

Estenose adquirida do ponto lacrimal - conduta

Acquired external punctal stenosis - management

Erick Marcet Santiago de Macedo¹, Rachel Carmargo Carneiro¹, Suzana Matayoshi²

RESUMO

A estenose do ponto lacrimal é uma causa comum de epífora sintomática e frequentemente seu diagnóstico é comprometido pela falta de familiaridade do oftalmologista com tal afecção. A literatura sobre o assunto é escassa e suas causas ainda permanecem obscuras. O objetivo desse trabalho é fazer uma breve análise da literatura existente, relatar o seu quadro clínico, demonstrar como é realizado o seu diagnóstico, assim como o seu manejo clínico. O tratamento ambulatorial, quando conduzido adequadamente, pode trazer um excelente resultado, conforme demonstrado nesse caso.

Descritores: Constrição patológica; Doenças do aparelho lacrimal/terapia; Obstrução dos ductos lacrimais; Relatos de casos [Tipo de publicação].

¹Estagiários do Setor de Plástica Ocular da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil;

²Doutora, Médica Assistente e Chefe do Setor de Plástica Ocular da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

Trabalho realizado no Setor de Plástica Ocular da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

Recebido para publicação em: 20/07/2007 - Aceito para publicação em 24/10/2007

INTRODUÇÃO

A estenose do ponto lacrimal é uma causa comum de epífora sintomática e freqüentemente seu diagnóstico é comprometido pela falta de familiaridade do oftalmologista com tal afecção. A literatura sobre o assunto é escassa e suas causas ainda permanecem obscuras⁽¹⁾.

O objetivo desse trabalho é fazer uma breve análise da literatura existente, relatar o seu quadro clínico, demonstrar como é realizado o seu diagnóstico, assim como o seu manejo clínico. O tratamento ambulatorial, quando conduzido adequadamente, pode trazer um excelente resultado, conforme demonstrado nesse caso.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 35 anos, negra. Encaminhada ao Setor de Plástica Ocular do Hospital das Clínicas (FMUSP-SP), referindo “lacrimejamento” em olho direito, há aproximadamente sete anos, desde a gravidez de sua segunda filha. Negava outras queixas oculares.

Ao exame ocular externo, havia aumento do menisco lacrimal em olho direito. Ao teste de Milder (desaparecimento da fluoresceína após 5 min.) o olho direito apresentou uma quantificação de ++++/4(+) e o esquerdo sem alteração da drenagem.

À biomicroscopia do olho direito ambos os pontos eram tópicos, o ponto inferior (Figura 1) apresentava estenose grau I (Tabela 1) e o superior grau II. O olho esquerdo apresentava pontos tópicos, o inferior grau IV

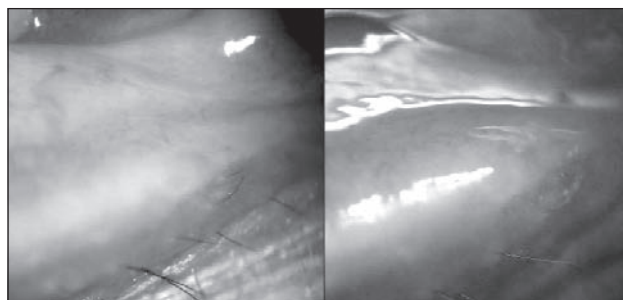


Figura 1: Membrana recobrimdo o óstio do ponto lacrimal dificultando seu reconhecimento (O.D. inf.)

(Figura 2) e o superior grau II.

Conduta

Se fundamentou no estudo realizado por Kashkouli et al.⁽¹⁾ (Tabela 1).

- Olho direito/ponto inferior – perfuração da membrana com agulha de 25 G seguido da dilatação do mesmo (Figura 3).
- Pontos superiores de ambos os olhos – dilatação.
- Olho esquerdo/ponto inferior – não foi necessária intervenção.

Todos os pontos foram explorados através de sondagem e irrigação com soro fisiológico 0,9%, se mostrando pervingos. Foi prescrito uma associação de antibiótico e corticóide (Tobradex[®]), 4x ao dia, em olho direito.

No acompanhamento foram realizadas dilatações periódicas dos pontos tratados, duas vezes por semana, até reepitelização dos mesmos. Após reepitelização as dilatações se tornaram mais esparsas,

Tabela 1

Gradação dos pontos lacrimais

Grau	Achados	Intervenção
0	Ausência de papila e ponto (atresia)	Cirurgia
I	Papila coberta por membrana ou friboso, dificultando seu reconhecimento	Perfuração com agulha e dilatação
II	Menor que o tamanho normal, porém reconhecível	Dilatação
III	Normal	Dilatação apenas para exploração das vias lacrimais
IV	Em fenda < 2mm	Desnecessária
V	Em fenda > ou = 2mm	Desnecessária



Figura 2: Ponto lacrimal em fenda (O.E. Inf.)

