

Obstrução congênita de vias lacrimais: série de casos de sondagem e intubação

Congenital lacrimal obstruction: case series of probing and intubation

Adriana Pires Smaniotto¹, Caio César Gazim¹, Hamilton Moreira², Rodrigo Beraldi Kormann², Virgínia Lúcia Bezerra²

RESUMO

Objetivo: Avaliar a relação entre a idade da intervenção cirúrgica em pacientes portadores de obstrução congênita das vias lacrimais e o sucesso obtido pelos mesmos. **Métodos:** Foram estudados 94 prontuários de pacientes com diagnóstico de obstrução congênita de vias lacrimais, assistidos no setor de oculoplástica do Hospital de Olhos do Paraná, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2012. Para diagnóstico e inclusão na pesquisa foram realizados a anamnese, exames oftalmológico geral e específico utilizando o Teste de Milder e o Teste de Obtenção de Fluoresceína na Orofaringe. Para determinar o tipo de intervenção (sondagem ou intubação) foram utilizados os critérios do serviço. Na análise estatística foram utilizados o teste de qui-quadrado e o teste t de Student e adotado o nível de significância de 5%. **Resultados:** Quando comparados os resultados por idade, independente do tratamento, não houve associação significativa ($p=0,223$) entre a taxa de melhora e a idade. **Conclusão:** No presente estudo não houve diferença significativa entre a intervenção cirúrgica e as faixas etárias abordadas.

Descritores: Obstrução dos ductos lacrimais/cirurgia; Obstrução dos ductos lacrimais/congênito; Anomalias congênicas; Ducto nasolacrimal/anormalidades

ABSTRACT

Objective: To evaluate the relationship between age at surgery in patients with congenital lacrimal obstruction and success achieved by them. **Methods:** We studied 94 medical records of patients diagnosed with congenital lacrimal obstructions, assisted at the oculoplastic sector of the Hospital de Olhos do Paraná, in the period January 2006 to December 2012. For diagnosis and inclusion in the study, the clinical history were made, overall and specific ophthalmologic examination, with the tests: Milder and Observation Test of Fluorescein in the Oropharynx. To determine the type of intervention (probing or intubation) service criteria were used. In the statistical analysis, the chi-square and Student's t test were used. Significance level of 5 % was adopted. **Results:** When comparing the results by age, regardless of treatment, there was no significant association ($p = 0.223$) between the rate of improvement and age. **Conclusion:** In the present study shows, there is no significant difference between the surgical interventions within the age groups addressed.

Keywords: Lacrimal duct obstructions/surgery; Lacrimal duct obstructions/congenital; Congenital anomalies; ; Duct nasolacrimal/abnormalities

¹ Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (PR), Brasil;

² Hospital de Olhos do Paraná (HOP) – Curitiba (PR), Brasil.

Trabalho realizado no Hospital de Olhos do Paraná (HOP).

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido para publicação em 06/08/2015 - Aceito para publicação em 02/09/2015

INTRODUÇÃO

Obstruções das vias lacrimais é uma condição comum nos consultórios oftalmológicos e representa em torno de 5% das consultas⁽¹⁾. A obstrução congênita do ducto nasolacrimal (OCDNL) está dentre as alterações congênitas que acometem a via lacrimal excretora, é a mais comum e responsável por aproximadamente 90% das obstruções, podendo acometer 5 a 20% dos recém-nascidos⁽²⁻⁶⁾.

O quadro clássico de obstrução congênita de vias lacrimais (OCVL) é formado por epífora contínua e secreção mucóide. É importante salientar que a secreção pode ser aparente e apenas surgir após a expressão do saco lacrimal. Um sinal clássico é olho molhado e com secreção⁽⁷⁾. Na OCVL alguma hiperemia conjuntival é aceitável, principalmente no fórnix inferior, mas geralmente a conjuntiva é normal (sem hiperemia)⁽⁶⁾.

O diagnóstico de OCVL é feito através de anamnese e exame oftalmológico, sendo os exames complementares utilizados em casos singulares⁽⁶⁻⁹⁾. No exame oftalmológico, os principais testes específicos são os teste de Milder ou teste de desaparecimento da fluoresceína (TDF) e o teste de observação da fluoresceína na orofaringe (TOFO)⁽⁸⁾.

