

Laceração canalicular: uma técnica simplificada de sutura

Canalicular laceration: a simplified suture technique

Juliana Vendramini Rossi¹
Marilisa Nano Costa²

RESUMO

Os autores descrevem a utilização do cateter de teflon como molde intracanalicular visando tornar a sutura do canalículo lacrimal mais simples e acessível a todo oftalmologista. A técnica consiste em identificar os cotos canaliculares e, após introdução de cateter de teflon (número 22 ou 24) no lúmen canalicular, realizam-se três pontos cardinais transfixantes de sutura do canalículo com o fio nylon monofilamento (Mononylon®) ou poliglactina trançada (Vicryl®) 8-0. Esta técnica está indicada em casos de lacerações regulares, que possibilitem a cateterização do canalículo.

Descritores: Pálpebras/lesões; Aparelho lacrimal/cirurgia; Silicones; Técnicas de sutura; Ducto nasolacrimal/lesões; Métodos; Intubação

INTRODUÇÃO

As lacerações canaliculares são as lesões traumáticas mais comuns das vias lacrimais. O diagnóstico correto e tratamento adequado destas lesões são necessários a fim de prevenir epífora pós-traumática⁽¹⁻²⁾.

Resultados de trabalhos têm indicado variações nas taxas de drenagem lacrimal entre indivíduos e entre os 2 olhos do mesmo indivíduo. Além disso, a taxa de contribuição da drenagem lacrimal pelo canalículo superior e inferior é extremamente variável, fato que não pode ser previsto em cada indivíduo⁽³⁾.

Não há nenhum teste confiável que permita dizer qual paciente ficará sintomático após a laceração canalicular. Sendo assim, a única maneira de se evitar pacientes sintomáticos seria reparar as lacerações, tanto superiores quanto inferiores⁽³⁻⁴⁾.

Preconiza-se a realização da cirurgia no prazo de 12 a 48 hs para evitar o edema local, facilitando o manuseio cirúrgico⁽³⁻⁴⁾.

O princípio fundamental no reparo de canalículos lacerados consiste em restabelecer a função de drenagem. Diversas técnicas cirúrgicas têm sido descritas nos últimos anos^(3,5-6). O desenvolvimento de materiais para reparação e entubação dos canalículos, refinamento de técnicas cirúrgicas e utilização do microscópio, são avanços que contribuem para um melhor prognóstico^(3,7-8).

A maioria das técnicas utiliza modeladores de aço inoxidável ou de silicone⁽³⁾. O silicone é o material mais frequentemente utilizado para entubação dos canalículos através de várias técnicas que utilizam, por exemplo, a sonda de Worst ou sondas lacrimais que podem ser de vários tipos⁽¹⁾.

Embora a laceração canalicular seja relativamente frequente, persistem controvérsias quanto à indicação cirúrgica e à técnica ideal⁽¹⁾.

¹ Médica residente do 3º ano da disciplina de Oftalmologia da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

² Professora Doutora do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia, disciplina de Oftalmologia da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

Endereço para correspondência: Rua Campinas, 261 Catanduva (SP) CEP 15804-095
E-mail: minirossi@hotmail.com ou mnano@uol.com.br ou jvrossi@uol.com.br

Recebido para publicação em 18.03.2002
Aceito para publicação em 22.07.2002

Nota Editorial: Pela análise deste trabalho e por sua anuência na divulgação desta nota, agradecemos à Dra. Simone Haberdvllberg von Faber Bison.

Adenis (1982) apresentou resultados satisfatórios utilizando sutura com monofilamento sem entubação do canalículo⁽⁴⁾.

Objetivando tornar a sutura canalicular uma cirurgia mais simples e acessível a todo oftalmologista, apresenta-se uma nova técnica onde se utiliza o cateter de teflon como molde intracanalicular (Figura 1).

TÉCNICA CIRÚRGICA

Utiliza-se anestesia local (bloqueio do nervo nasociliar) no paciente adulto e anestesia geral na criança.

Emprega-se microscópio cirúrgico para facilitar a identificação dos cotos proximal e distal do canalículo lacerado.

Coloca-se um fio de tração Vicryl® (5-0) no tarso entre as bordas da ferida para permitir a sua aproximação, facilitando a sutura do canalículo, com o fio de nylon monofilamento (Mononylon®) ou poliglactina trançada (Vicryl®). Identificados os cotos do canalículo, introduz-se um catéter de teflon (número 22 ou 24) no lúmen canalicular (Figura 2). Antes de introduzi-lo deve-se cortar o bixel da agulha com a pinça Kelly e mantê-la dentro do catéter durante todo procedimento.

