

Experiencia quirúrgica de dacriocistocele congénito con extensión intranasal en Hospital Regional de Talca: una serie de casos

Surgical treatment of congenital nasolacrimal duct cyst with intranasal extension at the Hospital Regional de Talca: a case series

Liesbeth Platzer M.¹, Constanza Troc P.², Pablo Villarroel¹, Paula Rodríguez³

Resumen

Introducción: El dacriocistocele congénito es una patología infrecuente de la vía lagrimal. Al extenderse hacia intranasal puede producir obstrucción de la vía aérea y dificultad respiratoria. **Objetivo:** Presentar la experiencia del Hospital Regional de Talca en el tratamiento quirúrgico endoscópico de dacriocistocelos intranasales complicados o que no responden a tratamiento conservador. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes operados entre julio 2018 y agosto 2024. La cirugía consistió en sondaje lagrimal, marsupialización y extirpación del quiste mediante abordaje endoscópico nasal. **Resultados:** Existe escasa literatura, siendo este el primer estudio descriptivo en Chile. Se confirmó el diagnóstico de dacriocistocele intranasal en 10 pacientes (edad promedio 31,3 días). El principal motivo de consulta fue la derivación por dacriocistitis (8/10). La muestra tiene características similares a los reportado internacionalmente: afecta a ambos sexos, predominando el sexo femenino (8/10), se presenta como lesión quística unilateral, pero hasta 40% de presentación bilateral. La cirugía resultó exitosa en 100% de casos, lo que fue evidenciado al permeabilizar la vía lagrimal con irrigación salina. El pronóstico es bueno y hasta la fecha ningún paciente presentó complicaciones ni nueva intervención quirúrgica. **Conclusión:** Ante la sospecha de un dacriocistocele intranasal, se prefiere la evaluación conjunta de otorrinolaringología y oftalmología. La endoscopia nasal es importante para un mejor diagnóstico y manejo, sobre todo cuando no responde a tratamiento conservador, tiene síntomas respiratorios o se complica con dacriocistitis. El tratamiento de elección en estos casos es quirúrgico, y consiste en marsupialización endoscópica del mucocele intranasal y sondaje del ducto lagrimal.

Palabras clave: Dacriocistocele, Dacriocistocele intranasal, Dacriostenosis congénita, Mucocele congénito, Dacriocistitis.

Abstract

Introduction: Congenital duct cyst is a rare pathology of the lacrimal duct. When it extends as an intranasal duct cyst, it can cause airway obstruction and respiratory difficulty. **Aim:** to present the experience of Hospital Regional de Talca, in the endoscopic surgical treatment of intranasal duct cysts that are complicated or do not respond to conservative treatment. **Materials and Methods:** Retrospective descriptive study of patients operated between July 2018-August 2024. The surgery consisted of lacrimal probing, marsupialization and removal of the cyst through a nasal endoscopic approach. **Results:** The diagnosis of intranasal duct cyst was confirmed in 10 patients (mean age 31.3 days). The main presentation was a referral for dacryocystitis (8/10). The sample has characteristics similar to those reported internationally: it affects both sexes, with the female sex predominating (8/10), it presents as a unilateral cystic lesion, but up to 40% presents bilaterally. The surgery was successful in 100% of the cases, which was evidenced by making the tear duct permeable with saline irrigation. The prognosis is good, and to date no patient has presented complications or

¹Departamento de Otorrinolaringología. Hospital Regional de Talca, Chile.
²Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.
³Departamento de Oftalmología. Hospital Regional de Talca, Chile.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Recibido el 04 de junio de 2025. Aceptado el 28 de octubre de 2025.

Correspondencia:
Liesbeth Platzer M.
30 oriente 1420. Oficina 709.
Talca
Email: lplatzer@gmail.com

new surgical intervention. Conclusion: When an intranasal duct cyst is suspected, joint intervention by an ophthalmologist and an otolaryngologist is preferred. Nasal endoscopy is important in diagnosis and better management of this pathology, especially when there is bad response to conservative treatment, respiratory symptoms or dacryocystitis. The treatment in these cases is surgical, for endoscopic marsupialization of intranasal mucocele and probing of the tear duct.

Keywords: Congenital nasolacrimal duct cyst, Intranasal nasolacrimal duct cyst, Congenital nasolacrimal duct obstruction, Congenital mucocele, Dacryocystitis.

