



ENFERMEDADES DE LOS PÁRPADOS Y DEL SISTEMA LAGRIMAL

En este capítulo se tratarán las afecciones de los párpados y las vías lagrimales, más frecuentes en nuestro medio, lo que le permitirá al médico general diagnosticarlas y tratarlas, así como orientar oportunamente a los que padecen entidades nosológicas y requieran atención especializada.

PÁRPADOS

Funciones de los párpados:

- Protectores del globo ocular a través de su estructura como diafragma frente al mismo, también por la acción de las pestañas, las secreciones glandulares y el movimiento de los párpados.
- Lubricante, por la secreción de las glándulas.
- Óptica, pues ayuda a la formación y distribución de la película lagrimal.
- Intervienen en la excreción lagrimal.
- Reguladores de la entrada de luz.

Anomalías congénitas de los párpados:

- *Ablefaria*. Ausencia completa de los párpados.
- *Anquilobléfaron*. Sellado total o parcial de ambos párpados, al nivel de la hendidura palpebral.
- *Blefarofimosis*. Disminución de la hendidura palpebral. Se denomina síndrome cuando se asocia con epicanto interno, telecanto y ptosis palpebral (Fig. 5.1).
- *Epicanto*. Anomalía observada con bastante frecuencia, se caracteriza por unos pliegues verticales de piel y tejido celular subcutáneo sobre los cantos internos; tienen forma semilunar, cuya concavidad se dirige hacia

los mismos. Es característico de los asiáticos, aunque se puede presentar en todas las razas (Fig. 5.2).

Trastornos de las cejas y pestañas:

- *Madarosis*. Pérdida de las pestañas y cejas, originada por un proceso destructivo local, como ocurre en las blefaritis o enfermedades sistémicas: lepra, tuberculosis o fiebre tifoidea.
- *Poliosis*. Ausencia de melanina en un grupo de folículos pilosos de las cejas y pestañas.
- *Triquiasis*. Proceso adquirido, en el cual algunas pestañas emergen de la lamela anterior, pero se dirigen hacia la superficie ocular; el borde palpebral permanece en posición normal; puede observarse en los que padecen blefaroconjuntivitis crónica, tracoma y quemaduras. El paciente refiere constantemente sensación de cuerpo extraño ocular, ojo rojo, dolor, irritación conjuntival, blefarospasmo reflejo y lagrimeo, que pueden llegar a ocasionarle erosiones corneales recidivantes y opacificación de la córnea (Fig. 5.3).

Tratamiento de la triquiasis

- Temporal, con depilación, si se trata de pestañas aisladas.
- Permanente: destrucción de los folículos pilosos de las pestañas afectadas con diatermocoagulación, electrólisis, láser, crioterapia o tratamiento quirúrgico.

Edema palpebral

Su aparición es favorecida por la laxitud de los tejidos palpebrales.

Formas clínicas

Traumático. Característico de traumas con objetos romos; se asocia frecuentemente con equimosis y hematomas palpebrales; también se observa en las quemaduras (térmicas o químicas) y en las picaduras de insectos.

El tratamiento del edema palpebral traumático consiste en:

- Eliminar todas las sustancias extrañas (en el caso de las quemaduras), antes de imponer tratamiento.
- Fomentos fríos de suero fisiológico (la frecuencia dependerá del grado del edema).

- Pomadas antibiótico-antiinflamatorias en las quemaduras.
- Antiinflamatorios por vía oral, asociados con antihistamínicos en las picaduras de insecto.

Constitucional. Se presenta en afecciones cardíacas y renales, que carecen de signos inflamatorios.

Edema inflamatorio

Aparece asociado a afecciones de los párpados (orzuelos, abscesos), de las vías lagrimales (dacriocistitis aguda), del globo ocular (uveítis, endoftalmitis) o de las cavidades vecinas (sinusitis).

Tratamiento

Estará dirigido al proceso primario, asociado con fomentos fríos y antiinflamatorios.

Edema alérgico

Se caracteriza por la aparición brusca, de gran magnitud; prurito; ausencia de signos inflamatorios y antecedentes de alergia. Puede manifestarse de tres formas que se describen a continuación (Fig. 5.4).

Dermatitis por contacto

Se presenta súbitamente tras la utilización de cosméticos, tintes de pelo, uso de colirios (atropina, sulfacetamida, anestésicos locales); los párpados se edematizan; la piel se torna eritematosa. También puede presentarse hiperemia conjuntival, quemosis y prurito local.

