

## **Puntoplastia en dos cortes modificada en estenosis de puntos y canalículos lagrimales inferiores**

Modified two-snip punctoplasty for stenosis of inferior lacrimal points and canaliculi

Datia Liset Ortíz Ramos<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1438-7341>

Franklyn Alain Abreu Perdomo<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6894-5121>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo”.

La Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Instituto Cubano de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Determinar los resultados alcanzados con la utilización de la puntoplastia en dos cortes modificada en el manejo de los pacientes con estenosis de los puntos y canalículos lagrimales inferiores.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de casos, en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo”, desde enero del año 2016 a diciembre de 2018. La muestra quedó conformada por 22 pacientes (38 ojos), sometidos a la técnica quirúrgica, y fue caracterizada de acuerdo con la edad, el sexo, el color de la piel, la bilateralidad, la localización anatómica de la obstrucción, los antecedentes patológicos personales, las complicaciones y la evaluación funcional final.

**Resultados:** De un total de 22 pacientes, 17 estuvieron entre las edades de 60 y 79 años, el 72,7 % del sexo femenino y el 86,4 % con piel de color blanco. La blefaritis fue el principal antecedente oftalmológico encontrado (18,2 %), la obstrucción fue bilateral en el 72,7 % de los casos, y fundamentalmente a nivel del punto lagrimal (16 casos). El 86,8 % no mostró complicaciones posoperatorias; 3 casos presentaron extrusión del tutor de silicona, los cuales estuvieron en relación con el fallo en el resultado final. En el 92,1 % se constató el éxito de la cirugía.

**Conclusiones:** La estenosis de la vía lagrimal se produce principalmente en mujeres, de raza blanca, mayores de 60 años y sin antecedentes patológicos referidos. La afectación es más frecuente a nivel del punto lagrimal. Con la técnica quirúrgica se logra un resultado excelente y con complicaciones mínimas.

**Palabras clave:** Epífora; estenosis del punto lagrimal; puntoplastia.

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the results achieved by modified two-snip punctoplasty in the management of patients with stenosis of inferior lacrimal points and canaliculi.

**Methods:** A retrospective descriptive study was conducted of a case series at Comandante Manuel Fajardo Clinical Surgical University Hospital from January 2016 to December 2018. The sample was 22 patients (38 eyes) undergoing the surgical technique. The variables studied were age, sex, skin color, bilaterality, anatomical location of the obstruction, personal pathological antecedents, complications and final functional evaluation.

**Results:** Of the total 22 patients, 17 were in the 60-79 years age group, 72.7% were female and 86.4% were white. Blepharitis was the main ophthalmological antecedent (18.2%). Obstruction was bilateral in 72.7% of the cases, fundamentally at the lacrimal punctum (16 cases). 86.8% did not have any postoperative complication, whereas 3 presented extrusion of the silicone tutor. These were related to failure in the final result. Surgery was successful in 92.1% of the cases.

**Conclusions:** Lacrimal duct stenosis prevails in white skin women aged over 60 years without reported pathological antecedents. The disorder is more common at the lacrimal punctum. The surgical technique used achieves excellent results with minimum complications.

**Key words:** Epiphora; lacrimal punctum stenosis; punctoplasty.

Recibido: 14/09/2019

Aceptado: 28/01/2020

## Introducción

El “lagrimeo” es una causa frecuente por la que acuden los pacientes a las consultas de Oftalmología. Cuando se trata de un exceso en la producción de las lágrimas, como en los casos de afecciones de tipo irritativo, se denomina lagrimeo reflejo; cuando obedece a defectos en su

excreción se le llama epífora. Como parte de su sistemática diagnóstica se hace necesario evaluar la porción secretora y excretora del aparato lagrimal, la película lagrimal y la posición anatómica de los párpados.<sup>(1)</sup>