A conduta terapêutica depende principalmente dos sinais e sintomas e da idade da criança. Em crianças até 6 meses de idade geralmente consiste da orientação aos pais, higiene ocular com água mineral ou soro fisiológico 0,9% e a massagem de Crigler⁽⁸⁾.

Pode se fazer o uso de colírios antibióticos, porém eles não possuem função desobstrutiva, mas sim para redução da secreção, diminuindo o componente infeccioso, sendo profilático para dacriocistite. Seu uso deve ser restrito a períodos em que os sinais são mais severos^(10,11).

A partir de 6 meses a 1 ano de idade se deve discutir com os pais o tratamento cirúrgico, normalmente o emprego da sondagem das vias lacrimais^(6,8), por ser segura e viável como procedimento inicial⁽¹²⁾. Outra intervenção cirúrgica pode ser a intubação. A técnica consiste em fazer sondagem da via lacrimal e posteriormente introduzir um tubo de silicone preso por uma sonda metálica⁽¹³⁾.

Esse estudo tem o objetivo de avaliar a conduta em pacientes com OCVL, relacionando a idade da criança à conduta instituída e a porcentagem de melhora dos pacientes.

MÉTODOS

Este é um estudo retrospectivo onde foram estudados 94 prontuários de pacientes com o diagnóstico de OCVL atendidos no setor de oculoplástica do Hospital de Olhos do Paraná (HOP), no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2012. Foram coletados dados como idade, gênero, início dos sintomas, presença de epífora e/ou secreção, olho acometido, realização de cirurgia prévia, técnica cirúrgica realizada, melhora ou não de sintomas no pós-operatório, necessidade de nova cirurgia e comorbidades.

Para o diagnóstico e inclusão na pesquisa foram realizados a anamnese, o exame oftalmológico geral e específico, utilizando os testes de Milder e o TOFO. O primeiro foi realizado pingando colírio com fluoresceína no olho afetado e um intervalo entre 3 a 5 minutos. Logo após, foi analisado sob a luz de cobalto, aceitando como obstrução testes em que aos 5 minutos o menisco

lacrimal excedia 1 milímetro de espessura, significando provável obstrução de vias lacrimais. O segundo teste foi realizado pingando colírio com fluoresceína no olho afetado e após 30 minutos tentou-se evidenciar o mesmo na orofaringe através da luz de cobalto e um abaixador de língua. Aceitamos como teste positivo quando se viu a fluoresceína na orofaringe, sendo considerada via lacrimal pérvia. Em casos em que ainda restaram dúvidas após ter sido feita uma anamnese detalhada, exame oftalmológico geral e específico para vias lacrimais, optou-se pela dacriocistografia. Os pacientes que não fizeram acompanhamento pós-operatório foram excluídos da pesquisa.

Para a escolha do procedimento foram utilizados os seguintes critérios: pacientes entre 6 meses e 3 anos de idade, com ausência ou mínima secreção, sem história de tratamento cirúrgico prévio foi indicado a sondagem da via lacrimal. Caso houvesse secreção abundante, refluxo de secreção a compressão do saco lacrimal ou história de cirurgia prévia sem sucesso foi indicada a sondagem com intubação. Em crianças acima de 3 anos de idade a indicação é de sondagem com intubação como procedimento de escolha. Ambos os procedimentos foram realizados sob anestesia geral.

Na análise estatística, foram utilizados o teste de qui-quadrado e o teste t de Student. Foi adotado o nível de significância de 5% (0,05) para a aplicação dos testes estatísticos. Os dados foram analisados com o programa computacional Statistica v.8.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba sob o nº 366.367.

RESULTADOS

Durante o período do estudo foram atendidos 94 pacientes com OCVL, cujo tempo de seguimento foi em média de 4,1 meses, variando de 0,5 a 15,0 meses. Foram avaliados 49 (52,1%) pacientes do gênero feminino e 45 (47,9%) do gênero masculino.

Quanto aos olhos, 43 (45,7%) apresentaram sintomas em olho esquerdo, 34 (36,2%) em olho direito e 17 (18,1%) em ambos os olhos. Em 82 pacientes (87,2%) epífora e secreção, 3 (3,2%) apenas secreção e 9 (9,6%) apenas epífora.