Tratamiento

- Compresas frías.
- Vasoconstrictores locales.
- Antihistamínicos.
- Esteroides locales.
- En los casos graves se hará por vía sistémica.

Edema angioneurótico

Aparece bruscamente y, si es de gran magnitud, puede impedir la apertura palpebral. Evoluciona con recidivas y se presenta con frecuencia en las mujeres, durante el período menstrual; puede asociarse con la ingestión de determinados alimentos (mariscos, huevos, leche), al uso de antibióticos y a factores psicógenos.

Tratamiento

- Eliminar la causa.
- Compresas frías.
- Antihistamínicos.
- En los casos graves se administrarán esteroides locales y sistémicos.

Dermatitis atópica

Afección hereditaria, caracterizada por la inflamación superficial crónica de la piel. Se manifiesta con prurito intenso e hiperemia de la piel, que se torna gruesa y las comisuras palpebrales se fisuran. Existe una historia personal o familiar de asma o rinitis alérgica.

Tratamiento

- Los síntomas se alivian con el uso de esteroides tópicos, los cuales no se indicarán por un tiempo prolongado, debido a las reacciones secundarias que causan.
- El cromoglicato de sodio al 4 % (colirio) puede usarse por largo tiempo, ya que proporciona mejoría sintomática.

Orzuelo

Infección aguda focal de una de las glándulas del párpado; se denomina orzuelo externo cuando afecta las glándulas de Zeiss o Möll, e interno si la comprometida es una glándula de Meibomio.

Etiología

El agente causal más común es el estafilococo dorado. Existen factores predisponentes como defectos refractivos, enfermedades carenciales y diabetes mellitus.

Cuadro clínico

Orzuelo externo. Tumefacción focalizada, que presenta un punto amarillento en el borde palpebral, lo que indica la existencia de supuración. El drenaje del absceso es espontáneo, cerca de la base de una pestaña.

Orzuelo interno. Se observa un punto amarillento a través de la conjuntiva, al evertir el párpado, por donde puede drenar. Los signos inflamatorios son mayores que en el orzuelo externo.

Tratamiento

Compresas tibias, 3 o 4 veces al día, seguidas de la aplicación de una pomada antibiótico-antiinflamatoria. El externo drena espontáneamente; en el interno, si no mejora a las 48 h, se procederá al drenaje quirúrgico.

Chalazión

Proceso inflamatorio crónico, en el cual hay una reacción granulomatosa nodular a nivel de una o varias glándulas de Meibomio. Al obstruirse el conducto glandular, su contenido es sustituido por granulaciones y va degenerando hasta formarse una masa gelatinosa estéril (Fig. 5.5).

Etiología

Predisposición de portadores de acné rosácea y dermatitis seborreica.

Cuadro clínico

Aumento de volumen de una glándula de Meibomio en forma nodular; su evolución es lenta e indolora, y no se aprecian signos inflamatorios; al evertir el párpado se observa que la conjuntiva que lo cubre está rojiza y en fase tardía, grisácea.

Tratamiento

Compresas calientes y masajes; los pequeños pueden desaparecer espontáneamente; los mayores son tributarios de cirugía.

Blefaritis

Proceso inflamatorio crónico de los bordes palpebrales.

Etiología

Estafilococo dorado, dermatitis seborreica, factores predisponentes, como la fatiga ocular, enfermedades carenciales, diabetes mellitus, rosácea, dermatitis atópica, afecciones parasitarias de las pestañas.

Formas clínicas

Existe una forma anterior y una posterior.

Blefaritis anterior. Es provocada por una infección estafilocócica o por alteraciones asociadas a la seborrea.

Blefaritis posterior. Se debe a una disfunción de las glándulas de Meibomio.

Cuadro clínico

Blefaritis estafilocócica. La afección se localiza al nivel de la base de las pestañas y sus glándulas anexas. Se observa en pacientes jóvenes. Presenta hiperemia de los bordes palpebrales en su porción anterior, y escamas secas y quebradizas alrededor de la base de las pestañas; en ocasiones, hay costras a ese nivel, que al levantarlas forman úlceras marginales y agrietamiento de los párpados. La afección puede hacerse crónica hasta llegar a desaparecer los folículos pilosos, con la consecuente pérdida de pestañas; en otros casos se presenta triquiasis y los bordes palpebrales tienden a redondearse (tilosis) (Fig. 5.6).

