

Dacriocistocele

Dacryocystocele

MARTÍN HORENSTEIN* Y FABIANA GILLIO

El dacriocistocele es la dilatación congénita del conducto lagrimal. El diagnóstico prenatal es sencillo debido a su apariencia y posición característica en la cavidad orbital. La condición debe ser conocida ya que es una anomalía benigna y de buen pronóstico que rara vez se asocia a otras anomalías congénitas.

Embriología

A los 32 días de gestación aparecen las prominencias maxilares y frontonasal, durante el proceso de ampliación, se forma un surco entre ellas. EL ectodermo del suelo del surco queda atrapado entre los procesos y se separa del ectodermo superficial quedando como un cordón de epitelio. Al mismo tiempo estos cordones de epitelio se invaginan en la parte superior en los márgenes del párpado inferior, formando los canaliculos (Figura 1). Estos cordones epiteliales se fusionan para formar el sistema de drenaje nasolagrimal.

La canalización de los cordones epiteliales se produce simultáneamente en toda su extensión, comenzando a los 4 meses de gestación. Una cubierta membranosa, que consiste en la conjuntiva y el epitelio canalicular permanecen por encima de los puntos lagrimales y una cubierta compuesta de epitelio nasal y nasolagrimal permanece por encima de la salida del conducto nasolagrimal (membrana de Hanser). Las membranas lagrimales se encuentran abiertas al momento del nacimiento en el recién nacido de término, sin embargo, la membrana de Hasner sigue siendo imperforada en recién nacidos hasta en un 70%. Ésta normalmente se abre en el primer mes, pero puede seguir siendo imperforada por más tiempo, resultando en epífora y / o secreción mucopurulenta.

Los puntos lagrimales son aberturas de 0,3 mm de diámetro, situados en la cara medial de los bordes

superior e inferior del párpado. Cada punto asienta sobre un montículo elevado conocido como papila lagrimal.

Los canaliculos tienen un segmento vertical inicial de 2 mm de longitud, seguido por un segmento horizontal de 8 mm (Figura 2). El ángulo formado entre estos segmentos es de aproximadamente 90 grados y se dilatan en su unión para formar la ampolla. En la mayoría de las personas, la parte horizontal de los canaliculos convergen para formar el canaliculo común. En la entrada del saco lagrimal, el canaliculo común puede dilatarse formando el seno de Maier.

Estos canaliculos están tapizados por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado y rodeados de tejido elástico, que permite la dilatación de 2 o 3 veces el diámetro normal. La entrada oblicua del canaliculo común en el saco lagrimal constituye la válvula de Rosenmüller, que evita el reflujo retrógrado de líquido del saco al canaliculo.

El saco lagrimal se encuentra dentro de la fosa lagrimal, que está unida por delante por el proceso frontal del hueso maxilar superior (cresta lagrimal anterior) y posteriormente por el hueso lagrimal (cresta lagrimal posterior). Diferentes proporciones de hueso lagrimal y el hueso maxilar constituyen la fosa lagrimal.

Dacriocistocele

Es la dilatación quística del conducto lagrimal debido a la inaccesibilidad de la porción del ángulo nasocantanal. Aproximadamente el 30% de los neonatos presentan dilatación del conducto lagrimal con una relación de M:1=F:3,5. Sólo en el 5% de los casos son bilaterales. La patogénesis está ligada a la obstrucción completa del conducto lagrimal, inferiormente dado por la impermeabilidad de la válvula de Hasner y superiormente por un mecanismo fallido en la válvula de Rosenmüller (Figuras 3 A y B).

Signos ecográficos

Masa anecoica que ocupa la región inferior medial de la cavidad orbital (Figuras 4 y 5). Más del 30%

Diagnóstico Gineco-Obstétrico. Mendoza, Argentina
*e-mail: martinhorenstein@hotmail.com