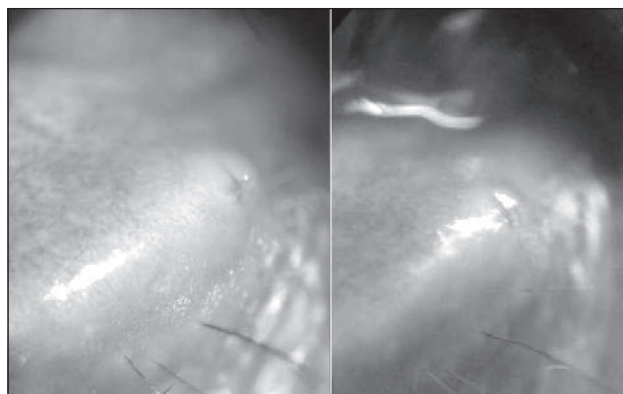


Figura 3 - Aspecto após perfuração (O.D. inf.)

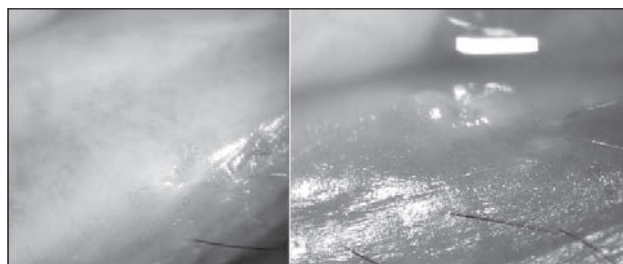


Figura 4: Aspecto após uma semana (O.D. inf.)

uma vez por semana por duas semanas, duas vezes por mês e 1 vez por mês. O período total de tratamento foi de três meses.

Evolução

A paciente referiu melhora do quadro três dias após procedimento.

Após a primeira semana, o teste de Milder se normalizou, foi prescrito um esquema de redução de corticóide (Loteprol®) e a associação (Tobradex®) suspensa. Ao exame biomicroscópico o orifício do ponto permanecia pérvio, porém ainda em processo de cicatrização (Figura 4).

Na segunda semana se iniciou tanto a reepitelização do ponto como também a regressão da membrana (Figura 5).

Na terceira semana os processos de reepitelização do ponto e regressão da membrana se completaram (Figura 6).

A paciente permanece assintomática após seis meses do tratamento.

DISCUSSÃO

A estenose de ponto lacrimal é uma afecção frequentemente subdiagnosticada e causa comum de epífora

simtomática. O diagnóstico é simples e se baseia na história de epífora, teste de desaparecimento da fluoresceína (Teste de Milder) e exame em lâmpada de fenda⁽¹⁾.

A estenose de ponto pode ser classificada em congênita ou adquirida e graduada conforme os achados clínicos, o que permite definir seu tratamento (Tabela 1). O ponto lacrimal normal apresenta um orifício de aproximadamente 0,3 mm de diâmetro (grau III). Um ponto quando apresenta seu orifício reduzido, porém permanece identificável é graduado como grau II. A oclusão congênita externa do ponto (atresia) se caracteriza pela ausência tanto da papila como também do ponto lacrimal (grau 0). Quando uma imperfuração é identificada e decorrente da presença de membrana ou fibrose que dificultem sua identificação é classificada como grau I. Se o ponto possui a forma de fenda é classificado como grau IV se menor que dois milímetros e grau V quando maior ou igual a dois milímetros⁽¹⁾.

Os graus de estenose I e II são os mais frequentes. O seu tratamento, portanto deve ser direcionado para dilatação de pontos e perfuração com agulha (Tabela 1). Esses procedimentos ambulatoriais são de rápida e fácil execução.

A estenose é significativamente mais frequente em mulheres e as mudanças hormonais pós-menopausa são as principais responsáveis por essa diferença entre os sexos⁽²⁾.



Figura 5: Aspecto após duas semanas (O.D. inf.)

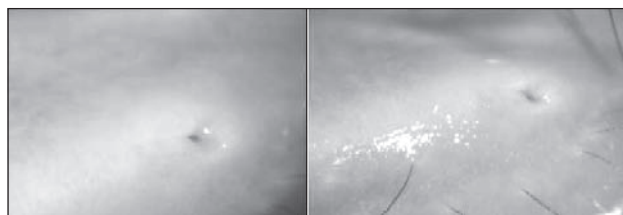


Figura 6: Aspecto após três semanas/reepitelização do ponto lacrimal (O.D. inf.)

As causas da estenose de ponto ainda permanecem obscuras, dentre as principais identificadas, se destacam em ordem decrescente de frequência:

1. Blefarite crônica;
2. Idiopática;
3. Alteração de posicionamento da pálpebra (ectrópio);
4. Medicação tópica e quimioterapia sistêmica.