Síntomas

- Ardor.
- Dolor.
- Prurito localizado.
- Fotofobia.
- Visión borrosa.
- En los casos de afección corneal, sensación de cuerpo extraño ocular.

En la asociada a seborrea los síntomas son similares, pero menos intensos que en la anterior; se observan los bordes palpebrales de aspecto cerúleo y costras grasosas que no dejan úlceras al levantarse.

En la blefaritis posterior se observa inflamación y cúmulos grasos en la desembocadura de las glándulas de Meibomio.

Evoluciona por meses o años y afecta la película lagrimal.

Tratamiento

- Actuar sobre los factores causales o predisponentes.
- Realizar un cultivo bacteriológico con antibiograma.
- Limpieza mecánica de los bordes palpebrales, seguida de la aplicación de pomada antibiótica (según antibiograma), 3 o 4 veces al día.
- Vitaminoterapia.

Herpes zoster oftálmico

Afección causada por invasión del virus de la varicela zoster al ganglio de Gasser y extensión a la primera rama del trigémino. Afecta con más frecuencia a personas de edad avanzada o inmunodeprimidas.

Etiología

Se debe a la infección por el virus de la varicela zoster del ganglio de Gasser y extensión a la primera rama del trigémino.

Cuadro clínico

Dolor neurálgico violento de un lado de la cabeza y la cara, que precede las manifestaciones dermatológicas; sensación de calor; hiperestesia a ese nivel, seguido de edema; aparición de lesiones eritematosas o maculopapulares. Posteriormente se tornan en vesículas claras, en cuyo contenido se encuentra el virus, las que al romperse se convierten en costras que al caer pueden dejar cicatrices en la piel, despigmentación de la misma y trastornos de la sensibilidad (Fig. 5.7).

Complicaciones

La más frecuente es la queratitis. También se describen iridociclitis y aumento de la tensión intraocular. Puede persistir una neuralgia posherpética.

Tratamiento

- Mantener la vigilancia sobre el globo ocular, para detectar complicaciones.
- Se prescribirán compresas húmedas y pomadas antibiótico-antiinflamatorias, combinadas con antivirales locales y por vía sistémica; también se indicarán analgésicos.

Si aparecen complicaciones, se tratarán según lo establecido.

Alteraciones de la posición de los párpados

Entropión

Es la inversión mantenida del borde palpebral, que arrastra las pestañas, las cuales rozan la córnea y provocan lagrimeo, fotofobia, congestión y erosiones corneales. En los casos crónicos se observan opacidades en la córnea. Afecta uno o ambos párpados (Fig. 5.8).

Formas clínicas

Entropión espástico agudo. Aparece en pacientes con procesos inflamatorios oculares agudos o a continuación de una cirugía intraocular, producto de oclusiones oculares prolongadas.

Entropión cicatrizal. Es provocado por el acortamiento de la lamela posterior del párpado, a causa de traumas, quemaduras, tracoma, procesos inflamatorios como el síndrome de Stevens-Johnson, penfigoides cicatrizales y cirugías.

Entropión involutivo o senil. Afecta predominantemente el párpado inferior. Se produce por el relajamiento de los ligamentos palpebrales.

Tratamiento

El espástico desaparecerá al cesar la causa que lo originó. Se pueden tomar medidas temporales, como la colocación de tiras adhesivas o suturas para corregir la posición del párpado. El tratamiento definitivo del resto de las formas clínicas es la corrección quirúrgica.

Ectropión

Es la eversión mantenida del borde palpebral. Puede afectar el párpado superior o el inferior, este último con mayor frecuencia. El desplazamiento palpebral puede ser ligero o total y ocasiona lagrimeo, irritación y queratinización de la conjuntiva expuesta (Fig. 5.9).

Formas clínicas

Ectropión mecánico. Es provocado por tumoraciones en el párpado inferior.

Ectropión cicatrizal. Se debe al acortamiento de la lamela anterior del párpado por refracciones cicatrizales, secundarias a quemaduras, cirugías y enfermedades dermatológicas.

Ectropión paralítico. Es provocado por la parálisis del III par y a veces del IV y VII pares.

Ectropión involutivo. Característico del párpado inferior, se estima sea por adición de los efectos de la fuerza de gravedad a la relajación de los ligamentos.

Tratamiento

El tratamiento del ectropión es quirúrgico.

Ptosis palpebral

Es el descenso anormal del párpado superior; puede presentarse unilateral o bilateralmente y aparece desde un ligero descenso del párpado hasta la obstrucción total del eje visual.