Recibido: noviembre 2009, revisado: noviembre 2009; aceptado: diciembre 2009

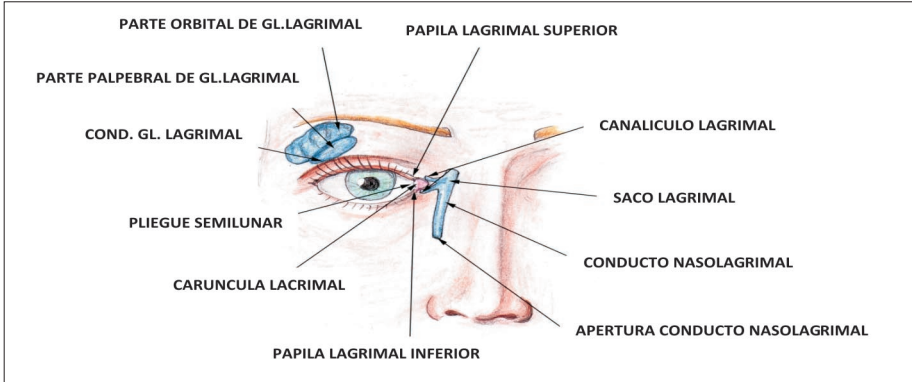


Figura 1 Ubicación y referencias anatómicas del conducto lagrimal (modificado de American Journal of Neuroradiology – on line)

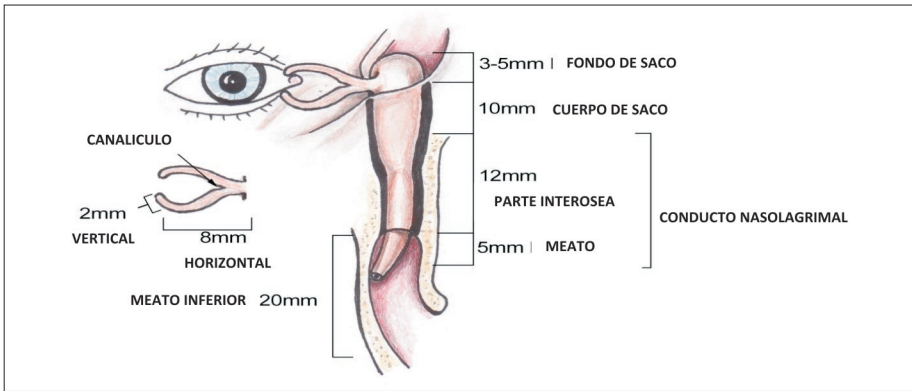


Figura 2 Esquema de la anatomía del conducto lagrimal (modificado de American Journal of Neuroradiology – on line)

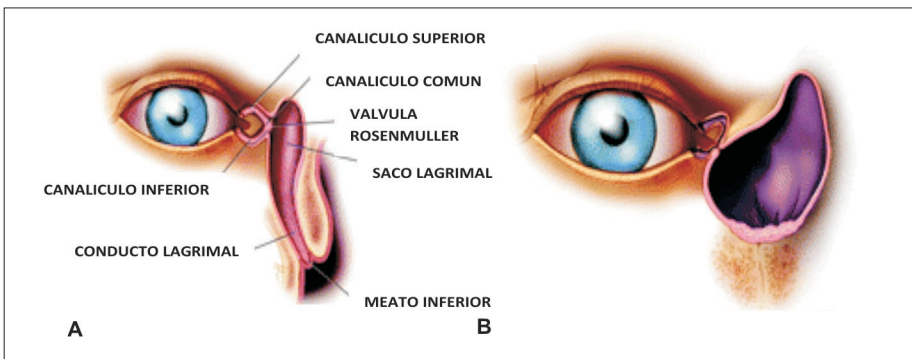


Figura 3 A. Anatomía normal. **B.** Diagrama del quiste del conducto lagrimal (dacriocistocele) (modificado de American Journal of Neuroradiology – on line)