Sete pacientes chegaram ao serviço já tendo realizado procedimento cirúrgico anterior, sendo que seis haviam se submetido à sondagem e apenas um deles à intubação. No segundo procedimento foi realizada intubação em todos.

Dos 94 pacientes, 83 (88,3%) apresentaram melhora dos sintomas após o procedimento (tabela 1). Onze pacientes (11,7%) não tiveram melhora, sendo que três perderam seguimento e oito foram reoperados, sendo que todos foram submetidos à intubação. Os três que não reoperaram tiveram os dados do primeiro procedimento avaliados, pois realizaram acompanhamento pós-operatório mesmo não reoperados. Dos pacientes reoperados, seis (75%) tiveram melhora e dois não continuaram o acompanhamento no hospital e tiveram seus dados do segundo procedimento descartados.

No estudo foram encontradas as comorbidades: prematuridade em cinco casos (5,3%), síndrome de down em dois (2,1%) e arritmia, alergia e hipotireoidismo tiveram um representante (1,1%), sendo que as comorbidades encontradas estavam associadas em alguns casos.

Tabela 1
Comparação dos resultados em relação à idade

Resultado	N	Idade					Valor de p*
		Média	Mediana	Mín	Máx	Desvio padrão	
Melhora	83	2,2	1,6	0,6	10,2	1,8	0,223
Não melhora	11	1,5	1,3	0,5	4,6	1,1	

Ao se comparar os resultados por idade, independente do tratamento, não houve associação significativa ($p=0,223$) entre a taxa de melhora e a idade.

Quanto à sondagem, os pacientes na faixa etária de um a três anos obtiveram uma melhora maior (86,11%) do que os que foram sondados com menos de um ano (76,47%), no entanto essa diferença não foi significativa ($p=0,445$) (tabela 2).

Tabela 2
Tratamento indicado: sondagem

Resultado	Faixa etária	
	< 1 ano n (%)	1 a 3 anos n (%)
Melhora	13 (76,47)	31 (86,11)
Não melhora	4 (23,53)	5 (13,89)
Total	17 (100)	36 (100)

Quanto à intubação, os pacientes na faixa etária de um a três anos tiveram uma melhora maior (95,45%) do que os com mais de três anos (94,74%) e também não houve correlação estatística ($p=1$) (tabela 3). Quanto ao tempo em que a sonda foi mantida, tivemos uma média de 32,8 dias, com mínimo de oito e máximo de 122 dias, com desvio padrão de 22,8.

Tabela 3
Tratamento indicado: intubação

Resultado	Faixa etária	
	1 a 3 anos n(%)	≥ 3 anos n(%)
Melhora	21 (95,45)	18 (94,74)
Não melhora	1 (4,55)	1 (5,26)
Total	22 (100)	19 (100)

DISCUSSÃO

O tratamento para a OCVL é um assunto muito controverso, principalmente quanto à época da intervenção⁽²⁾.

Nosso trabalho demonstra que não há diferença significativa quanto à incidência de gênero feminino e masculino, afetando portanto ambos os sexos na mesma proporção, corroborando com a literatura^(7,8).

Quanto aos olhos, 81,9% apresentaram sintomas apenas em um olho e 18,1% em ambos os olhos. Esse dado é concordante com a literatura, o que foi evidenciado no estudo em São Paulo com 38% bilateral e 62% unilateral⁽⁸⁾.

Estudos mostram a presença de epífora em 85% a 100% dos pacientes diagnosticados e presença de secreção entre 56% a 64% dos mesmos (10,14). Na obstrução congênita alta, a epífora é comumente o único sinal encontrado, já na baixa, a associação de epífora com secreção é comum^(7,9). Neste estudo esta associação ocorreu em 87,1% dos casos, o que depõe a favor da obstrução baixa de via lacrimal no ducto nasolacrimal. Esse achado condiz com a literatura onde é responsável por 90% das obstruções existentes⁽¹⁵⁾.

No estudo foram encontrados dois casos de síndrome de Down. Catalano, em 1990, refere em seu trabalho que a obstrução do ducto nasolacrimal é um achado raro e provavelmente não relacionado à síndrome, enquanto Cunha et al., em 1986, relata uma prevalência de 30%. Em 2000, Lueder refere obstrução do ducto nasolacrimal como uma ocorrência frequente nos pacientes com trissomia 21⁽¹⁶⁾.

