

Canaliculites: apresentação de série de casos atendidos na Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP - com ênfase no tratamento realizado

Canaliculitis: a case series at Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP- emphasizing treatment

Silvana Artioli Schellini¹, Fabrício Rendeiro Sales², Geraldo Miranda de Carvalho³, Carlos Roberto Padovani⁴

RESUMO

A canaliculite é uma afecção rara da via lacrimal. Os autores apresentam uma série de cinco casos tratados na Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, comentam os achados à luz da literatura pertinente e tecem considerações sobre o tratamento efetuado, ressaltando que a canaliculotomia pode ter bons resultados mesmo que o canalículo não receba suturas ou moldes.

Descritores: Doenças do aparelho lacrimal/diagnóstico; Doenças do aparelho lacrimal/terapia; Infecções oculares/terapia; Relato de casos

ABSTRACT

Canaliculitis is a rare disorder of the lacrimal system. The authors present five cases treated at the Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. The findings according to the literature review are comment with considerations on the treatment performed and emphasizing that the canaliculotomy may have good results even without canaliculus sutures or stents.

Keywords: Lacrimal apparatus diseases /diagnosis; Lacrimal apparatus diseases/surgery; Eye infections/therapy; Case reports

¹Professor Titular do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - (UNESP) - Botucatu (SP), Brasil;

²Residente de 3º ano de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho"- (UNESP)- Botucatu (SP), Brasil;

³Residente de 1º ano de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho"- (UNESP)- Botucatu (SP), Brasil;

⁴Professor Titular do Departamento de Bioestatística, Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - (UNESP) - Botucatu (SP), Brasil.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho" - (UNESP) - Botucatu (SP), Brasil.

Os autores declaram inexistir conflitos de interesse

Recebido para publicação em: 20/10/2010 - Aceito para publicação em 27/6/2011

INTRODUÇÃO

Canaliculite é uma infecção incomum, localizada nos canalicúlos lacrimais. Apesar dos sintomas e sinais característicos, está entre as afecções oculares mais frequentemente subdiagnosticadas, já que cerca de 60% dos casos são erroneamente diagnosticados como portadores de conjuntivite crônica, dacriocistite, hordéolo ou calázio. Alguns pacientes permanecem meses ou até anos sem o diagnóstico apropriado⁽¹⁻³⁾.

O quadro clínico clássico é de epífora, dor, hiperemia e edema, localizados na região do canalicúlo e sobre o ponto lacrimal que se encontra hiperêmico, dilatado, com saída espontânea de secreção mucopurulenta através do ponto lacrimal. Pode acometer um ou mais canalicúlos, afetando com maior frequência o canalicúlo superior e mulheres menopausadas, devido a diminuição da produção lacrimal em resposta a queda dos níveis hormonais⁽⁴⁾.

Diversos micro-organismos estão envolvidos na gênese das canaliculites. Apesar de classicamente o agente mais frequente ser o *Actinomyces spp*, que pertence a flora normal da cavidade oral, recente revisão de casos mostrou o *Streptococcus* e os *Staphylococcus* como principais agentes da canaliculite⁽⁵⁾.

As canaliculites podem ocorrer de forma primária, ou seja, por inflamação do próprio canalicúlo, ou secundária a infecções de estruturas adjacentes (como celulite orbitária), carcinoma ou papiloma de canalicúlo, uso tópico de quimioterápicos, antivirais e alguns antiglaucomatosos, uso de quimioterápicos sistêmicos que podem levar a estenose de canalicúlos (como Taxane, 5-Fluorouracil)⁽⁶⁾, uso de materiais empregados para oclusão dos canalicúlos lacrimais. A infecção dos canalicúlos também pode se disseminar para outras estruturas adjacentes, tendo sido já relatada celulite orbitária após curetagem para tratamento de canaliculite⁽⁷⁾.

Houve importante aumento dos casos de canaliculites após o início do uso dos *plugs*, principalmente empregados para tratamento do “olho seco”. Estudo feito por questionário envolvendo membros da Sociedade Americana de Plástica Ocular revelou que 38% dos respondentes haviam tido pacientes que desenvolveram canaliculite enquanto usavam *plugs* de silicone⁽⁸⁾. Há diferentes tipos de *plugs* e as complicações ocorrem de forma distinta com cada um deles, com possibilidade de desenvolvimento de canaliculite em 8% dos pacientes mesmo com o uso de *plugs* absorvíveis⁽⁹⁾. A ocorrên-

cia de canaliculite com o uso do *Smart Plug* (um tipo de *plug* que é termosensível e que se expande dentro do canalicúlo tomando o formato da ampola) é de 4,73% por *plug* inserido⁽¹⁰⁾.