Introducción

El dacriocistocele congénito, también llamado mucocele o quiste congénito del conducto nasolagrimal (DCNL) es una anomalía poco frecuente, debido a una obstrucción de la vía lagrimal^{1,2}. Lo más habitual es la persistencia de una membrana a nivel de la válvula de Hasner, que es la unión del ducto nasolagrimal con la mucosa nasal. Posteriormente se produce una acumulación de secreciones mucosas que dilata el saco lagrimal y comprime la válvula de Rosenmüller, o conducto canalicular común, generando una segunda obstrucción. Se obtienen así, dos puntos de obstrucción; una anatómica a distal, y otra funcional a proximal; creando un espacio cerrado (**Figura 1**). Este espacio se dilata hasta formar un quiste que puede o no extenderse hacia la cavidad nasal¹⁻⁴. Se ha descrito que entre el 35% a 73% de los recién nacidos de término tienen en algún grado una alteración conducto nasolagrimal, revolviéndose espontáneamente dentro del primer año de vida en el 85-95% de los casos^{1,3}.

El DCNL se presenta clínicamente como una tumefacción de color azul grisáceo justo debajo del canto interno, asociada a epífora y descarga mucosa¹⁻⁴ (**Figura 2**). La principal complicación es la dacriocistitis, que corresponde a la infección del dacriocistocele en un plazo de días a semanas y puede asociarse a celulitis preseptal, abscesos y fistulas^{1,4,5}. El agente más común es el *Staphylococcus epidermidis*, seguido de otros como *Staphylococcus aureus* y *Proteus spp.*⁵.

Se sabe que los recién nacidos y lactantes son respiradores nasales obligados hasta los 4 meses aproximadamente, aunque Miller y cols. proponen que hasta un 40% lograría respiración bucal^{1,3,6,7}. Es por esto que, cuando el DCNL se extiende a hacia la cavidad nasal, denominado quiste del conducto nasolagrimal

intranasal (DCNL), puede obstruir la vía aérea y presentar gran dificultad respiratoria, lo que se acentúa en la alimentación y el sueño. En este marco, el otorrinolaringólogo (ORL) se verá enfrentado a 2 situaciones: la derivación desde oftalmología o la consulta directa del paciente por síntomas respiratorios.

El diagnóstico de DCNL es clínico, no así el de DCIN¹⁻⁴. Si hay sospecha de extensión intranasal, se recomienda siempre realizar una endoscopia nasal para visualizar adecuadamente el meato inferior, de otra manera puede pasar desapercibido al examen físico³. El uso de imágenes, como la tomografía computada de cavidades perinasales (TC CPN) o resonancia magnética, son útiles para evaluar la extensión y el contenido del quiste, y descartar otros diagnósticos diferenciales como: atresia de coanas, estenosis congénita de apertura piriforme, hemangiomas, quistes dermoides, meningoencefalocele, gliomas y teratomas nasales. La ultrasonografía es operador-dependiente y otorga una imagen con información menos detallada, pero es una alternativa rápida y que no requiere sedación. También se ocupa esta última para hacer el diagnóstico prenatal^{1-3,5}. No se recomiendan exámenes de laboratorio de rutina³.

Recientemente se ha descrito un aumento de la incidencia, que podría explicarse por una mayor implementación de la endoscopia nasal, y mayor colaboración entre oftalmólogos y otorrinos³. No se encontraron datos sobre la incidencia en Chile y hay muy pocos casos reportados a nivel internacional. Es más frecuente en mujeres y su edad de aparición más habitual es en los 10 primeros días de vida, sin embargo, puede extenderse hasta los 2 años. Usualmente son unilaterales, pero pueden ser bilaterales hasta en el 30% de los casos^{1,3,5}.

