

AVALIAÇÃO A LONGO PRAZO DA CANALICULOTOMIA NO TRATAMENTO DA CANALICULITE: RELATO DE CASO

Zucoloto, L.H

Ginguerra, M.A.A.

Fernandes, J.B.V.D.

Avaliação a Longo Prazo da Canaliculotomia no Tratamento da Canaliculite: Relato de Caso

Zucoloto, L.H; Ginguerra, M.A.A.; Fernandes, J.B.V.D.;
Universidade de São Paulo, USP.

INTRODUÇÃO

A canaliculite é uma condição inflamatória do sistema lacrimal que pode ser desafiadora de diagnosticar devido à sua relativa raridade, representando cerca de 1-2% de todas as doenças lacrimais. Sintomas típicos incluem, principalmente, epifora, descarga mucopurulenta, hiperemia e edema na área do canto medial e conjuntivite refratária.

Numerosos estudos demonstraram que o manejo conservador é ineficaz em 80% dos casos. A presença de concreções pode ajudar a proteger as bactérias dos antibióticos, promovendo resistência e resposta inadequada ao tratamento. As principais bactérias envolvidas são a *Actinomyces israelii*, *Streptococcus* e *Staphylococcus*.

O manejo cirúrgico geralmente é considerado o tratamento definitivo. A canaliculotomia, apesar de mais invasiva, apresenta melhor resolutividade, apesar de críticas quanto à funcionalidade da bomba lacrimal pós cirúrgico.

Apresentamos um caso de canaliculite unilateral tratada com canaliculotomia, e mantido o acompanhamento a longo prazo para avaliação da função da bomba lacrimal.

RELATO DE CASO

MLGS, 74 anos, sexo feminino, negra, do lar, natural e procedente de São Paulo, apresenta queixa de secreção e lacrimejamento no olho esquerdo há 6 meses. Relata abaulamento no canto medial da pálpebra superior do olho esquerdo (OE), que ao ser comprimido digitalmente na região, causa refluxo de secreção purulenta para a conjuntiva bulbar, além da saída de pequenas concreções (FIGURA 1).

Ao exame oftalmológico, apresentava: Ectoscopia: abaulamento no canto medial da pálpebra superior do OE; Acuidade visual sem correção (AVsc): 1,0 no olho direito (OD), 0,2 no olho esquerdo (OE) (ambliopia estrábica); Biomicroscopia anterior: OD sem alterações; OE com hiperemia de conjuntiva bulbar; secreção purulenta no ponto lacrimal superior.

É importante salientar que, no Pronto Socorro do HCFMUSP, foi coletada a secreção para cultura e análise bacterioscópica, com resultado de cultura aeróbia negativa, e exame bacterioscópico demonstrando raros cocos Gram positivos isolados e numerosos leucócitos. A pesquisa de fungos foi negativa.

Realizado tratamento clínico por 21 dias, incluindo uso de colírio de ciprofloxacino, cefalexina 500mg via oral por 7 dias e compressas mornas. Houve relativa melhora no tamanho da lesão, porém sem resolução completa do quadro. Indicou-se canaliculotomia superior esquerda, realizada sob anestesia local, com incisão de 3mm na parte posterior do canaliculo, remoção dos cálculos e do epitélio necrótico circundante, e deixando a incisão aberta.

Avaliação após um ano constando normalidade da função da bomba lacrimal através do teste de Zappia Milder. Registro realizado pela Medmont Studio7.2.13 9 (FIGURA 2 e 3)



FIGURA 1. Canaliculite. À direita, demonstrando dacriólitos pós-cirúrgicos.



FIGURA 2. Biomicroscopia 1 ano após procedimento de canaliculoplastia.

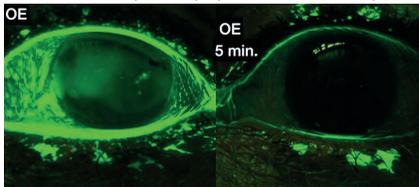


FIGURA 3. Teste de Zappia Milder. Instilação de fluoresceína 1% 1 gota, e captura fotográfica após 5 minutos.

CONCLUSÃO

A canaliculite ocorre principalmente em mulheres pós menopausa, e acredita-se que seja devido a fatores hormonais. Nosso caso abordou uma paciente mulher com canaliculite crônica superior. O tempo de sintomas corrobora com a da literatura, onde os sintomas persistem até o diagnóstico correto por 6-36 meses.

O tratamento precoce cirúrgico está relacionado com a maior resolutividade dos sintomas, enquanto o tratamento clínico é ineficaz em 80% dos casos, principalmente na presença de dacriólitos.

Canaliculotomia seguida da curetagem dos dacriólitos é o padrão-ouro em tratamento. A técnica pode ser associada a intubação com silicone e podendo ser poupadora do ponto lacrimal. Muitos autores questionam eventuais complicações cirúrgicas, como a disfunção da bomba lacrimal, o que desencorajam muitos oftalmologistas para tal procedimento. No nosso caso, realizamos a canaliculotomia sem sutura ou associação com Stent de silicone. Paciente apresentou resolução completa dos sintomas. Realizamos o teste de Zappia-Milder para demonstrar a funcionalidade da bomba lacrimal 12 meses após o procedimento, demonstrando sucesso funcional.

Referências

- Balkoğlu Yılmaz M, Şen E, Evren E, Elgin U, Yılmazbaş P. Canaliculitis Awareness. Turk J Ophthalmol. 2016 Jan;46(1):25-29. // Zaveri J, Cohen AJ. Lacrimal canaliculitis. Saudi J Ophthalmol. 2014 Jan;28(1):3-5. // Lin SC, Kao SC, Tsai CC, Cheng CY, Kau HC, Hsu WM, Lee SM. Clinical characteristics and factors associated the outcome of lacrimal canaliculitis. Acta Ophthalmol. 2011 Dec;89(8):759-63. // Nései VP, Huber-Spitzy V, Arockar-Mettinger E, Steinkogler F. Canaliculitis: difficulties in diagnosis, differential diagnosis and comparison between conservative and surgical treatment. Ophthalmologica. 1994;208(6):314-7. // Law DZ, Goh ES. Incision-sparing management of canaliculitis: an efficacious alternative to surgical management. Can J Ophthalmol. 2017 Jun;52(3):258-263. // Anand S, Hollingworth K, Kumar V, Sandramouli S. Canaliculitis: the incidence of long-term epiphora following canaliculotomy. Orbit. 2004 Mar;23(1):19-26.