Avaliando-se a literatura pertinente, os casos de canaliculites secundárias são mais frequentes que de canaliculites primárias, havendo uma única série de casos que comenta ter sido observado número igual de canaliculites primárias e secundárias⁽⁵⁾.

O diagnóstico é eminentemente clínico. Entretanto, a ultrassonografia e a ressonância magnética podem ser utilizados nos casos mais difíceis⁽¹¹⁾.

O tratamento da canaliculite é cirúrgico e consiste na canaliculotomia, havendo várias formas de realizá-la^(5,12,13). No entanto, várias outras modalidades foram relatadas em passado recente, como a oxigenioterapia hiperbárica, a entubação, a curetagem, a dacriocistorrinostomia com entubação retrógrada, o uso de antibióticos intracanaliculares e o tratamento conservador⁽⁴⁾.

O presente estudo tem como objetivo apresentar uma análise descritiva de série de casos de canaliculite, diagnosticados no ambulatório de Vias Lacrimais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – (UNESP), tratados cirurgicamente, descrevendo-se a abordagem cirúrgica e a evolução dos mesmos.

Relato de casos

No período de 1988 até 2008 foram atendidos no ambulatório de Vias Lacrimais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – (UNESP) cinco portadores de canaliculite. Os dados descritivos de identificação, história clínica e a evolução dos mesmos são apresentados no quadro 1.

Dos cinco pacientes detectados, dois eram homens e três mulheres. Todos eram adultos, brancos, sendo que o mais novo apresentava 26 anos e o mais velho 84, com média de idade de 57,6 anos.

A queixa mais frequente foi secreção e hiperemia, localizada no canto interno das pálpebras. Havia sinais de tracoma cicatricial em um paciente e uma paciente era portadora de Leishmaniose, com acometimento inflamatório da mucosa nasal e concomitante obstrução da via lacrimal excretora baixa, com fístulas do saco lacrimal para a pele. Em todos os casos havia acometimento unilateral e de apenas um dos canalicúlos.

O diagnóstico foi estabelecido pelo exame clínico (histórico e exame externo/ biomicroscopia) em todos os casos.

Tratamento empregado: o tratamento realizado

Quadro 1

Apresentação dos casos de canaliculites diagnosticados e tratados na Faculdade de Medicina de Botucatu - (UNESP)

Idade	Sexo	Queixa	Antecedente	Desfecho
29	Masculino	Secreção e hiperemia	Cirurgia lacrimal	Duas curetagens
32	Masculino	Secreção, edema e hiperemia	-	Uma curetagem
67	Feminino	Inflamação há 4 anos	Fístula lacrimal + leishmaniose	DCR + canaliculotomia
76	Feminino	Hiperemia e eczema palpebral	-	Uma curetagem
84	Feminino	Nódulo, secreção e hiperemia	Tracoma	Uma curetagem

foi cirúrgico, tendo sido realizada a canaliculotomia, com abertura total do canalículo a partir e incluindo o ponto lacrimal, seguida de curetagem do canalículo utilizando cureta de calázio. A sonda de Bowman foi utilizada para testar se havia “*hard stop*”, que seria o indício de que todos os cálculos haviam sido removidos. Em seguida, procedeu-se a lavagem do canalículo com soro fisiológico. O canalículo foi deixado aberto, sem nenhum tipo de sutura ou molde na luz canalicular. Os pacientes foram orientados a usar colírio com associação de antibiótico e anti-inflamatório durante 10 dias. Foram revistos após sete e 60 dias após a realização da canaliculotomia.

Desfecho: Houve necessidade de curetagem única em três dos cinco afetados. Em um deles foi necessário repetir o procedimento de canaliculotomia, tendo em vista que 15 dias após a realização da primeira, o canalículo afetado encontrava-se totalmente refeito, com novo processo inflamatório instalado. Na segunda canaliculotomia foram encontrados mais cálculos, sendo possível concluir que houve a permanência de cálculos residuais, não removidos no primeiro procedimento. Outro paciente apresentava história de dacriocistite crônica em conjunto com a canaliculite, tendo sido necessário realizar a dacriocistorrinostomia associada a canaliculotomia. Após cerca de três anos de acompanhamento, todos os cinco pacientes permaneceram bem. O canalículo afetado, aberto desde o ponto lacrimal para a curetagem, não foi entubado em nenhum dos pacientes. O resultado foi que houve cicatrização em todos, com permanência da via lacrimal pérvia, sem nenhum grau de estenose.