El diagnóstico de un paciente con epífora se realiza aplicando la escala de clasificación de *Munk*, utilizada por algunos autores, el cual es un método subjetivo donde el paciente, a través del interrogatorio, describe el número de veces en que debe secar el exceso de lágrimas durante el día. También se debe aplicar la prueba de *Schirmer*, el tiempo de ruptura de la película lagrimal para descartar el lagrimeo reflejo, y la prueba de desaparición del contraste, que se considera positivo para una alteración del drenaje cuando el menisco lagrimal puede alcanzar más de 2 mm. Otras pruebas diagnósticas que se realizan son: el *test* de *Jones*, la exploración de vías lagrimales, la dacriocistografía, que en la actualidad se utiliza con fines docentes e ilustrativos, y la tomografía computarizada para buscar alteraciones en cavidades vecinas. La irrigación de la vía lagrimal es una herramienta útil que tiene el cirujano oculoplástico para determinar el nivel de la obstrucción o estenosis.<sup>(2)</sup>

La estenosis del punto lagrimal es una entidad común que representa el 8 % de todas las epíforas. Puede ser congénita (agenesia de los puntos lagrimales); inflamatoria, como ocurre en el curso de enfermedades mucosinequiantes; por ejemplo, en el síndrome de *Stevens-Johnson*; infecciosas, como ocurre en las blefaritis y en las afecciones por herpes virus. También de causa traumática, por radiaciones, por el uso de algunos medicamentos y por la exposición del punto en malposiciones palpebrales (ectropion). La estenosis del punto lagrimal puede estar acompañada de estenosis del canalículo.<sup>(3,4)</sup>

El tratamiento de estas obstrucciones depende de la causa que las produce. Inicialmente puede ser médica, principalmente en las inflamaciones e infecciones, que pueden causar edema o cicatrización en algún lugar de la vía lagrimal, y provocar una obstrucción intermitente, por lo que la epífora aparece de manera ocasional. En estos casos se indican antibióticos y antiinflamatorios durante varias semanas. En aquellos que no resuelven con el tratamiento médico, se realiza el sondaje y la irrigación de la vía lagrimal, técnica con la que se logra la solución definitiva en muchos pacientes. Cuando la epífora es causada por la eversión del punto se debe realizar la corrección quirúrgica de este. En ocasiones la estenosis del punto impide el paso de la sonda y se hace necesario realizar una puntoplastia.<sup>(5)</sup>

Las técnicas quirúrgicas para el abordaje del punto lagrimal están descritas por *Bowman* desde el año 1853, quien le realizaba un corte al punto fimótico. Con el paso de los años aparecieron variantes de puntoplastia de 2 y 3 cortes, así como la combinación con suturas y el uso de antimetabolitos, como la mitomicina C. Muchos autores prefieren la colocación de un tutor de

silicona en el acto quirúrgico para garantizar la permeabilidad de la vía y evitar su cierre prematuro.<sup>(6,7,8,9)</sup>

Por tal motivo se decide realizar el estudio con el objetivo de determinar los resultados alcanzados con la utilización de la puntoplastia en dos cortes modificada en el manejo de los pacientes con estenosis de los puntos y canaliculos lagrimales inferiores.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de una serie de casos en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo”, de La Habana, Cuba, desde enero del año 2016 a diciembre de 2018. El universo fue de 116 pacientes quienes acudieron a la consulta y refirieron “lagrimeo”. Luego del examen físico oftalmológico y de la exploración de los casos, se excluyeron aquellos con lagrimeo reflejo, obstrucción a nivel del saco lagrimal y/o conducto nasolagrimal y los que resolvieron la obstrucción con otras modalidades terapéuticas. Se incluyeron los que tenían diagnóstico de obstrucción punto-canalicular que fueron sometidos a la técnica quirúrgica. La muestra quedó conformada por 22 pacientes (38 ojos), y fue caracterizada de acuerdo con la edad, el sexo, el color de la piel, la bilateralidad, la localización anatómica de la obstrucción, los antecedentes patológicos personales, las complicaciones y la evaluación funcional final. La información fue obtenida de las historias clínicas individuales de los pacientes.

### Descripción de la técnica quirúrgica

Se instila colirio anestésico (2 o 3 gotas) en el fondo de saco conjuntival inferior y se dilata el punto lagrimal inferior con dilatador de punto lagrimal, 2 veces hacia abajo y adentro, en dirección al canaliculo.