La mayoría de los DCNL tienen manejo conservador: compresas calientes, masajes

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

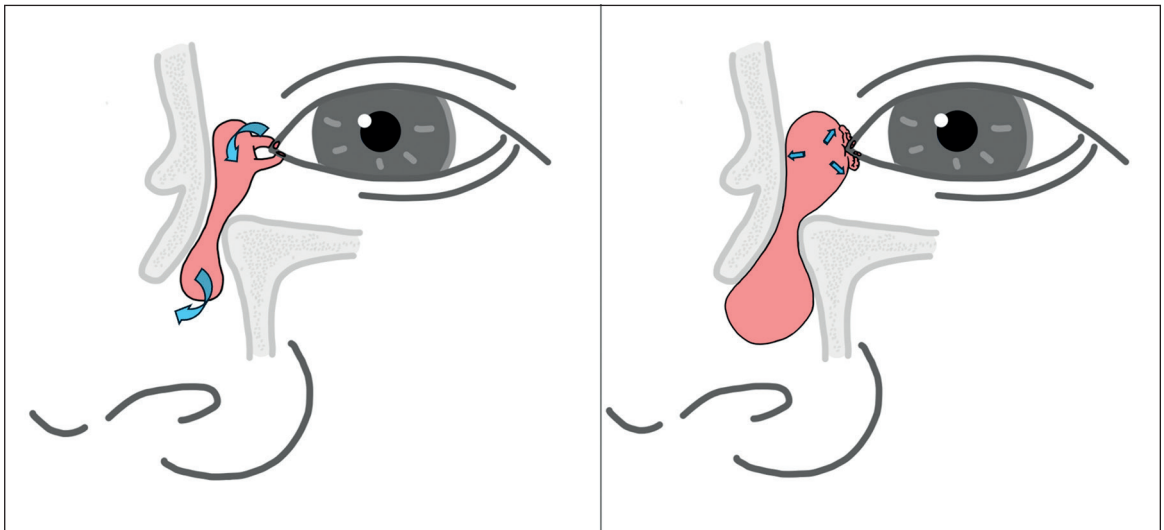


Figura 1. Fisiopatología del dacriocistocele. Elaborado por Constanza Troc.



Figura 2. Manifestación clínica del dacriocistocele congénito. Flecha muestra el DCNL como tumefacción de color azul grisáceo inferior al canto interno del ojo.

para descomprimir, antibióticos tópicos y seguimiento por 2 a 4 semanas^{1,3,4}. La tasa de éxito varía según edad del paciente entre 14-96%, siendo mayor en edades más tempranas. Si hay falla de tratamiento, se recomienda

antibióticos y manejo quirúrgico con sondaje lagrimal lo más precoz posible, pues reduce la incidencia de dacriocistitis y celulitis preseptal, además de aumentar la tasa de éxito, en comparación a sondeo tardío³. En caso de presentar dacriocistitis aguda, es necesario usar antibióticos endovenosos y realizar estudio microbiológico, postergando el sondaje de la vía lagrimal hasta que la infección del saco lagrimal esté controlada⁶⁻⁸.

La tasa de éxito del sondaje convencional es de 75% para *DCNL*, lo cual aumenta a 95% cuando se asocia a endoscopia nasal y marsupialización endoscópica⁸. En caso de visualización de *DCIN*, se prefiere un manejo quirúrgico conjunto, que consiste en sondaje lagrimal, asociado a marsupialización y extirpación del quiste mediante abordaje endoscópico nasal^{1,3-5,8}.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia conjunta del servicio de Otorrinolaringología y Oftalmología del Hospital Regional de Talca en el tratamiento quirúrgico endoscópico del quiste del conducto nasolagrimal intranasal complicado o que no responde a tratamiento conservador.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes del Hospital Regional de Talca entre julio de 2018 y agosto de 2024. Se seleccionaron 10 pacientes con diagnóstico de dacriocistocele intranasal con presencia de complicaciones o falla del tratamiento conservador. Se obtuvo el registro sexo, edad, clínica, estudio, manejo, técnica quirúrgica, días de estadía hospitalaria, seguimiento, y complicaciones. El manejo inicial consistió en evaluación por oftalmología, TC CPN y endoscopia nasal por ORL, para confirmar el diagnóstico de dacriocistocele intranasal.

La intervención quirúrgica se realizó bajo anestesia general, y consistió en sondaje lagrimal por oftalmólogo asociado con marsupialización endoscópica y resección de mucocele

intranasal por ORL. El seguimiento se realizó al menos en 2 ocasiones; la primera en la primera semana y la segunda entre 1 a 3 meses. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado y autorizaron el uso de sus datos para este estudio, el cual fue aprobado por el director de la institución. No se realizaron análisis estadísticos.

Técnica quirúrgica

Se realiza exploración de las fosas nasales con visualización directa usando endoscopio nasal de 4 mm o de otoendoscopio 2.7 mm de 0 y 30 grados. Se descongestionan las fosas nasales con gasas con adrenalina diluida 1:20.000. Para favorecer la exposición, en ocasiones fue necesario usar pinza recta para elevar el cornete inferior. Al visualizar quiste intranasal en meato inferior (**Figura 3**), se realiza drenaje con punción, aspiración con aguja N°21, y toma