DISCUSSÃO

As canaliculites são raramente observadas na prática diária, assim como o são na literatura. A maioria dos estudos sobre o assunto são casos, relacionados ao agente etiológico, exames diagnósticos ou tratamentos efetuados. As séries de casos, em geral, reportam poucos pacientes afetados, validando a presente observação de que a afecção

seja rara. Há uma única revisão que reporta 46 casos de canaliculites dentro de um mesmo serviço oftalmológico americano, atendidos em período de 20 anos⁽⁵⁾.

No período do estudo, foram atendidos cinco portadores de canaliculite na Faculdade de Medicina de Botucatu – (UNESP), todos adultos, nenhum deles acometendo crianças, corroborando com a literatura que considera a afecção ainda mais rara na infância⁽¹⁴⁾.

O diagnóstico é clínico. Entretanto, devido a raridade, apesar do quadro clínico típico, o diagnóstico não é feito, ficando o paciente exposto a muitos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são instituídos desnecessariamente⁽²⁾. Muitas vezes o paciente passa por muitos profissionais antes que se estabeleça o diagnóstico. Comenta-se que a média para se estabelecer o diagnóstico desta afecção gira por volta de três anos⁽¹⁾ e que cerca de 50% dos casos possuem diagnóstico tardio⁽¹⁵⁾.

O motivo deste relato de casos é justamente chamar a atenção do leitor sobre a possibilidade do diagnóstico, aproveitando para comentar a experiência do serviço com o tratamento.

Por se tratar de séries com reduzido número de casos, é difícil considerar predomínio de algum fator. Entretanto, dos cinco indivíduos que tivemos, três eram mulheres, sendo que a literatura as aponta como mais afetadas⁽¹⁶⁾.

O tratamento da canaliculite é cirúrgico, devendo-se associar tratamento clínico no pós-operatório para a obtenção de melhores resultados⁽⁴⁾.

Há várias formas de se realizar a canaliculotomia, tendo sido reportados bons resultados com a preservação do ponto lacrimal, entubação da via lacrimal com silicone e sutura do canalículo ao final do procedimento⁽¹⁷⁾. Outros relatam bons resultados mesmo não preservando o ponto lacrimal⁽¹²⁾, conduta que foi também empregada nos casos aqui relatados, tendo sido feita a abertura de todo o canalículo desde a região do ponto lacrimal, sem suturas e sem deixar “*molde*” dentro da via lacrimal no final do procedimento. Trata-se de técnica cirúrgica mais simples, rápida e menos dispendiosa, com

possibilidade de êxito como procedimento único em três indivíduos, havendo necessidade de repetição em um deles, provavelmente por curetagem incompleta no primeiro procedimento. No outro, associou-se dacriocistorrinostomia por afecção da via baixa associada. Apesar de infrequentes, outras alterações da via lacrimal podem estar também presentes em portadores de canaliculites⁽¹⁷⁾, muito embora a canaliculite tenha cedido com apenas uma curetagem.

A irrigação dos canaliculos afetados usando anti-bióticos pode ser feita como tratamento adjuvante ao tratamento cirúrgico^(13,17). No entanto, o tratamento clínico empregando antibióticos não associado ao tratamento cirúrgico pode ser considerado não efetivo, assim como pode-se dizer que a irrigação com antibióticos como tratamento adjuvante após a canaliculotomia não possui comprovação de eficácia⁽⁷⁾.

A pesquisa do agente etiológico nos pacientes aqui relatados não foi feita. Cabe ressaltar que, por se tratar de casos atendidos em hospital terciário, muitos já utilizaram vários antibióticos, podendo ainda estar na vigência dos mesmos, o que dificulta a obtenção de positividade nos cultivos. Este comentário foi feito também com relação a outro serviço de atendimento universitário⁽¹²⁾. Sendo casos de infecção, a suspensão do tratamento clínico e espera para a realização do tratamento cirúrgico, a fim de obter material para cultivo, pode causar mais desconforto ao paciente e deve ser evitada. Apesar de ser possível obter 100% de positividade nos cultivos de portadores de canaliculites⁽¹⁾, nem sempre esta é a realidade, havendo relatos da ordem de 50%⁽⁵⁾, 23%⁽⁴⁾ ou mesmo 100% de negatividade^(2,13), podendo algumas vezes os indícios do agente serem obtidos apenas pela bacterioscopia⁽¹³⁾. Cabe ainda lembrar que não existe uma metodologia única para coleta do material, o que dificulta inclusive a comparação entre os estudos⁽⁵⁾.