A blefarite crônica induz mudanças inflamatórias e cicatriciais do ponto, resulta na formação de membrana inflamatória, estímulo ao crescimento exagerado do epitélio conjuntival e queratinização das paredes do ponto^(1,2). Está implicada também no olho seco decorrente de obstrução das glândulas de Meibômio com conseqüente insuficiência da camada lipídica do filme lacrimal. Dessa forma, se torna imperativo o tratamento da blefarite antes de qualquer tipo de intervenção.

Dentre os casos definidos como idiopáticos, sua frequência aumenta significativamente com a idade do paciente^(1,2). Mudanças involucionais foram reconhecidas como sua causa, assim como responsáveis também pela estenose canalicular e obstrução do ducto lacrimonasal^(1,3-6). Tal fato justifica sua associação e a importância da exploração das vias lacrimais. A obstrução das vias lacrimais altas se mostra mais freqüente que a baixa e está ligada ao aumento da faixa etária, assim como duração dos sintomas⁽¹⁾.

As alterações relacionadas à idade somadas à atrofia do tecido parecem causar fibrose da estrutura do ponto, esse se torna menos elástico e as fibras do orbicular que o circundam se tornam atônicas, resultando em estenose⁽⁷⁾.

A alteração do posicionamento da borda palpebral levando ao ectrópio permite o ressecamento da conjuntiva que envolve o ponto, servindo de estímulo para sua queratinização (metaplasia escamosa) e estenose⁽³⁾.

O uso de medicação tópica, principalmente os anti-glaucomatosos, dentre eles o Latanoprost, levam ao au-

mento do número conjuntival e subconjuntival de fibroblastos, macrófagos, assim como de outros tipos de células inflamatórias. A estenose do ponto ou canalicular tem se associado à terapia de longa data^(5,8).

A quimioterapia sistêmica com 5-fluorouracil também mostrou relação significativa com a estenose de ponto⁽⁹⁾.

As mudanças hormonais da gravidez já foram relacionadas a alterações oculares, dentre elas estão o olho seco, edema palpebral, alterações refrativas e de retina. O edema palpebral e as mudanças refrativas parecem ser ligados à retenção de líquidos, assim como o olho seco são temporários. É possível que de alguma forma tais mudanças possam levar também a estenose de ponto lacrimal e ser responsáveis por parte dos casos referidos como idiopáticos, principalmente em mulheres na idade fértil, como no caso relatado.

ABSTRACT

Punctal lachrymal stenosis is a common cause of symptomatic epiphora, often the diagnosis of this disease is jeopardized due to the lack of familiarity of the ophthalmologist with such disease. The literature about this subject is scarce and its causes remain obscure. The objective of this study is to make a brief review of available literature, report a case, showing how the diagnosis is carried out, as well as its clinical handling. The ambulatorial treatment, when properly deployed can produce excellent results, as it has been shown in this case.

Keywords: Constriction, pathologic; Lacrimal apparatus diseases/therapy; Lacrimal duct obstruction; Case reports [Publication type]

REFERÊNCIAS

1. Kashkouli MB, Beigi B, Murthy R, Astbury N. Acquired external punctal stenosis: etiology and associated findings. *Am J Ophthalmol.* 2003; 136(6):1079-84.

2. Offutt WN 4th, Cowen DE. Stenotic puncta: microsurgical punctoplasty. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 1993; 9(3): 201-5.
3. Hurwitz JJ. Disease of the punctum. In: Hurwitz JJ, editor. *The lacrimal system*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 149-53.
4. Esmaeli B, Valero V, Ahmadi MA, Booser D. Canalicular stenosis secondary to docetaxel (taxotere): a newly recognized side effect. *Ophthalmology*. 2001; 108(5): 994-5.
5. McNab AA. Lacrimal canalicular obstruction associated with topical ocular medication. *Aust N Z J Ophthalmol*. 1998; 26(3): 219-23.
6. Weston BC, Loveless JW. Canalicular stenosis due to topical use of fortified antibiotics. *Can J Ophthalmol*. 2000; 35(6): 334-5.
7. Kristan RW. Treatment of lacrimal punctal stenosis with a one-snip canaliculotomy and temporary punctal plugs. *Arch Ophthalmol*. 1988; 106(7): 878-9.
8. Sherwood MB, Grierson I, Millar L, Hitchings RA. Long-term morphologic effects of antiglaucoma drugs on the conjunctiva and Tenon's capsule in glaucomatous patients. *Ophthalmology*. 1989; 96(3): 327-35.
9. Fezza JP, Wesley RE, Klippenstein KA. The treatment of punctal and canalicular stenosis in patients on systemic 5-FU. *Ophthalmic Surg Lasers*. 1999; 30(2): 105-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Rua Humaitá, 244 - bloco 2 - apto. 1303

CEP 22261-001 - Rio de Janeiro - RJ

E-mail: rccarneiro@msn.com