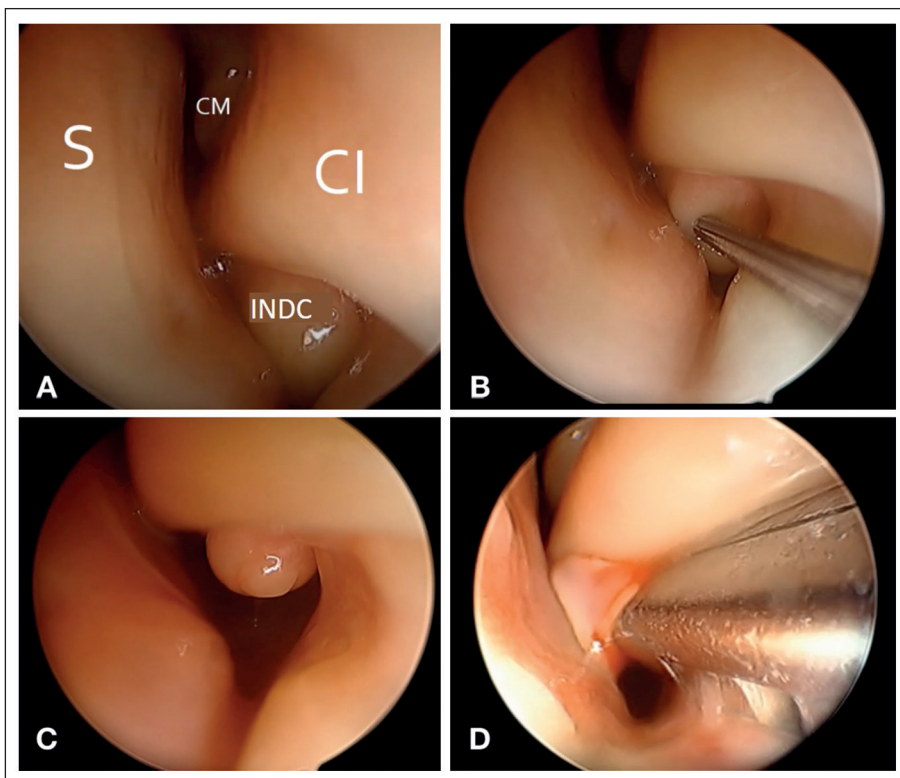


Figura 3. Técnica quirúrgica paso a paso: A) Visualización directa de DCIN (dacriocistocele intranasal) en meato inferior izquierdo. CM (cornete medio) CI (cornete inferior); B) Drenaje con punción aguja N°21 y aspiración endoscópica; C) La descompresión facilita la visualización del meato inferior y la resección del DCIN; D) Marsupialización endoscópica, resección completa de pared del quiste sin dañar la válvula de Hassner ni el cornete inferior (ideal uso pinzas oído).

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

de cultivo. El oftalmólogo realiza sondaje de vía lagrimal, asistido con endoscopia nasal por ORL, en donde se observa sonda perforando la pared del quiste nasal y salida de contenido mucoso o mucopurulento. Luego, se realiza marsupialización endoscópica con guadaña, pinzas nasales y/o instrumental cortante de oído, y toma de biopsia. Según nuestra experiencia es importante conservar la pared lateral del quiste, para evitar la formación de fibrosis alrededor de la válvula de Hassner. Para valorar la permeabilidad de la vía lagrimal se realiza lavado con suero fisiológico. No se ocuparon *stent* de silicona en forma postoperatoria. Por último, se realiza hemostasia con gasas con adrenalina diluida. Todos los pacientes fueron extubados en pabellón.

Resultados

Se evaluaron 10 casos en total, con una edad promedio 31,3 días (rango de 5-120 días), de los cuales 8 fueron mujeres y 2 hombres, 6 casos fueron unilaterales (4 derechos y 2 izquierdos) y 4 casos bilaterales (**Figura 4**). Se observaron antecedentes relevantes en 4 pacientes, de los cuales solo se repite (2/10) el antecedente de madre positiva para *Streptococcus* grupo B. Al examen físico los hallazgos en orden de frecuencia fueron: secreción mucosa (7 casos), cambio de coloración piel canto (7 casos), y aumento de volumen (7

casos). El principal motivo de cirugía fue la derivación por oftalmología por dacriocistitis asociado a *DCIN* (8 pacientes). Sólo dos pacientes consultaron directamente a urgencia pediátrica y otorrino por obstrucción nasal progresiva bilateral. Se confirmó el diagnóstico *DCIN* con TC CPN y endoscopia nasal (**Figura 5**), al observar un mucocelo de extensión nasal bajo el cornete inferior. En casos de dacriocistitis aguda, se indicó hospitalización y antibióticos sistémicos por 7-10 días, realizando la cirugía habiendo cumplido un mínimo de 48 horas de antibióticos. En casos de obstrucción nasal bilateral se indicó hospitalización por riesgo de apnea. Un paciente (Nº10) además presentó una bronquiolitis por virus respiratorio sincicial (VRS) lo que retrasó la intervención quirúrgica y requirió más días de hospitalización.