Posteriormente se introduce un dilatador canalicular por el punto lagrimal inferior. Si se sospecha obstrucción del conducto nasolagrimal, se puede utilizar la sonda de Crawford en dirección a la nariz. Se toma una cánula roma, previamente montada en una jeringa de 5 cc con suero fisiológico y se pasa el líquido a través del sistema lagrimal excretor.

*Puntoplastia en 2 cortes:* Procedemos a canalizar con el dilatador el punto y la primera porción del canaliculo; realizamos dos cortes con un bisturí oftalmológico de 20° en forma de “V” a través del punto y en dirección al canaliculo, en sentido horizontal. Se retira el tejido que queda entre estos dos cortes, dejando al descubierto la luz canalicular en su primera porción, a

diferencia de la técnica convencional, en la cual el corte se realiza de forma vertical en la pared posterior de la ampolla del punto lagrimal.

Procedemos a introducir de 8 a 10 mm del tutor de silicona a través del canalículo inferior hasta la primera porción del saco lagrimal. Se evierte el tutor que queda expuesto a través del punto lagrimal inferior, más o menos a 45° con respecto al borde libre en sentido medial o nasal. Se sutura con 3 puntos sueltos con nylon 6.0 que pasen a través del tutor e incluyan piel a ambos lados de este. El primer punto a 2 mm del borde libre, el segundo a 4 mm y el tercero a 4 mm del segundo. La zona donde se fija el tutor de silicona debe estar previamente anestesiada con lidocaína 2 % con preservo, 1 mL de forma subcutánea.

### **Cuidados posoperatorios**

En el posoperatorio inmediato no es necesaria la oclusión del ojo. Se indica el uso de colirios antibióticos (cloranfenicol 0,5 %, ciprofloxacino 0,3 %) y antiinflamatorios esteroideos (prednisolona 0,5 %, fosfato de dexametasona 0,1 %) cada 3 horas en el ojo tratado. Se recomienda mantener la higiene ocular, realizando lavados oculares frecuentes, y mantener el tratamiento habitual en los casos que son portadores de un glaucoma. Se le explica al paciente que la sonda debe permanecer durante un período de 2 semanas. Durante este tiempo, puede experimentar lagrimeo, y que no debe manipular el tutor.

### **Seguimiento**

Se evalúa en el posoperatorio a las 24 horas, a los 7 días y a los 15 días, fecha en que se retiran los puntos de sutura y con una pinza de conjuntiva sin dientes se retira el tutor de silicona a través del punto lagrimal.

Si no existen complicaciones, el seguimiento del paciente se realiza al mes, 3, 6 y 12 meses posteriores a la cirugía; y cada 6 meses durante el segundo año. En estas consultas se evalúa la presencia o no de epífora, y la permeabilidad de la vía lagrimal constatada mediante el sondaje e irrigación.

### **Resultados**

En la Tabla 1 se observa la distribución de la muestra de acuerdo con la edad, el sexo y el color de la piel. De un total de 22 pacientes, 17 estuvieron entre las edades de 60 y 79 años. El 72,7 % fueron del sexo femenino, y el 86,4 % eran blancos.

**Tabla 1** - Distribución de la muestra de acuerdo con la edad, el sexo y el color de la piel

Edad (años)	No. (%) n= 22	Sexo		Color de la piel	
		Masculino	Femenino	Blanca	No Blanca
50-59	3 (13,6)	1	2	2	1
60-69	9 (40,9)	1	8	9	0
70-79	8 (36,4)	4	4	6	2
80 y más	2 (9,1)	0	2	2	0
<b>Total</b>	<b>22 (100)</b>	<b>6 (27,3)</b>	<b>16 (72,7)</b>	<b>19 (86,4)</b>	<b>3 (13,6)</b>

Fuente: Historia clínica.

La mayoría de los pacientes refirieron algún antecedente ocular, como se observa en la Tabla 2. La blefaritis (18,2 %) y el glaucoma (13,6 %) fueron los más frecuentes. En el 72,7 % de la muestra la obstrucción fue bilateral y se presentó fundamentalmente a nivel del punto lagrimal (16 casos); en 5 pacientes hubo obstrucción punto-canalicular.