Formas clínicas

Ptosis miógena. Es causada por distrofia del músculo elevador. Puede ser congénita o adquirida, por ejemplo, miastenia grave.

Ptosis aponeurótica. Es provocada por la desinserción de la aponeurosis del elevador o una desinserción de la misma. Puede ser congénita o secundaria a traumatismos, cirugías intraoculares, o involutiva.

Ptosis neurológica. Puede presentarse congénitamente (síndrome de Marcus-Gunn) (Fig.5.10) o a causa de trastornos adquiridos como traumatismos, lesiones vasculares, tumorales, procesos inflamatorios, meningoencefalitis, neuropatía diabética, entre otras, por ejemplo, parálisis del III par.

Ptosis mecánica. Se produce por el aumento de peso o volumen del párpado superior, así como por tumoraciones, cicatrices y dermatochalasis.

Seudoptosis. Son aquellas condiciones que pueden simular una ptosis, entre las que se incluyen la *Pthisis bulbi*, anoftalmía, exoftalmía contralateral, hipotropía y retracción contralateral del párpado superior.

Tratamiento

Es quirúrgico.

Lagofthalmía

Oclusión incompleta de la hendidura palpebral. Puede estar originada por acortamiento de los párpados, debido a traumas o cirugías anteriores, de origen congénito, parálisis facial y exoftalmía, entre otras.

Dermatochalasis

Es la manifestación palpebral del proceso de envejecimiento del organismo. Se presenta como una hipertrofia de la piel, relajamiento de las adherencias entre la piel y el músculo; la piel pierde su elasticidad y cuelga sobre la porción pretarsal del párpado (Fig. 5.11).

Blefarochalasis

Trastorno que aparece en sujetos con ataques frecuentes de edema palpebral, lo que origina adelgazamiento y arrugamiento de la piel; se observa, por lo general, en personas jóvenes.

Tumores palpebrales

Nos referiremos a los que enfrenta con mayor frecuencia el médico general.

Tumores benignos

Verruga vulgar. Lesiones epidérmicas, ocasionadas por la infección del papovavirus. Se caracterizan por pequeñas proyecciones de la piel, que son irregulares y carnosas, con una base ancha o pediculada.

Tratamiento

Crioterapia o cirugía.

Milio. Pequeñas elevaciones de color blancoamarillento, del tamaño de una cabeza de alfiler, provocadas por la retención de las glándulas sebáceas de la piel palpebral (Fig. 5.12).

Xantelasma. Placas amarillentas en la dermis de uno o ambos párpados, cerca del ángulo interno; aparecen a partir de la 4ta. década de la vida. Es ocasionada por una degeneración adiposa de las células del tejido conjuntivo con depósito de pigmentos; puede asociarse a hipercolesterolemia (Fig. 5.13).

Tratamiento

Quirúrgico, con fines cosméticos.

Tumores malignos

Carcinoma de células basales. Es el más frecuente de los tumores palpebrales malignos. Aparece generalmente a partir de la 5ta. década de la vida; se presenta mayormente en personas de la raza blanca y con antecedentes de exposición crónica al sol. Tumor localizado a nivel de la piel de los párpados, cerca del ángulo interno, más frecuentemente en el párpado inferior. Al inicio puede presentarse como una pequeña lesión nodular elevada, que va aumentando; su centro se umbilica, se cubre por una costra, se ulcera con características roedoras, base indurada y borde grueso, elevado y nodular. Crece muy lentamente y se extiende a tejidos vecinos, localmente invasivos; no metastiza; en ocasiones puede simular una blefaritis crónica unilateral.

Carcinoma de células escamosas. Es menos frecuente que el anterior; su crecimiento es mucho más rápido y agresivo; metastiza los ganglios linfáticos regionales. Tiene predilección por el párpado inferior y el borde palpebral. Se observa en personas de edad avanzada, de la raza blanca y con antecedente de exposición crónica al sol. Puede evolucionar con características externas, similares al anterior, pero crece muy rápidamente, acompañado de dolor; además, destruye grandes áreas y puede llegar a la cavidad craneana.

Diagnóstico

El diagnóstico definitivo de ambos será por biopsia.

Tratamiento

Es quirúrgico inmediato, con resección amplia y completa de la lesión, y reparación plástica del defecto. También se indica radioterapia y crioterapia.