La cirugía resultó exitosa en todos los casos, lo que fue evidenciado al permeabilizar la vía lagrimal con irrigación salina. En 9 de los 10 pacientes se logró marsupialización completa. No se requirió taponamiento o gasas nasales para hemostasia en el postoperatorio. Se tomaron cultivos de secreción y biopsia a 8 de los 10 pacientes. Sólo en un caso se identificó el agente etiológico (*Staphylococcus aureus*). La estadía hospitalaria media fue de 4 días (rango 0 a 10). El alta postoperatoria varía entre los 0 a 3 días, con una media de 1,4 días. La **Tabla 1** muestra un resumen de los datos más relevantes de los pacientes del estudio.

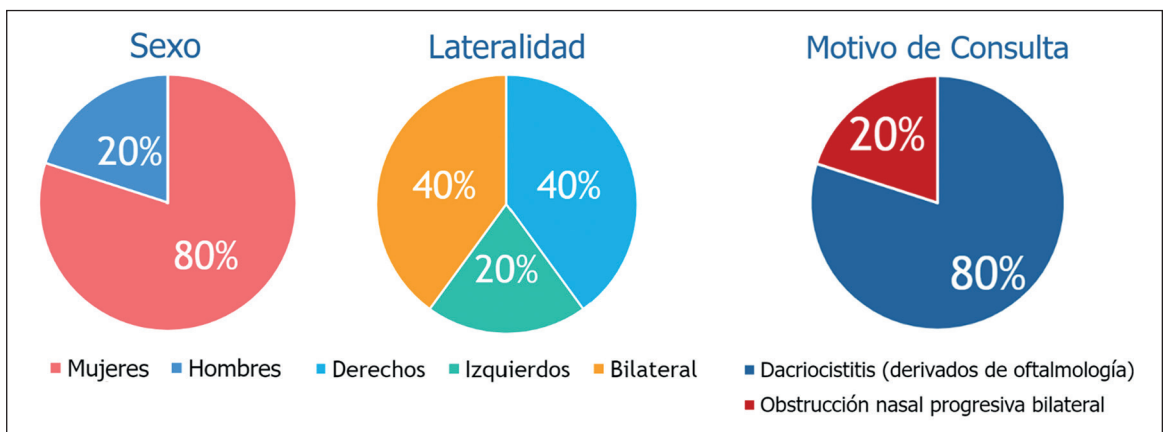


Figura 4. Distribución según sexo, lateralidad y motivo de consulta.