**Tabla 2** - Distribución de la muestra según los antecedentes, la bilateralidad y la ocalización anatómica de la obstrucción

Antecedentes	No. (%) n= 22	Bilateralidad			Localización anatómica		
		OD	OI	AO	Punto	Canalículo	Ambos
Blefaritis	4 (18,2)	1	1	2	2	1	1
Glaucoma	3 (13,6)			3	3		
Ectropion	2 (9,1)		1	1	2		
Meibomitis	1 (4,5)			1	1		
Herpes zóster	1 (4,5)			1			1
Conjuntivitis alérgica	1 (4,5)			1	1		
Blefaroplastia	1 (4,5)			1			1
Quemadura conjuntival	1 (4,5)	1			1		
Pterigion	1 (4,5)			1	1		
Quimioterapia	1 (4,5)			1			1
Ninguno	6 (27,3)	1	1	4	5		1
<b>Total</b>	<b>No. (%) 22 (100)</b>	<b>3 (13,6)</b>	<b>3 (13,6)</b>	<b>16 (72,7)</b>	<b>16 (72,7)</b>	<b>1 (4,5)</b>	<b>5 (22,7)</b>

Fuente: Historia clínica.

De los 38 ojos a los cuales se les realizó la técnica quirúrgica, el 86,8 % (n= 33) no mostró complicaciones posoperatorias; se presentaron solo en 5 casos, 3 de ellos con extrusión del tutor de silicona, tal como se muestra en la Tabla 3.

**Tabla 3** - Complicaciones posoperatorias.

Complicaciones	No.	%
Extrusión del tutor	3	7,9
Migración del tutor	1	2,6
Dehiscencia de sutura	1	2,6
Ninguna	33	86,8
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fuente: Historia clínica.

En la Tabla 4 se expone la evaluación funcional final de los ojos sometidos al tratamiento con una media de seguimiento de 18,6 meses. En el 92,1 % (n= 35) no hubo manifestaciones de epífora en ninguna de las evaluaciones realizadas. En 3 ojos sí apareció la epífora desde la evaluación a los 3 meses, en casos que coincidieron con los que presentaron como complicación la extrusión precoz del tutor de silicona, y se constató en ellos la reestenosis a través de la exploración de la vía lagrimal.

**Tabla 4** - Evaluación funcional final

Evaluación funcional final		No. (%)		Media de seguimiento 18,6 meses (min 8; máx. 41)
		3 meses	6 meses	
Epífora	Sí	3 (7,9)	3 (7,9)	3 (7,9)
	No	35 (92,1)	35 (92,1)	35 (92,1)

Fuente: Historia clínica.

## Discusión

La estenosis de los puntos lagrimales es una entidad común considerada en la práctica la causa del 8 % de todas las epíforas. Su tratamiento en algunos casos puede ser médico; sin embargo, en otros se hace necesaria una evaluación minuciosa para efectuar el tratamiento quirúrgico, el cual consiste en la realización de una puntoplastia con la colocación de un tutor de silicona para evitar la reestenosis.<sup>(3,10)</sup>

El punto lagrimal inferior, encargado de la absorción del mayor porcentaje de la lágrima, es el más afectado, y por tanto el responsable de la sintomatología. Ocurre con mayor frecuencia en pacientes del sexo femenino y en mayores de 50 años, fundamentalmente por varias morbilidades oculares que aparecen en el adulto mayor, y que guardan una estrecha relación con su causa. Resultados similares lo expresa un estudio realizado en México, y otro en la provincia

de Pinar del Río, ambos coincidente con nuestros resultados.<sup>(3,10,11,12)</sup> La raza no ha sido referida como variante epidemiológica de repercusión para esta entidad.

La presencia de antecedentes patológicos oculares, sobre todo de origen infeccioso, cobra importancia cuando se analiza la etiología de la estenosis. La blefaritis representa la principal causa en la mayoría de las series; en el estudio mexicano representó el 36,14 % de los casos, y se recogieron otros de menor incidencia como la conjuntivitis alérgica, la uveítis o el uso de tratamiento tópico para el glaucoma.<sup>(10)</sup> Otras investigaciones, en las cuales se realizó el análisis histopatológico de la muestra de tejido retirado durante la cirugía, mostró hallazgos consistentes con inflamación, fibrosis o ambas, lo que proporciona evidencias para sustentar la hipótesis de que muchas causas etiológicas de la estenosis del punto obedecen a un mecanismo fisiopatológico común que involucra la inflamación.<sup>(3,11)</sup> Estos resultados coinciden con los de nuestro estudio. Sin embargo, la causa involutiva fue la que predominó en las series de *Mainville* y *Dudeja*.<sup>(1,13)</sup>