Nesse estudo se avaliou o sucesso da sondagem até um ano de idade e entre 1 e 3 anos de idade e também a intubação entre 1 e 3 anos e acima dos 3 anos de idade, demonstrando que não há relação à época da intervenção cirúrgica com o resultado do tratamento no período de idade avaliado. Acreditava-se que o sucesso ou não dessa técnica cirúrgica estava relacionada principalmente a idade em que a criança ia se submeter à sondagem da via lacrimal. No entanto, estudos demonstram que além da idade da criança à época da sondagem são fatores preditivos de prognóstico ruim: mucocele grande, secreção abundante, presença de obstáculo rígido quando se tenta sondar história de cirurgia prévia sem sucesso. Outras causas de insucesso estão relacionadas com a cavidade nasal, como a impossibilidade da drenagem das lágrimas devido à compressão do óstio, hipertrofia dos cornetos ou adenoide e desvio de septo^(3,15).

Em relação à sondagem obteve-se uma taxa de sucesso de 76,47% em menores de 1 ano, divergindo da literatura em que a sondagem alcançou índices de cura em 95 a 97% dos menores de 1 ano. Foi obtida uma taxa de sucesso maior (86,11%) para pacientes entre 1 e 3 anos, corroborando com outros estudos em que essa taxa de sucesso foi de 73% a 88,5%⁽¹⁵⁾. Ressalta-se, em outra pesquisa, que pacientes operados a partir de 37 meses (maiores de 3 anos) tiveram sucesso de apenas 42,9% na sondagem, já os operados antes dessa idade tiveram sucesso em 97,1% dos casos. Na literatura é relatado que o desaparecimento dos sinais após a sondagem se inicia após 3 semanas, ocorrendo a remissão até 6 meses⁽¹²⁾.

Em caso de insucesso na primeira sondagem foram encontrados índices de cura em 55% na segunda sondagem⁽¹⁰⁾. Porém, pode-se optar pela intubação. Nessa pesquisa, dos 11 pacientes que não melhoraram, 6 pacientes foram reoperados, sendo que todos foram submetidos à intubação com 75% de melhora.

No presente estudo foram encontrados índices de sucesso da intubação semelhante em pacientes entre 1 e 3 anos em 95,45% dos casos e nos maiores de 3 anos em 94,74% dos casos. Assim como a sondagem, a intubação não demonstrou relação estatística entre a idade e o resultado do tratamento. Em outros estudos, foi encontrada uma taxa de cura de 79% a 96% dos casos na intubação^(14,17). Caso fosse avaliada apenas a sondagem das vias lacrimais, em qualquer idade, se poderia encontrar diferença significativa no sucesso do procedimento, com resultados melhores em crianças de menor idade (abaixo de 3 anos de idade), quando comparado com crianças maiores de 3 anos de idade, conforme a literatura.

O tubo foi retirado em média em 32,8 dias após o procedimento, o que diverge da literatura. Estudos defendem a retirada

do tubo após no mínimo 2 meses, mantendo o tubo de dois a cinco meses⁽¹⁴⁾. Nesse estudo, a escolha da época para a retirada do tubo da via lacrimal baseou-se na melhora dos sinais de OCVL em 15 dias após a criança não estar em uso de medicação oral ou local, portanto a partir da terceira semana de pós-operatório. Optou-se por deixar o tubo por mais tempo em casos de dúvida dos pais ou do cirurgião em relação à melhora dos sinais pós-operatórios ou em situações em que se observaram obstruções mais altas da via lacrimal durante o procedimento cirúrgico.

Neste estudo, não ocorreram complicações cirúrgicas ou anestésicas, porém, na literatura, há relatos de complicações da sondagem e da intubação da via lacrimal, como a lesão do epitélio lacrimal que causa estenose. Existem casos reportados de 44% de estenose após sondagens sucessivas, porém é rara quando se trata de sondagem única^(6,15). Há possibilidade de ocorrer lesão da mucosa nasal com sangramento significativo, sonda impossível de retirar, lesão na concha nasal inferior, migração do tubo, formação granulomatosa piogênica, celulites e abrasão de córnea e conjuntiva. Essa última pode ocorrer durante a técnica ou pelo tubo que permanece no exterior ao ponto lacrimal^(14,18).