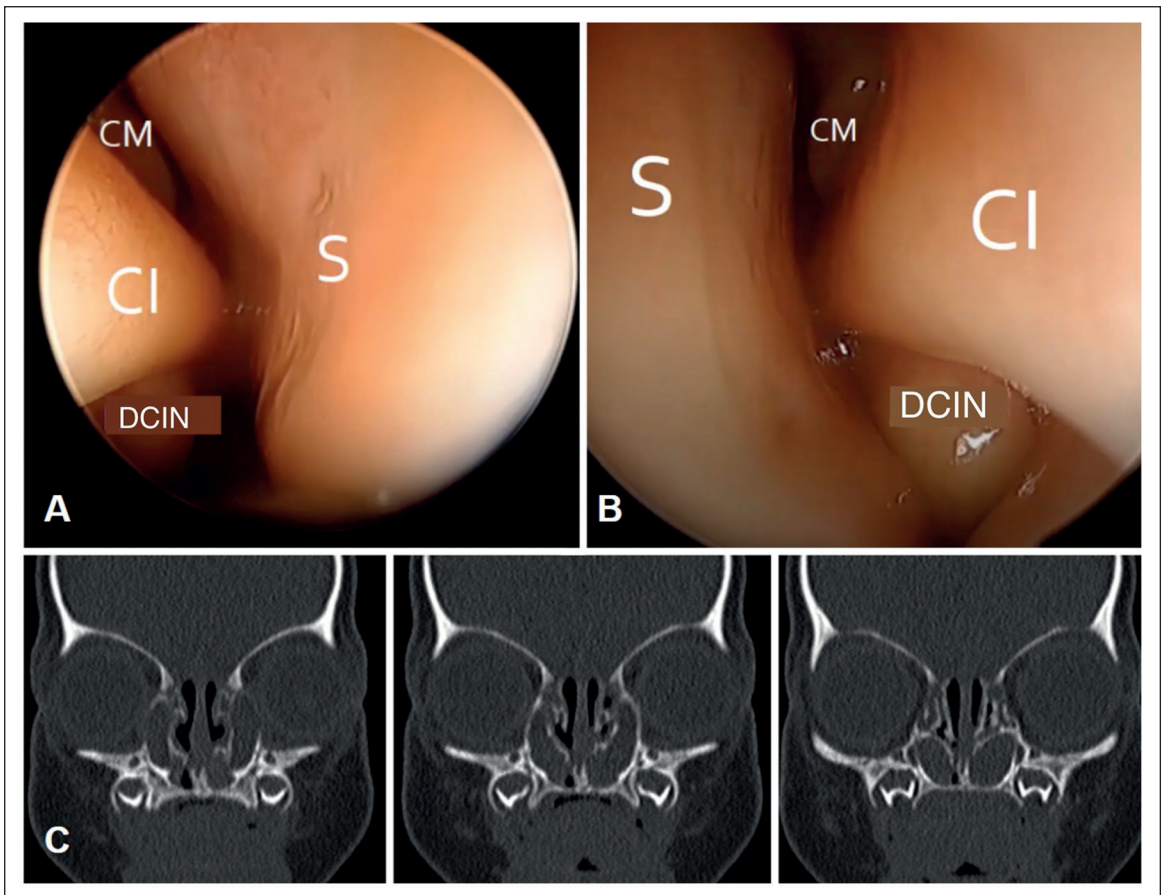


Figura 5. Diagnóstico de dacriocistocele bilateral con DCIN: A) y B) Endoscopia nasal, se observa S (septum) DCIN (dacriocistocele intranasal) CM (cornete medio) CI (cornete inferior); C) Tomografías computadas de cavidades paranasales que muestran DCIN con compromiso de ambos meatos inferiores y piso fosa nasal.

Como cuidados postoperatorios, se indican aseos nasales y antibióticos por 7 días en ungüento y/o colirio. En casos bilaterales además se indicó fluticasona nasal 1 *puff* cada fosa nasal cada 12 horas hasta control médico en 7 días.

Se realiza seguimiento a todos los pacientes en al menos 2 ocasiones. Ningún caso presentó complicación. Un único paciente (n°5) presentó recurrencia a los 6 meses con epífora unilateral que cede con manejo conservador. Cabe destacar que en este paciente solo se realizó marsupialización parcial y no se pudo realizar cultivo ni biopsia, debido a que presentó inestabilidad hemodinámica durante la cirugía.

Discusión

El *DCIN* es una entidad clínica rara, y poco se habla de ella en la literatura, por lo que gran parte de nuestra conducta fue en base a revisión de reporte de casos descritos y luego se basó en la experiencia previa. Se pesquisaron 10 pacientes en un plazo de 6 años. Algunos autores sugieren que la incidencia ha aumentado debido a la mayor implementación de la endoscopia nasal, y mayor colaboración entre oftalmólogos y otorrinos. Los resultados de la muestra de pacientes con *DCIN* presentada, tiene características clínicas y demográficas similares a los reportado internacionalmente: afecta a ambos sexos, con predominancia de

