarse ambulatoriamente.

- a. Control de la infección.
- b. Fomentos tibios.
- c. Analgésicos.

QUIRÚRGICO:

- a. Dacriocistorrinostomía con o sin fistulectomía
- b. Dacriocistectomía



BIBLIOGRAFÍA

1.- Lorencez-Villa MI, Salcedo-Casillas G, Huerta-García M. Dacriocistorrinostomia con laser: reporte de 13 casos. Rev Mex Oftalmol 2000;74(4):177-83

2.- Yazici B, Yazici Z, Parlak M. Treatment of nasolacrimal duct obstruction in adults with polyurethane stent. Am J Ophthalmol 2001; 131: 37-43.

3.-Robles-Bringas A, Angel-Arenas MT, Bu -
dacriocistitis en el Hospital General . Rev Mex Oftalmol 2009; 83(5):293- 295.

4.- Marin- Marta D, Troncoso-SM, Rivera-Fuentes Nancy. Epidemiología y etiología de la dacriocistitis aguda en el servicio de Oftalmología del Hospital Guillermo Grant Benavente, C. Chile. Rev Chil Tecno Med 2010;30(1):1551-1557

- - . Acta
otorrinolaringol.cir.cabeza cuello 2011;39 (4):181-190