CONCLUSÃO

Concluimos que não houve diferença significativa da sondagem antes de 1 ano ou de 1 a 3 anos de idade, assim como da intubação em crianças entre 1 e 3 anos e acima de 3 anos de idade. Os critérios adotados pelo nosso serviço na escolha do procedimento cirúrgico a ser instituído podem ser considerados adequados, quando se analisa os resultados obtidos em comparação com a literatura.

REFERÊNCIAS

1. Jervásio AC, Melissa R, Zagui B. Implante de ducto nasolacrimal de poliuretano/ : relato de caso. *Arq Bras Oftalmol.* 2008;71(1):110-4.
2. El-Essawy R. Effect of timing of silicone tube removal on the result of duct intubation in children with congenital nasolacrimal duct obstruction. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2013;29(1):48-50.
3. Schellini S, Narikawa S, Ribeiro S, Nakagima V, Padovani CR, Padovani CRP. Obstrução nasolacrimal congênita/ : fatores relacionados com a possibilidade de cura. *Arq Bras Oftalmol.* 2005;68(2):241-4.
4. MacEwen CJ, Young JD, Barras CW, Ram B, White PS. Value of nasal endoscopy and probing in the diagnosis and management of children with congenital epiphora. *Br J Ophthalmol.* 2001;85(3):314-8.
5. Murillo R, Souza L De, Seronni LB. Dilatação por cateter-balão (dacrioplastia) para tratamento das obstruções congênitas do ducto lacrimonasal. *Arq Bras Oftalmol.* 2009;72(5):669-72.
6. Young JDH, Macewen CJ. Managing congenital lacrimal obstruction in general practice. *BMJ.* 1997;315(2):293-6.
7. Schellini SA. Obstrução nasolacrimal congênita - diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Oftalmol.* 2005;64(2):128-32.
8. Lorena SHT, Silva JAF. Estudo retrospectivo da obstrução congênita do ducto lácrimonasal. *Rev Bras Oftalmol.* 2011;70(2):104-8.
9. Dantas RRA. Lacrimal drainage system obstruction. *Semin Ophthalmol.* 2010 May;25(3):98-103.
10. Neto ECB, Branco BCB, Cardoso CC, Carvalho RG de C, Mota E, Branco AC. Tratamento das obstruções congênitas do ducto nasolacrimal. *Arq Bras Oftalmol.* 2009;72(1):17-8.
11. Kushner BJ. Congenital Nasolacrimal System Obstruction. *Arch Ophthalmol.* 1982;100(4):597-600.
12. Honavar SG, Prakash VE, Rao GN. Outcome of probing for congenital nasolacrimal duct obstruction in older children. *Am J Ophthalmol.* 2000;130(1):42-8.
13. Fernandes JBVD, Matayoshi S, Komatsu W, Kikuta HS, Moura E da M. Circuito elétrico auxiliar para intubação das vias lacrimais. *Arq Bras Oftalmol.* 2000;63(5):375-7.
14. Repka MX, Melia BM, Beck RW, Atkinson CS, Chandler DL, Holmes JM, et al. Primary treatment of nasolacrimal duct obstruction with nasolacrimal duct intubation in children younger than 4 years of age. *J AAPOS.* 2008;12(5):445-50.
15. Schellini S, Narikawa S, Ribeiro S, Nakagima V, Padovani CR, Padovani CRP. Obstrução nasolacrimal congênita/ : fatores relacionados com a melhora após sondagem terapêutica. *Arq Bras Oftalmol.* 2005;68(5):627-30.
16. Matayoshi S, Sardinha M, Cozac LA, Araf D, Moura E da M. Síndrome de Down e alterações de vias lacrimais. *Arq Bras Oftalmol.* 2003;66:481-4.
17. Lee H, Ahn J, Lee JM, Park M, Baek S. Clinical effectiveness of monocanalicular and bicanalicular silicone intubation for congenital nasolacrimal duct obstruction. *J Craniofac Surg.* 2012;23(4):1010-4.
18. Pemberton JD, Miller J, Commander J, Michalos P, Fay A. Electronically assisted nasolacrimal duct silicone intubation. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2013;29(1):18-20.

Autor correspondente:

Virgínia Lúcia Bezerra

E-mail: virginiabezoftalmo@gmail.com