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Tabla 1. Registro de datos DCIN										
Pa- ciente	Sexo	Edad* (días)	Diag- nóstico	Antecedentes mórbidos	Indicación quirúrgica	Examen físico	Estudio	Complica- ción post- operatoria	Días hospitali- zación	Alta postope- ratoria
1	M	27	DCIN derecho	Madre SGB (+) con profilaxis ATB	Dacriocistitis aguda derecha	Eritema, aumento de volumen y secreción unilateral	Cultivo secreción (-), TC de órbita sin contraste, EN	No	6	1
2	F	9	DCIN bilateral	No	Dacriocistitis aguda bilateral	Secreción bilateral	Cultivo secreción (-), TC de órbita sin contraste, EN	No	3	2
3	F	15	DCIN bilateral	PEG	Dacriocistitis aguda derecha	Coloración violácea, aumento de volumen bilateral. Secreción derecha	Cultivo secreción (+), TC de órbita sin contraste, EN	No	1	1
4	F	5	DCIN derecho	No	Dacriocistitis aguda derecha	Eritema, aumento de volumen y secreción unilateral	Cultivo secreción (-), TC de órbita sin contraste, EN	No	4	3
5	F	11	DCIN derecho	No	Dacriocistitis aguda derecha	Coloración violácea y aumento de volumen unilateral	Sin cultivo, TC de órbitas, EN	No	1	1
6	F	12	DCIN izquierdo	Madre SGB (+) con profilaxis ATB, DG	Dacriocistitis aguda izquierda Sepsis	Eritema y secreción unilateral	Cultivo secreción (-), TC de órbita sin contraste, EN	No	8	3
7	M	23	DCIN bilateral	No	Obstrucción nasal bilateral	Aumento de volumen bilateral	Cultivo secreción (-), TC de órbita sin contraste, EN	No	5	1
8	F	120	DCIN derecho	Plagiocefalia derecha, Ictericia neonatal	Dacriocistitis recurrente derecha	Secreción unilateral	Cultivo secreción (-), TC de órbita sin contraste, EN	No	2	1
9	F	60	DCIN izquierdo	No	Dacriocistitis recurrente izquierda	Secreción unilateral	Sin cultivo, TC de órbita sin contraste, EN	No	0	0
10	F	35	DCIN bilateral	VRS+ panel viral al ingreso	Obstrucción nasal bilateral Dacriocistitis recurrente izquierda	Coloración violácea, aumento de volumen bilateral. Secreción izquierda	Cultivo secreción (-), TC de órbita sin contraste, EN.	No	10	1

*Edad en días al momento de la cirugía. *ATB=antibiótico, DG=diabetes gestacional, EN=endoscopia nasal, F=femenino, INDC=dacriocistocele intranasal, M=masculino, PEG =pequeño para la edad gestacional, SGB=Streptococcus grupo B, TC=tomografía computarizada.

sexo femenino, se presenta como lesión quística unilateral en la mayoría, pero con hasta 40% de presentación bilateral en nuestra serie, lo que es algo superior a lo reportado que era un 25-30%. La gran mayoría de los casos fueron derivados desde oftalmología y 2 pacientes consultaron inicialmente urgencia pediatría por obstrucción nasal progresiva donde fueron derivados a evaluación por ORL. Los hallazgos al examen físico varían entre secreción mucosa, cambio de coloración (eritematosa o violácea) y aumento de volumen. En nuestro estudio todos los pacientes se presentaron con un dacriocistocele complicado, ya sea por dacriocistitis o por síntomas respiratorios. Esto podría explicarse por falta de diagnóstico perinatal o porque somos centro de derivación regional.

El diagnóstico de *DCNL* es clínico, pero el de *DCIN* es endoscópico. Se recomienda la realización de estudio con endoscopia nasal y TC CPN a todos los pacientes con *DCNL* complicado (por dacriocistitis o síntomas respiratorios), sin respuesta a tratamiento conservador o en caso de duda diagnóstica. Las imágenes son de utilidad a la hora de evaluar diagnósticos diferenciales, extensión de la masa nasal y/o extensión de infección orbitaria o sinusal. Se sugiere realizar un TC CPN por sobre otras imágenes ya que la ecografía no permite visualización directa de la lesión, y la resonancia magnética requiere anestesia general, lo que es dificultoso por la edad temprana de los pacientes.

El tratamiento inicial del *DCNL* no complicado es conservador, con masajes y antibióticos tópicos. En caso de falla a tratamiento conservador o complicaciones, el tratamiento de elección es quirúrgico. Tradicionalmente se realizaba mediante abordaje ciego por oftalmólogo y el éxito dependía tanto de la anatomía del paciente, como de la habilidad del cirujano. El tratamiento de elección actual de un *DCIN* consiste en sondaje lagrimal por oftalmólogo asociado con marsupialización endoscópica y resección de mucocele intranasal por ORL^{9,10}. En cuanto a la técnica quirúrgica, tanto nuestra experiencia, como lo descrito por Dogan y cols. coinciden en que se debe reseca completamente la pared del quiste con cuidado de no dañar la válvula de Hassner ni el cornete inferior. Se sugiere la marsupialización con microdebridador bajo visión endoscópica, ya

que mejora la tasa de éxito. Al momento de la cirugía, no contábamos con *shaver* de menos de 3 mm en nuestro servicio, por lo que en la práctica fue muy útil usar bisturí 15° intraocular y/o material de oído como pinza cortantes y otoendoscopio. También sugerimos descomprimir el quiste mediante aspiración endoscópica antes de la marsupialización, porque permite visualizar mejor el meato inferior y facilita la resección del mucocele en comparación, cuando se aborda con este a tensión. Se debe evitar la descompresión mediante una incisión en la piel dado riesgo de fistulización del dacriocistocele y su cierre por segunda intención.