SISTEMA LAGRIMAL

Funciones de la lágrima

Óptica. Al crear una película perfectamente lisa sobre la córnea, realiza una función refractiva.

Metabólica. Es fuente de oxígeno para la córnea.

Limpiadora. Es una vía de eliminación de los detritos celulares. Cuerpos extraños y microorganismos de la superficie ocular.

Antimicrobiana. Por las sustancias bacteriostáticas y bactericidas que se encuentran en sus componentes (lisozima), sirve de vehículo a diversas células de defensa, como los neutrófilos.

Lubricante. Facilita el desplazamiento palpebral sobre el globo ocular.

Anomalías congénitas del sistema lagrimal

Quiste congénito de la glándula lagrimal. Masa tensa, fluctuante, palpable por debajo del reborde orbitario superoexterno.

Ausencia de los puntos y canaliculos lagrimales. Es rara; lo que se observa más frecuentemente es la imperforación epitelial de los puntos lagrimales; el resto de los canaliculos se encuentra permeable.

Fístula del saco lagrimal. Pequeño orificio por debajo del tendón interno, por el cual hay salida de secreción lagrimal.

Obstrucción del conducto lacrimonasal. Puede deberse a la presencia de detritos celulares, a imperforación a nivel de la válvula de Hasner y menos frecuentemente del canal óseo lacrimonasal.

Enfermedades del sistema lagrimal

Nos referiremos a las más frecuentes en nuestro medio.

Síndrome de ojo seco

Es aquel estado patológico en el que ocurre un fallo en la producción de la película lagrimal, o que exista una distribución lagrimal defectuosa o una alteración de la superficie ocular que impidan su estabilidad.

Etiología

Las causas del “ojo seco” son muy diversas, y por esta razón los síntomas son oculares, comunes a una serie de entidades.

Puede presentarse de forma congénita o adquirida, por lesiones traumáticas o quirúrgicas de la glándula lagrimal; *síndrome de Sjögren*. En los ancianos, por alteraciones hormonales (menopausia); uso sistémico de medicamentos (antihistamínicos, antidepresivos, anovulatorios), en la artritis reumatoide, en el tracoma, quemaduras, déficit de vitamina A y blefaritis, entre otras.

Cuadro clínico

Su evolución es insidiosa, con períodos de mejoría que alternan con períodos de crisis.

El paciente se queja de sensación de cuerpo extraño y arenilla en los ojos; ardor; prurito; secreción discreta; lagrimeo, al inicio, y luego resequedad; fotofobia; ojos rojos, cansados y adoloridos; sensación de visión nublada; parpadeo aumentado y necesidad de frotarse los párpados.

Se pueden observar ingurgitación conjuntival, deslustre corneconjuntival, cúmulo de secreciones en el ángulo interno, queratitis filamentosa y disminución del *rivus* lagrimal, entre otros signos. Para la cuantificación de la lágrima se utiliza el test de Schirmer: se coloca una tira de papel de filtro Whatman 41, de 5 por 35 mm, y se realiza un doblez a 5 mm; este se coloca entre el tercio medio y el externo del borde palpebral interior; se espera 5 min para realizar la lectura, que será a partir del doblez del papel hasta donde termine el humedecimiento por la lágrima; se consideran normales las cifras por encima de 10 mm (Fig. 5.14).

Tratamiento

Se utilizan sustitutos lagrimales, estimulación de la producción lagrimal e incluso procedimientos quirúrgicos.

Estenosis de los puntos lagrimales

Pueden aparecer después de repetidos lavados lagrimales, en el síndrome de Stevens-Johnson, o acompañando a las conjuntivitis alérgicas y bacterianas de larga evolución, que provocan obstrucciones canaliculares.

Tratamiento

Los síntomas (epífora) se aliviarán con dilataciones de los puntos lagrimales; a veces son tributarios de cirugía.

Obstrucciones canaliculares

Pueden ser parciales o totales.

Etiología

- Traumatismos.
- Sondajes repetidos.

- Radiaciones.
- Procesos inflamatorios.
- Medicamentos como la fenilefrina e idoxuridina.
- Tumores del ángulo interno.
- Infecciones locales.

Cuadro clínico

El paciente presentará epífora. En la irrigación de las vías lagrimales se comprobará la obstrucción canalicular.

Tratamiento

Quirúrgico.

Dacriocistitis congénita

Inflamación del saco lagrimal por obstrucción congénita del conducto lacrimonasal. Aparece entre el 2 y el 4 % de los recién nacidos a término.

