

## **Endoscopic and external dacryocystorhinostomy (DCR) - which is better?**

### *Dacriocistorrinostomia endoscópica e externa - qual é melhor?*

A abordagem tradicional para pacientes com epífora e obstrução de canal nasolacrimal tem sido a dacriocistorrinostomia (DCR) externa. Essa técnica foi divulgada por Toti no início dos anos 1900 e mudou muito pouco desde então<sup>1</sup>. Baseia-se em uma incisão externa no canto medial do olho para acesso ao saco lacrimal.

As taxas de sucesso desse procedimento têm variado amplamente, com baixas taxas na faixa de 60%, a até 95% nas mãos de cirurgiões altamente especializados em plástica ocular. No início dos anos 90, McDonogh & Meiring<sup>2</sup> publicaram os primeiros relatos de DCR por via endoscópica endonasal, o que tem ganho cada vez mais adeptos à medida que melhoram as técnicas cirúrgicas e aumenta nosso conhecimento sobre a anatomia endonasal. O desenvolvimento mais importante foi o conhecimento sobre a anatomia do saco lacrimal em relação àquela da parede nasal lateral<sup>3</sup>. As primeiras descrições mostravam o saco lacrimal localizado abaixo da axila do corneto médio, enquanto que pesquisas mais recentes têm demonstrado que o saco lacrimal se situa a aproximadamente 8 a 10 mm acima da axila.

Isso teve suas implicações nas técnicas endoscópicas desenvolvidas para proporcionar acesso ao saco lacrimal, assim como nos resultados obtidos a partir das técnicas endoscópicas. Os primeiros resultados com a DCR endoscópica não foram tão bons quanto os melhores resultados obtidos pela via externa, isso devido ao nosso limitado conhecimento da anatomia endoscópica do saco lacrimal<sup>4</sup>. Essas primeiras tentativas de se fazer DCR endoscópica somente abriam a metade inferior do saco lacrimal, e, assim, não utilizavam plenamente os princípios da DCR externa, que enfatiza a necessidade de plena exposição do saco para completa marsupialização do saco em direção à parede nasal lateral. Assim que a anatomia se tornou plenamente conhecida, as técnicas de DCR endoscópica foram adaptadas e a plena marsupialização do saco foi possível, e os resultados da técnica têm sido tão bons quanto, se não melhores, do que aqueles alcançados pelas melhores mãos usando a técnica externa<sup>5,6</sup>.

A vantagem agregada da técnica endoscópica da DCR é que não deixa cicatriz externa, não lesa o músculo orbicular do olho - que é o principal mecanismo de acionamento da bomba lacrimal, e deve produzir melhores resultados em pacientes com obstrução funcional do ducto nasolacrimal quando comparados àqueles com obstrução anatômica do ducto. A cooperação entre o otorrinolaringologista e o oftalmologista pode ser vantajosa, visando melhor tratamento de pacientes com epífora.

O oftalmologista tem um papel importantíssimo na avaliação pré-operatória de pacientes com epífora. A principal indicação cirúrgica é a obstrução do ducto lacrimal. Assim, outras causas precisam ser excluídas (blefarite, anormalidades pontuais, mau posicionamento palpebral, ...). Durante a cirurgia, o oftalmologista pode ajudar a corrigir anormalidades concomitantes no canalículo ou pontuais e canular o saco lacrimal com uma sonda lacrimal.

O otorrinolaringologista pode corrigir anormalidades nasais e sinusais concomitantes, tais como desvio de septo nasal, pólipos nasais e hipertrofias de adenoide. Os retalhos de mucosa, a remoção do osso lacrimal e a plena exposição do saco lacrimal podem ser facilmente executados sob visão endoscópica. Tanto o oftalmologista quanto o otorrinolaringologista devem participar dos cuidados pós-operatórios. A DCR endoscópica intranasal com plena exposição do saco é agora considerada padrão-ouro para o tratamento de obstrução do ducto nasolacrimal e está sendo cada vez mais praticada tanto por oftalmologistas quanto por rinologistas<sup>5,6</sup>.

### **REFERÊNCIAS**

1. Toti A. Nuovo Metodo conservatore dicura radicale delle suppurazione croniche del sacco lacrimale (dacricistorhinostomia). Clin Mod (Firenze). 1904;10:385-9.
2. McDonogh M, Meiring J. Endoscopic transnasal Dacryocystorhinostomy. J Laryngol Otol. 1989;103(6):585-7.
3. Wormald PJ, Kew J, van Hasselt A. Intranasal anatomy of the naso-lacrimal sac in endoscopic dacryocystorhinostomy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;123(3):307-10.
4. Wormald PJ, Nilssen E. Endoscopic DCR: the team approach. Hong Kong J Ophthalmol. 1998;1:71-4.
5. Wormald PJ. Powered endoscopic dacryocystorhinostomy. Laryngoscope. 2001;112(1):69-72.
6. Tsiaras A, Wormald PJ. Mechanical endonasal dacryocystorhinostomy with mucosal flaps. Br J Ophthalmol. 2003;87(1):43-7.

*Peter John Wormald,  
Professor e Chefe do Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade de Adelaide, Adelaide, Austrália.*

*Renato Roitbmann,  
Professor de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil, RS; Pesquisador Associado do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital Mount Sinai, Universidade de Toronto, Ontário, Canadá.*