A pesar de que en la presente investigación encontramos un solo caso que fue sometido a tratamiento con quimioterapia, muchos estudios hacen referencia a la estenosis punto-canalicular asociada a ciertos medicamentos citostáticos, fundamentalmente el docetaxel (taxotere) y el 5-fluorouracilo.<sup>(2,14)</sup>

Es importante para el cirujano oculoplástico definir la localización de la obstrucción para seleccionar la técnica quirúrgica adecuada. Con este fin se debe realizar la exploración de las vías lagrimales excretoras para ubicar anatómicamente el punto de la estenosis, de acuerdo con la salida o no de la solución salina por el conducto nasolagrimal hacia la cavidad nasal o el reflujo por el punto lagrimal superior ipsilateral.<sup>(14)</sup> *Kazuyoshi* tuvo en su estudio una mayor incidencia de obstrucciones en el conducto nasolagrimal (76 %) y del canaliculo común en un 22 %.<sup>(15)</sup> *Primelles* expuso un predominio de la estenosis del punto lagrimal inferior en el 90,2 % como principal causa de epífora.<sup>(3)</sup> Similares resultados se obtuvieron en el presente estudio y coincide con este último referido.

Cuando un tratamiento conservador fracasa y se toma la decisión de realizar la puntoplastia, debe elegirse la técnica quirúrgica que sea menos invasiva para el paciente. Varios estudios han informado su eficacia para mejorar la epífora en pacientes adultos, con una mejoría entre el 52 y el 89 % de estos. *Alí* y otros describen el uso de la puntoplastia en 3 cortes con buenos resultados y con solo un 10 % de reestenosis. *Delgado* propone la puntoplastia en dos cortes como su técnica de elección y no describe complicaciones con el uso de esta. No obstante, en el presente estudio se modifica la técnica en dos cortes con el objetivo de que la cirugía sea menos traumática y de respetar la estructura anatómica del punto y el canaliculo. Con el corte realizado,

de forma horizontal, exponiendo la primera porción de la luz canalicular, se reducen la fibrosis posoperatoria, y las complicaciones son mínimas, principalmente en relación con el desplazamiento del tutor de silicona. *Hussain* y otros reportaron en su serie de 77 pacientes a quienes se les colocó tutor de silicona, la migración y la pérdida de este en 1 y 3 casos, respectivamente.<sup>(16,17,18)</sup>

Se puede decir que una cirugía del punto lagrimal por estenosis es satisfactoria cuando en la evaluación posoperatoria hay ausencia de lagrimeo y se constata permeabilidad a la exploración de la vía lagrimal excretora. La efectividad de la técnica de tres cortes en el estudio de *Ali* y otros fue de un 74,7 % a los 6 meses de realizada, y *Kazuyoshi* reportó el 52 %.<sup>(15,16)</sup> Los resultados del presente estudio con una técnica más sencilla, de solo dos cortes, fueron superiores, al lograr el 92,1 % de resolutivez de los casos operados, similares a otros estudios que también abogaron por abordajes menos traumáticos con muy buenos resultados.<sup>(12,19)</sup>

La puntoplastia en dos cortes, modificada y tutorizada, que se describe en esta investigación es una técnica sencilla y mínimamente invasiva que se realiza con pocos recursos. Propicia el ahorro de insumos y material gastable, así como la reducción de los tiempos quirúrgicos; genera un estado de satisfacción al paciente por la desaparición de la epífora y/o las infecciones asociadas, y por tanto la disminución del uso de antibióticos, y se logra una rápida rehabilitación e incorporación del paciente a su vida social y/o laboral, lo que mejora la calidad de vida de los pacientes, sobre todo en adultos mayores.

La estenosis de la vía lagrimal se produce principalmente en mujeres de raza blanca, mayores de 60 años y sin antecedentes patológicos referidos. La afectación es más frecuente a nivel del punto lagrimal. Con la técnica quirúrgica se logra un resultado excelente y con complicaciones mínimas.