Apesar do canaliculo não ter sido refeito após a curetagem, nem tampouco ter permanecido o canaliculo entubado, em todos os casos aqui relatados o canaliculo se refez e não houve estenose da via lacrimal ou epífora em nenhum deles. Importante lembrar que a epífora poderia não ter ocorrido após o tratamento devido ao fato das canaliculites ocorrerem muitas vezes associadas ao “olho seco”, que poderia já fazer parte do quadro inicial⁽¹⁸⁾.

Finalizando, os autores frisam que a canaliculite é uma afecção rara também em nosso meio. O oftalmologista deve estar atento para os sinais e sintomas, o que vai possibilitar a conduta adequada. A canaliculotomia sem a preservação da integridade do ponto lacrimal e sem a reconstrução do canaliculo resulta em bons resultados funcionais.

REFERÊNCIAS

1. Briscoe D, Edelstein E, Zacharopoulos I, Keness Y, Kilman A, Zur F, Assia EI. Actinomyces canaliculitis: diagnosis of a masquerading disease. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2004;242(8):682-6.
2. Serin D, Karabay O, Alagoz G, Morkan IA. Misdiagnosis in chronic canaliculitis. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2007;23(3):255-6.
3. Liyanage SE, Wearne M. Lacrimal canaliculitis as a cause of recurrent conjunctivitis. *Optometry*. 2009;80(9):479-80.
4. Vécei VP, Huber-Spitzky V, Arock-Mettinger E, Steinkogler FJ. Canaliculitis: difficulties in diagnosis, differential diagnosis and comparison between conservative and surgical treatment. *Ophthalmologica*. 1994;208(6):314-7.
5. Zaldivar RA, Bradley EA. Primary canaliculitis. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2009;25(6):481-4.
6. Eiseman AS, Flanagan JC, Brooks AB, Mitchell EP, Pemberton CH. Ocular surface, ocular adnexal, and lacrimal complications associated with the use of systemic 5-fluorouracil. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2003;19(3):216-24.
7. Hatton MP, Durand ML. Orbital cellulitis with abscess formation following surgical treatment of canaliculitis. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2008;24(4):314-6.
8. Lee J, Flanagan JC. Complications associated with silicone intracanalicular plugs. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2001;17(6):465-9.
9. Mazow ML, McCall T, Prager TC. Lodged intracanalicular plugs as a cause of lacrimal obstruction. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2007;23(2):138-42.
10. Hill RH 3rd, Norton SW, Bersani TA. Prevalence of canaliculitis requiring removal of SmartPlugs. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2009;25(6):437-9.
11. Tost F, Bruder R, Clemens S. Clinical diagnosis of chronic canaliculitis by 20-MHz ultrasound. *Ophthalmologica*. 2000;214(6):433-6.
12. Carvalho RMLS, Fernandes JBVD, Volpini M, Matayoshi S, Moura EM. Tratamento cirúrgico das canaliculites crônicas: relato de nossa experiência em 7 casos. *Arq Bras Oftalmol*. 2001;64(6):519-21.
13. Benchimol ML, Couto Junior AS, Pereira CFA, Melo AC, Barbosa RS. Canaliculite - relato de casos e conduta. *Arq Bras Oftalmol*. 2002;65(4):471-3.
14. Park A, Morgenstern KE, Kahwash SB, Foster JA. Pediatric canaliculitis and stone formation. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2004;20(3):243-6.
15. Anand S, Hollingworth K, Kumar V, Sandramouli S. Canaliculitis: the incidence of long-term epiphora following canaliculotomy. *Orbit*. 2004;23(1):19-26.
16. Varma D, Chang B, Musaad S. A case series on chronic canaliculitis. *Orbit*. 2005;24(1):11-4.
17. Carneiro RC, Macedo EMS, Oliveira PPDG. Canaliculite: relato de caso e conduta. *Arq Bras Oftalmol*. 2008;71(1):107-9.
18. Ciolino JB, Mills DM, Meyer DR. Ocular manifestations of long-term mascara use. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2009;25(4):339-41.

Endereço para Correspondência:

Silvana Artioli Schellini

DEP. OFT/ORL/CCP - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Cep: 18618-970 - Botucatu - SP

e-mail: sartioli@fmb.unesp.br