A sutura é realizada em 4 planos:

Canalículo: são passados 3 pontos cardinais transfixantes 8-0 que propiciam maior firmeza da sutura (Figuras 3 e 4).

Conjuntiva: realiza-se sutura contínua com o fio de poliglactina trançada Vicryl® (6-0) na conjuntiva tarsal, sempre que necessário.

Músculo: 2 ou 3 pontos realizados com o fio de poliglactina trançada Vicryl® (6-0) fecham o plano muscular.

Pele: Faz-se sutura com nylon monofilamento preto 6-0 (Mononylon®) em pontos separados. Esta sutura pode ser feita aproveitando-se o fio de poliglactina trançada 6-0 que foi usado anteriormente, tendo-se o cuidado de retirá-lo após 7 dias, a fim de se evitar hiperpigmentação do local.

Ao final da cirurgia o cateter é removido e nenhum outro modelador é mantido no lúmen canalicular.

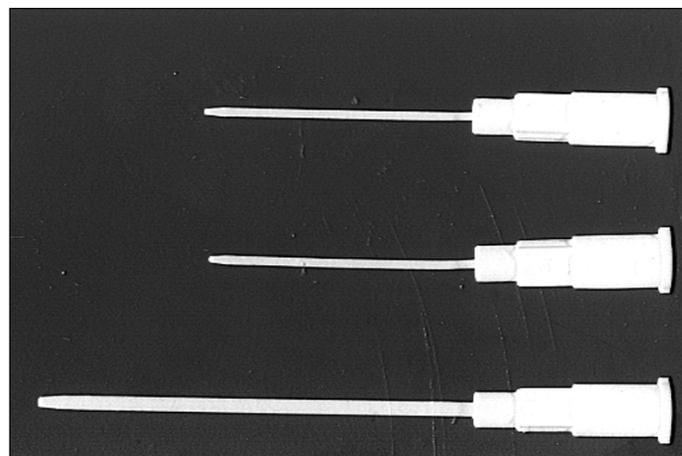


Figura 1 - Cateter 22 (acima) e cateter 24 (abaixo)

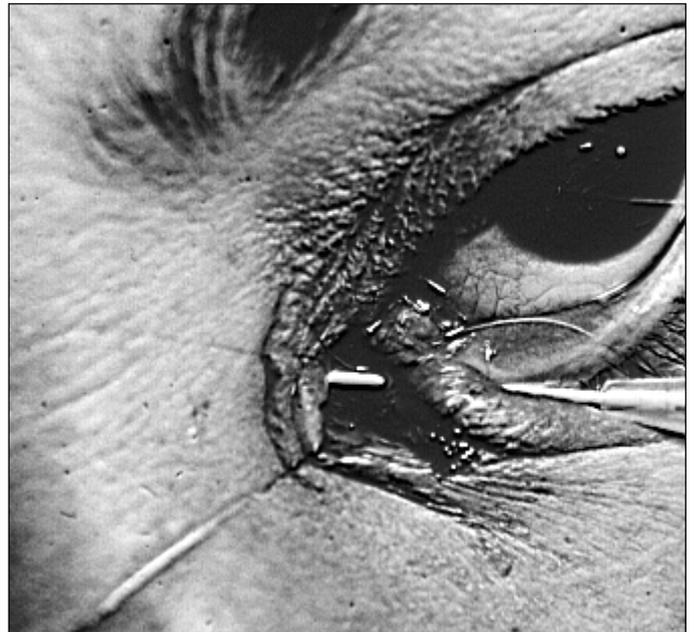


Figura 2 - Cateter introduzido nos cotos proximal e distal do canalículo inferior

CASUÍSTICA

Durante os anos de 1998 e 1999 foram identificados 11 casos de laceração canalicular lacrimal pós-traumática no serviço de oftalmologia da Unicamp que foram operados utilizando-se a técnica descrita neste trabalho. A média de idade foi de 28 anos (variando de 13 anos a 44 anos), sendo 8 do sexo masculino e todos com lesão canalicular inferior. A média de seguimento pós-operatório foi de 6 meses (variando de 3 a 13 meses). Durante este período foi observado patência do canalículo operado em 8 dos 11 casos (72.7%), de acordo com a observação clínica e o teste de Jones. Não houve nenhuma complicação intra ou pós-operatória.

DISCUSSÃO

Desde o primeiro tratamento cirúrgico de laceração de canalículos, descrito em 1913, houve uma evolução no desenvolvimento dos materiais utilizados na entubação das vias lacrimais durante o ato cirúrgico⁽³⁾.

As sondas rígidas do tipo Remky já foram abandonadas por serem anti-estéticas e perigosas pelo risco de lesar o ponto lacrimal⁽³⁾.