## Referencias bibliográficas

1. Mainville N, Jordan D. Etiology of tearing: A retrospective analysis of referrals to a tertiary care oculoplastics practice. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2011;27:155.
2. Chong M, Wook S, Sook M, Jin W, Yeol W, Hyung Y, Bae H. Classification of lacrimal punctal stenosis and its related histopathological feature in patients with epiphora. *Korean J Ophthalmol*. 2017;31(5):375-82.

3. Primelles R, Gómez N, Arrontes D, Torres O, Martínez IY. Caracterización clínico-epidemiológica de la estenosis de los puntos lagrimales. *Rev Cienc Med Pinar del Río* 2016;20(2):194-9.
4. Ali MJ, Mishra DK, Baig F, et al. Punctal stenosis: histopathology, immunology and electron microscopic features - a step towards unraveling the mysterious etiopathogenesis. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg*. 2015;31:98-102.
5. Soiberman U, Kakizaki H, Selva D, Leibovitch I. Punctal stenosis: definition, diagnosis and treatment. *Clin Ophthalmol*. 2012;6:1011-8.
6. Dolin SL, Hecht SD. The punctum pucker procedure for stenosis of the lacrimal punctum. *Arch Ophthalmol*. 1986;104:1086-7.
7. Lam S, Tessler HH. Mitomycin C as adjunct therapy in correcting iatrogenic punctal stenosis. *Ophthalmic Surg*. 1993;24:123-4.
8. Chak M, Irvine F. Rectangular 3 snip punctoplasty outcomes: preservation of lacrimal pump in punctoplasty surgery. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg*. 2009;25:134-5.
9. Caesar RH, McNab AA. A brief history of punctoplasty: the three snip revisited. *Eye*. 2005;19:16-8.
10. Ansart AF, Sánchez SV, Tovilla JL. Dacriointubación cerrada y tubo de silicona como tratamiento de la obstrucción adquirida de vía lagrimal alta en adultos. *Rev Mex Oftalmol*. 2006;80(5):254-9.
11. Port AD, Chen YT, Lelli GJ. Histopathologic changes in punctal stenosis. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2013;29(3):201-4.
12. Abd El Ghafar AS, El-Kannishy AM, Elwan MM, Sabry D, Kishk HM, Elhefney EM. Perforated punctal plugs with adjuvant use of mitomycin-C in management of acquired external punctal stenosis grades 0 and 1. *Can J Ophthalmol*. 2017;52(6):606-10.
13. Dudeja G, Khazaei HM, Bhujang K, Piplani B. Recent advances in management of acquired external punctal stenosis. *Delhi J Ophthalmol*. 2015;26(2):2.
14. Mansur C, Pfeiffer ML, Esmaeli B. Evaluation and management of chemotherapy-induced epiphora, punctal and canalicular stenosis, and nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2017;33(1):9-12.
15. Kazuyoshi O, Takashi U. Lacrimal obstruction in adults. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2017;33(2):2.
16. Ali MJ, Ayyar A, Naik MN. Outcomes of rectangular 3-snip punctoplasty in acquired punctal stenosis: is there a need to be minimally invasive? *Eye*. 2015;29:515-8.

17. Delgado JL, Montesinos B, Pérez J, Re B, Moreno JM. Puntoplastia: nuestra técnica para solucionar la epífora por epitelización del punto lagrimal inferior. Arch Soc Canar Oftalmol. 2001;12:119-21.
18. Hussain RN, Kanani H, McMullan T. Use of minimonoka stents for punctal and canalicular stenosis. Br J Ophthalmol. 2012;96:671-3.
19. Singh S, Ali MJ, Mohamed A. Comparison of outcomes of 3-Snip punctoplasty *versus* simple punctal dilatation with monocanalicular intubation for acquired punctal stenosis. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2018;34(4):375-7.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### **Contribución de los autores**

*Datia Liset Ortíz Ramos:* Participación importante en la idea y diseño de la investigación.

*Franklyn Alain Abreu Perdomo:* Realizó el procesamiento estadístico, seleccionó la muestra del estudio y redactó su versión final.

Ambos autores aprueban la versión final del artículo.