En casos de dacriocistitis, la literatura recomienda el uso de antibióticos preoperatorios hasta controlar la infección⁸. No existe un consenso sobre el número mínimo de tiempo que debe cumplir antes de la cirugía, pero recomendamos 48 horas, ya que se puede observar la respuesta inicial al tratamiento y tener la seguridad de una cobertura adecuada. Los cultivos de secreción nasal y/o del quiste que fueron tomados en 8/10 pacientes en el intraoperatorio, fueron negativos en 7/8 de los pacientes, lo que es esperable dado uso de antibiótico previo. Sólo un paciente fue positivo para *S. aureus* que es la segunda causa de infección descrita. Se sugiere la toma de cultivo siempre que sea posible, sobre todo si está sobreinfectado. La toma de biopsia se sugiere de rutina en caso de ser posible, pero sobre todo si se encuentra una lesión no característica.

En el postoperatorio, se recomienda controlar a todos los pacientes al menos en 2 ocasiones: la primera semana y luego a los 1-3 meses. El pronóstico es bueno, y hasta la fecha ningún paciente presentó complicaciones ni nueva intervención quirúrgica. Un único paciente presentó recurrencia que cedió con manejo conservador, lo que atribuimos a que solo se realizó marsupialización parcial.

Conclusión

El dacriocistocele congénito con extensión intranasal es infrecuente. Ante su sospecha es necesario realizar una evaluación conjunta de oftalmología y otorrinolaringología. La

endoscopia nasal es clave en el diagnóstico y manejo de esta patología. Se recomienda la realización de estudio con endoscopia y TC CPN a todos los pacientes con: *DCNL* complicado, sin respuesta a tratamiento conservador o en caso de duda diagnóstica. El tratamiento de elección de un *DCIN* es quirúrgico, y consiste en sondaje lagrimal por oftalmólogo asociado con marsupialización endoscópica y resección de mucocele intranasal por ORL.

Bibliografía

1. Cavazza S, Laffi GL, Lodi L, Tassinari G, Dall'Olio D. Congenital dacryocystocele: diagnosis and treatment. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008; 28(6): 298–301. PMID: 19205594; PMCID: PMC2689544
2. Grin TR, Mertz JS, Stass-Isern M. Congenital nasolacrimal duct cysts in dacryocystocele. *Ophthalmology* 1991; 98(8): 1238–1242. doi: 10.1016/s0161-6420(91)32149-3
3. Dogan E, Yüksel NG, Ecevit MC, Yaman A, Berk AT, Sütay S. Microdebrider assisted endoscopic marsupialization of congenital intranasal nasolacrimal duct cysts. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012; 76(4): 488–491. doi: 10.1016/j.ijporl.2011.12.031
4. Becker BB. The Treatment of Congenital Dacryocystocele. *Am J Ophthalmol* 2006; 142(5): 835–838.e1. doi: 10.1016/j.ajo.2006.05.043
5. Huang C-Y, Argüello L, Mendiola F, Hidalgo O. Obstrucción de la Vía Lagrimal en el Periodo Neonatal: Diagnósticos Diferenciales - Revisión Bibliográfica del Tema. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos* 2024; 7(1): 24–31. doi: 10.34192/cienciaysalud.v7i1.565
6. Sánchez R, Gómez E, Martín M, Burgueño M. Obstrucción nasal neonatal: encefalocele basal. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2012; 34(3): 133–135. doi: 10.1016/j.maxilo.2011.07.011
7. Miller M, Martin R, Carlo W, Fouke J, Strohl K, Fanaroff A. Oral breathing in newborn infants. *The Journal of Pediatrics* 1985; 107(3): 465–469.
8. Trott S, Colgrove N, Westgate P, Bush M, Iverson K. Systematic review of endoscopic-assisted surgical management for congenital nasolacrimal duct obstruction. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2020; 139:110448. doi: 10.1016/j.ijporl.2020.110448
9. Levin AV, Wygnanski-Jaffe T, Forte V, et al. Nasal endoscopy in the treatment of congenital lacrimal sac mucoceles. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003; 67: 255–61. doi: 10.1016/s0165-5876(02)00379-8 10.1016/s0165-5876(02)00379-8
10. Singh S, Ali M.J. Congenital Dacryocystocele: A Major Review. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 2019; 35 (4): 309–317. doi:10.1097/IOP.0000000000001297