A sonda espiral de Worst, ainda utilizada amplamente, limita-se à reparação monocanalicular, principalmente do terço interno, sendo contra-indicada nas lesões do saco lacrimal e canalículo comum. No entanto, nem sempre estão disponíveis nas salas de emergência. Além disso, a entubação do canalículo com estes materiais, pode ser um procedimento complexo para cirurgiões inexperientes. Há risco de danificar o canalículo com formação de falsa via pela dificuldade de seu manuseio^(1,3,7-8).

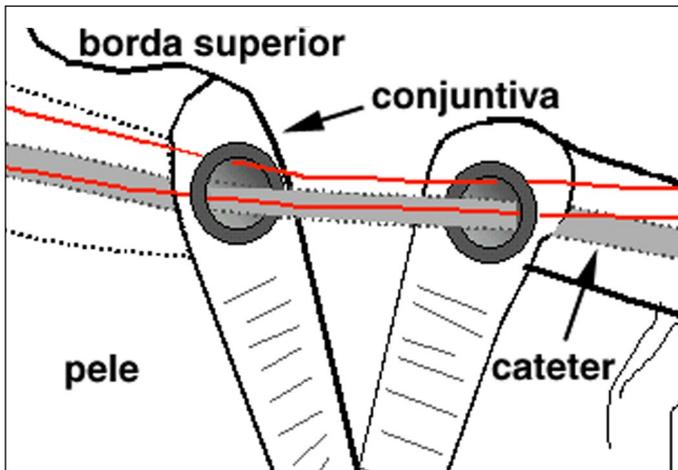


Figura 3 - Ilustração da laceração canalicular com os pontos cardinais de sutura

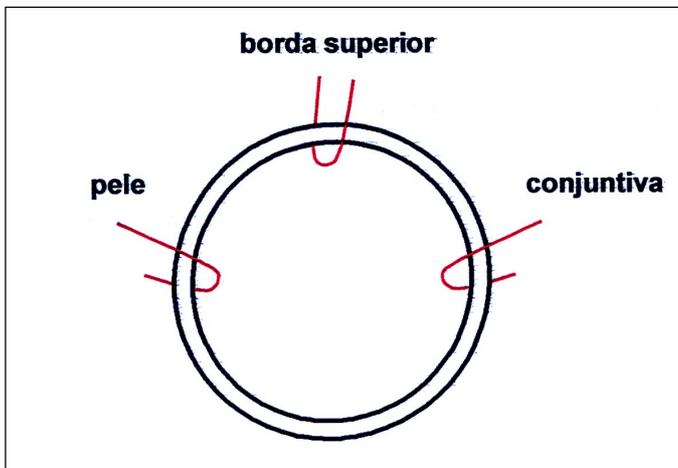


Figura 4 - Ilustração do canalículo com os três pontos cardinais de sutura transfixantes

As intubações com silicone bicanalículo-nasais ou anulares são mantidas de quarenta a sessenta dias e são pouco toleradas pelas crianças, as quais, removem o modelador com frequência⁽³⁾. Entre as complicações do uso do silicone na reparação do canalículo encontram-se a formação de granuloma piogênico, inflamação e infecção do canalículo, migração interna ou externa do tubo, irritação nasal crônica e abrasão corneana. Como complicações relacionadas à entubação bicanalículo-nasal vale ressaltar a extrusão do silicone^(3,8).

Diante das limitações e possíveis complicações inerentes aos métodos já conhecidos de reparação de lacerações canaliculares, os autores apresentam esta nova técnica utilizando o cateter de teflon como molde intracanalicular somente durante reparação cirúrgica. O bixel da agulha deve ser removido para que não lese a parede do canalículo e não faça uma falsa via. É importante que a agulha seja mantida dentro do cateter, pois só assim é possível torná-lo mais rígido e de mais fácil introdução no ponto lacrimal. Geralmente são utilizados os cateteres

22 em crianças e 24 em adultos (Figura 1). Acredita-se que esta técnica, além de ser mais prática por empregar material de fácil acesso, é um procedimento pouco traumático e de simples execução. Por ser constituído de um material mais rígido, modela o canalículo, facilitando a sutura sem risco de transfixar o tubo. A nova técnica oferece um menor número de complicações inerentes ao uso de modeladores. Ao final da cirurgia o cateter é removido e nenhum outro modelador é mantido na luz do canalículo. Esta técnica é indicada em todos os casos de lacerações canaliculares regulares, transversais e oblíquas, que possibilitem a cateterização.

Apesar de ser tecnicamente correto a utilização de um tipo específico de fio para cada etapa cirúrgica, acreditamos que com a utilização de apenas 2 tipos de fios de sutura há uma significativa diminuição de custo.