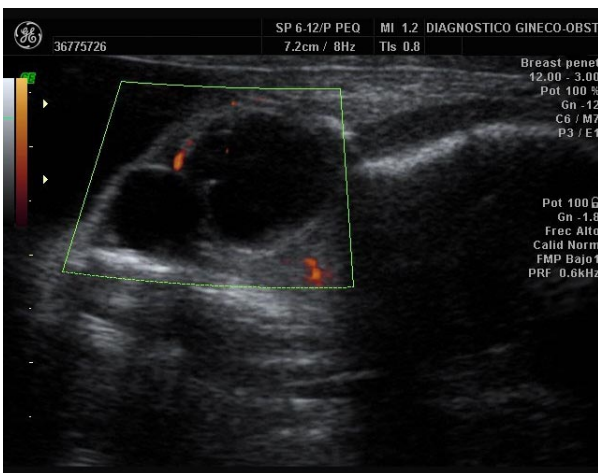


Figura 4 Masa anecoica que ocupa la región inferior medial de la cavidad orbital

es diagnosticado en el tercer trimestre. El diagnóstico diferencial se realiza con el encefalocele frontal, con el angioma, con el quiste dermoide y con el mucocelo de la fibrosis quística. Por lo general no hay anomalías asociadas. Raramente ha sido descrito el hipertelorismo. En presencia de otras anomalías es necesario pensar en cuadros sindrómicos.

El pronóstico es excelente y tiende a resolverse espontáneamente tanto en útero como después del parto, sobre todo si es de pequeñas dimensiones. A menudo no superan las dimensiones de 1 cm. El 71% de los neonatos tratados no desarrolla de nuevo un dacriocistocele. Se desconoce el riesgo de recurrencia. La secreción contenida en el quiste es frecuentemente estéril. Sólo en raras ocasiones evoluciona a una infección (dacriocis-

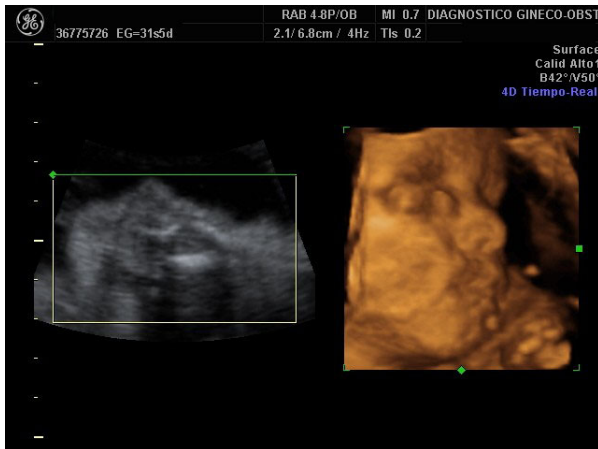


Figura 5 Ecografía 4D



Figura 6 Dacriocistocele en el recién nacido

titis) y en estos casos casi puede ser necesaria la extirpación quirúrgica y el *bypass* de dacriocistorinostomía.

Referencias

- Bruel H, Beaudet S, Renaux A, el Forzi F, Gaussin G, Poinot J, Chabrolle JP. Radiologic case of the month. Neonatal nasal obstruction associated with dacryocystocele. *Arch Pediatr*. 1999 Oct; 6(10): 1109-11.
- Salvetat ML, D'Ottavio G, Pensiero S, Vinciguerra A, Perissutti P. Prenatal sonographic detection of a bilateral dacryocystocele. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 1999 Sep-Oct; 36(5): 295-7.
- Suma V, Marini A, Bellitti F, Bucci N, Dorov D. Prenatal sonographic diagnosis of dacryocystocele. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1999 Jul; 14(1): 74.
- Sharony R, Raz J, Aviram R, Cohen I, Beyth Y, Tepper R. Prenatal diagnosis of dacryocystocele: a possible marker for syndromes. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1999 Jul; 14(1): 71-3.
- Saggin P, Vaona A. Prenatal diagnosis of dacryocystocele. *Radiol Med (Torino)*. 1997 Jan-Feb; 93(1-2): 155-6.
- Kivikoski AI, Amin N, Cornell C. Antenatal sonographic diagnosis of dacryocystocele. *J Matern Fetal Med*. 1997 Sep-Oct; 6(5): 273-5.
- Sherer DM, Eisenberg C, Schwartz BM, Hammerman RM, Katz N. Prenatal sonographic diagnosis of dacryocystocele: a case and review of the literature. *Am J Perinatol*. 1997 Sep; 14(8): 479-81.
- Shipp TD, Bromley B, Benacerraf B. The ultrasonographic appearance and outcome for fetuses with masses distorting the fetal face. *J Ultrasound Med*. 1995 Sep; 14(9): 673-8.
- The fetus.net.