Etiología

- Obstrucción del conducto lacrimonasal por detritos celulares.
- Imperforaciones de la válvula de Hasner.
- Obstrucción del canal óseo.

Cuadro clínico

- Presencia de epífora y/o secreciones mucopurulentas en uno o ambos ojos.
- En ocasiones, aumento de volumen del saco lagrimal al nacimiento (dacriocistocele) (Fig. 5.15).

Tratamiento

La mayoría de las obstrucciones congénitas del conducto se repermeabilizan espontáneamente. En las primeras semanas se indican colirios antibióticos y compresiones del saco. Pasados los 6 meses de edad, si persiste, se realizará irrigación y sondaje de las vías lagrimales, bajo anestesia general (Fig. 5.16).

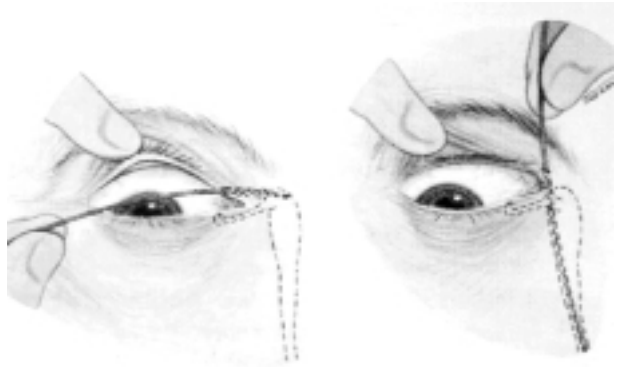


Fig. 5.16. Técnica de sondaje.

Dacriocistitis aguda

Es la inflamación aguda del saco lagrimal (Fig. 5.17).

Etiología

La obstrucción del conducto lacrimonasal, ya sea congénita o adquirida, favorece el cúmulo de las lágrimas en el saco lagrimal, lo que constituye un caldo de cultivo a diferentes gérmenes, como son los estafilococos, el estreptococo beta-hemolítico, los neumococos, etc. En los niños, el germen más frecuente es el *Hemophilus influenzae*.

Su presentación no es frecuente en los recién nacidos.

Cuadro clínico

- Aumento de volumen del saco lagrimal por debajo del tendón cantal medial, que al comprimirlo suavemente sale pus a través de los puntos lagrimales.
- Signos inflamatorios, localizados en el ángulo interno, e hiperemia conjuntival.
- El paciente refiere dolor intenso y, en ocasiones, fiebre. Entre las complicaciones se encuentran las fístulas, celulitis y abscesos orbitarios.

Tratamiento

- Los niños con dacriocistitis aguda deberán ingresarse urgentemente; en los adultos, esta conducta se reservará para los casos graves.
- Se tomará muestra de las secreciones provenientes del saco lagrimal para cultivo y antibiograma.

- Se contraindicarán los masajes o irrigaciones lagrimales, hasta que cedan los signos inflamatorios.
- Se impondrá, de inmediato, tratamiento con antibióticos de amplio espectro por vía sistémica, hasta obtener el resultado del cultivo.
- Se indicarán antibióticos tópicos y compresas calientes en el área afectada, para disminuir la inflamación y ayudar así a la evacuación del pus proveniente del saco.
- El tratamiento definitivo, una vez que cese el cuadro agudo, será el quirúrgico.

Dacriocistitis crónica

Inflamación crónica del saco lagrimal.

Etiología

Se debe a una obstrucción del conducto lacrimonasal, congénita o adquirida (traumatismos, infecciones, tumoraciones, cuerpos extraños, enfermedades de los senos perinasales, estenosis involucional).

Se observa con mayor frecuencia en el sexo femenino. Rara vez afecta la raza negra, por la cortedad y anchura del conducto lacrimonasal.

Cuadro clínico

El síntoma principal es la epífora. El estasis de lágrimas en el saco permite que proliferen diferentes bacterias, incluso hongos, que provocan una inflamación crónica en el saco y distensión de las paredes (mucocele); al comprimirlo, se observa una secreción mucoide o mucopurulenta por los puntos lagrimales. Pudiera presentarse una conjuntivitis angular interna.

Algunos casos evolucionan así durante años y otros hacen crisis de agudización.

Tratamiento

Es quirúrgico. Se realizará una nueva vía de drenaje: el saco lagrimal se conecta al meato medio nasal, a través de una dacriocistorrinostomía.