A maior limitação da técnica proposta é a seleção adequada dos pacientes. Devido ao fato de não haver suporte pós-operatório das bordas do canalículo com os "stents", esta técnica fica indicada principalmente nos casos onde o trauma da laceração canalicular não causou perda completa da anatomia das suas bordas. Em casos onde o mecanismo de laceração resulta em bordas muito irregulares esta técnica pode apresentar um índice de patência pós-operatória menor. Entretanto, devido à nossa relativamente baixa casuística e ao relativo curto período de seguimento, não podemos concluir pela sua eficiência ou pela sua incompetência funcional. Maiores estudos devem ser realizados para determinar com maior precisão as suas indicações e os resultados.

ABSTRACT

The authors describe the use of a teflon catheter as an intracanalicular stent in order to increase its accessibility to ophthalmologists. The technique is based on the identification of the canalicular borders followed by the introduction of a teflon catheter (22 or 24) into the canalicular lumen. Three full-thickness sutures are placed at the canaliculum using a 8-0 mononylon or a 8-0 vicryl. This technique can be used in cases of non-complicated lacerations, in which catheterization is still possible.

Keywords: Eyelids/injuries; Lacrimal apparatus/surgery; Silicones; Suture techniques; Nasolacrimal duct/injuries; Methods; Intubation

REFERÊNCIAS

1. Jordan DR, Nerad JA, Tse DT. The pigtail probe, revisited [commented on *Ophthalmology* 1990;97:1399-400]. *Ophthalmology* 1990;97:512-9.
2. Loff HJ, Wobig JL, Dailey RA. The bubble test: an atraumatic method for canalicular laceration repair. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1996;12:61-4.
3. Reifler DM. Management of canalicular laceration [commented on *Surv Ophthalmol* 1991;36:323-4]. *Surv Ophthalmol* 1991;36:113-32.
4. Adenis JP, Robin A. A new method of canalicular surgery: monofilament sutures without intubation. Study of 23 case. *J Fr Ophthalmol* 1982;5:515-8.

5. Pingo W, Moribe I, Habib JT, Rodrigues MLV. Lacerações dos canaliculos lacrimais. Rev Bras Oftalmol 1992;51:27-30.
6. Bison S, Soccol O. Confeção artesanal de arame de Johnson. Arq Bras Oftalmol 1998;61:599-601.

7. Long JA. A method of monocanicular silicone intubation. Ophthalmic Surg 1988;19:204-5.
8. Sato K, Kawai K. Repair of canalicular lacerations using silicone tubes(80 cases). Nippon Ganka Gakkai Zasshi 2002;106:83-8.



XXXII Congresso Brasileiro de Oftalmologia



10 a 13 de Setembro de 2003 - Salvador - BA
CENTRO DE CONVENÇÕES DA BAHIA

CONVIDADOS ESTRANGEIROS CONFIRMADOS

Enique Graue - México

Narsing Rao - EUA

Mark J. Mannis - EUA

Mark S. Blumenkranz - EUA

Miguel Burnier - Canadá

Ronald R. Krueger - EUA

Todd P. Margolis - EUA

CONFERÊNCIA CBO - "RETINA NO SÉCULO XXI" - Dr. Marcos Avila

TAXA DE INSCRIÇÃO

Categoria	de 16/04 até 16/06	de 17/06 até 31/07	no local
Sócios CBO	R\$ 290,00	R\$ 350,00	R\$ 460,00
Não Sócios	R\$ 560,00	R\$ 610,00	R\$ 720,00
Residentes / Acadêmicos	R\$ 145,00	R\$ 175,00	R\$ 230,00
Outros Profissionais da Área de Saúde	R\$ 145,00	R\$ 175,00	R\$ 230,00
Auxiliares em Oftalmologia	R\$ 75,00	R\$ 95,00	R\$ 110,00
Acompanhantes	R\$ 75,00	R\$ 95,00	R\$ 110,00

ATENÇÃO

DATA - LIMITE PARA ENVIO DE VÍDEOS: 17/06/03

INFORMAÇÕES:

SECRETARIA EXECUTIVA / ORGANIZAÇÃO:

INTERLINK - Consultoria & Eventos

Tel.: (71) 336-5644 • Fax: (71) 336-5633

E-mail: oftalmo@interlinkeventos.com.br

AGÊNCIA DE TURISMO OFICIAL - INTERLINK TURISMO

Tel.: (71) 336-5644 • Fax: (71) 336-5855

E-mail: itl@interlinkeventos.com.br

Home Page: www.interlinkeventos.com.br

Home Page: www.interlinkeventos.com.br

CBO: (11) 3266-4000 • Fax: (11) 3171-0953 • E-mail: eventos@cbo.com.br