

OBSTRUÇÃO DAS VIAS LACRIMAIS EM 294 CRIANÇAS DE 0-5 ANOS *

Levantamento dos anos 1956-1966-1976. Resultados do tratamento conservador.

Alberto Affonso Ferreira, Carlos Alfredo Cisne Guerra

INTRODUÇÃO

A grande maioria dos pediatras sabe que a lágrima só começa a ser secretada, fisiologicamente, a partir da primeira semana de vida e que as vias lacrimais estão parcial ou completamente obstruídas nos primeiros dias de vida. Sabem também que 2 a 4 semanas de massagens realizadas sobre a área do saco lacrimal, após a instilação de colírios de antibióticos, proporciona mecanismos de sucção e de injeção nos canais e saco a ponto de permitir que apareça no corneto inferior referido colírio (1-2-3-4).

Os casos rebeldes a estes cuidados básicos vão ter as mãos do Oftalmologista que orientará o tratamento visando a causa da epifora ou purgação, isto é, a desobstrução dos canais lacrimais. Só em casos especiais prescreverá antibiótico sistêmico (5-6-7).

Para os pacientes adultos, a sequência de tratamento da obstrução lacrimal dilatação do ponto lacrimal, injeção de soro fisiológico sob pressão nessas vias ou a passagem de sonda desobstruidora e posterior injeção pode ser realizada com algum desconforto, mesmo após a instilação de lidocaina a 2% nos fundos de saco.

Para as crianças, dois diferentes casos sucedem: nos lactentes, até um ano de idade, a contenção pode permitir a dilatação e mesmo a sondagem dos canais, com maior ou menor traumatismos ou possibilidade de formar falsos caminhos, assim como de carrear infecção para as vias aéreas, incidentes sempre perigosos e indesejáveis (2-5-6).

Para crianças de mais de um ano de vida, o segundo caso, a contenção traz mais malefícios do que os inconvenientes de uma anestesia geral, que tem aqui indicação precípua (1-2-4).

Pretendemos mostrar nessa comunicação os resultados das rotinas usadas neste hospital nos últimos vinte anos para os casos de obstrução lacrimal em crianças de 0-5 anos e o teste atualmente em uso que tem nos dado muito bons resultados (2).

CASUÍSTICA

Constam de nossa casuística 294 pacientes de 0-5 anos de idade que vieram a consulta por queixas relacionadas a epifora, sugestivas de obstruções das vias lacrimais (itens A11, A45 e A46 da nossa classi-

ficação cujas primeiras consultas dataram do ano 1956, do ano 1966 e do ano 1976. Durante este longo período de vinte anos, grande parte dos pacientes foi tratada pelos mesmos Oftalmologistas, suas condutas foram se sucedendo espontaneamente sem partidarismos ou radicalismos.

Desta maneira, conseguimos catalogar e estudar 62 pacientes examinados e tratados em 1956, 112 pacientes em 1966 e 120 ao longo de 1976, todos eles com queixas sugestivas de obstrução das vias lacrimais, todos eles de idade variáveis entre 0-5 anos e que foram submetidos a cateterismo.

MÉTODOS

Dependendo das preferências dos seus respectivos médicos, algumas crianças tiveram a sequência de tratamento - dilatação, cateterismo, injeção de líquido nas vias lacrimais - sob anestesia geral, ao passo que outras foram contidas pela enfermagem, de preferência as menores de 6 meses de idade. Não houve consenso na escolha do canalículo a ser sondado: muitos Oftalmologistas preferiram o superior e outros o inferior, cada grupo defendendo suas respectivas vantagens (6-7).

Foram injetados nas vias lacrimais, antes ou depois do cateterismo, as seguintes substâncias: soro fisiológico, solução de cloranfenicol 2%, solução fraca de azul de metileno, solução fraca de rifampicina ou uma mistura de corante e antibiótico.

Os calibres das sondas usadas variou de 00 até a de n.º 1. A cânula de injeção do líquido corante-desobstruidor usada era adaptada a seringa de 3 ml e o êmbolo pressionado com força, injetando 1 ml cada vez.

A constatação de que a solução corante-antibiótico havia realmente atingido a fossa nasal, baseou-se numa das seguintes eventualidades:

- não refluir pelo ponto lacrimal adjacente ou pelo ponto em estudo;
- deglutição ou "engasgo" aparentes;
- faringoscopia;
- tingir gaze enrolada em cânula orofaríngea;
- aparecimento de estertores localizados por estetoscópio na região cervical;
- teste A F (Affonso Ferreira).

* Trabalho apresentado ao XIX Congresso Brasileiro de Oftalmologia (1977 Rio de Janeiro).

Resultados do tratamento conservador (Dilatação — Sondagem — Injeção)

Ano	nº	Indicado D C R		Cura certa		Sem dados		Sob AG	
		nº	%	nº	%	nº	%	%	Idade média
1956	62	7	11,3	20	32,3	35	56,4	4,8	2a 6m
1966	112	8	7,1	30	27,0	74	65,8	20,5	2a 2m
1976	120	6	5,0	50	41,3	64	53,7	31,7	1a 8m

AG — Anestesia Geral
DCR — Dacriocistorrinostomia

Totais gerais

	Indicado D C R	Cura certa	Sem dados	Totais
nº	21	100	173	294
%	7,2	34,0	58,8	100,0

Distribuição etária dos pacientes

Idade Ano	0 — 1 m		2 — 6 m		7 — 11 m		1 — 2 a		3 — 5 a		Totais
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
1956	11	17,7	21	33,8	8	13,0	14	22,5	8	13,0	62
1966	12	10,7	61	54,4	17	15,1	17	15,1	5	4,5	112
1976	19	16,0	71	59,0	14	11,0	14	11,0	2	1,5	120

Totais gerais

	0 — 1 m	2 — 6 m	7 — 11 m	1 — 2 a	3 — 5 a	Totais
nº	42	153	39	45	15	294
%	14,3	52,0	13,3	15,3	5,1	100,0

DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS

A existência de variadas técnicas de dacriostomia são a constatação prática de que nenhuma delas é perfeita em restaurar todas funções do aparelho lacrimal. A luz do bom-senso, as dacriostomias conseguem unicamente restaurar a perviabilidade dos canais lacrimais que passam a ser meros condutores de lágrimas. Todas ações de bomba e valvulares deixam de funcionar depois da operação, por mais sofisticada que seja a técnica cirúrgica.

O Oftalmologista não tem, pois, o direito de intervir nos casos de obstrução lacrimal sem antes tentar o tratamento conservador. A cirurgia, dacriostomia, estará automaticamente indicada quando houver constatação da destruição anatômica ou funcional das vias lacrimais, por qualquer motivo.

O tratamento conservador está baseado no tripé: dilatação-injeção-cateterismo-injeção sob pressão. Até muitos anos atrás, o Oftalmologista, não se preocupava com o destino, o caminho, o trajeto seguido após injetada a solução desobstruidora. Outros, até hoje correm o risco de provocar espasmos da encruzilhada faríngeo-laríngea e de infecções pulmonares, sem contar o imenso traumatismo físico e psicológico, ao rea-

lizar, referido tratamento, por contenção da criança.

Ao longo de mais de vinte anos, nossos serviços de oftalmologia e de anestesia racionalizaram o tratamento conservador das obstruções dos canais lacrimais, depois de passar por inovações e modificações sutis, pouco sensíveis, até o ponto de utilizar um dos testes descritos na metodologia.

A análise primária dos dados coligidos nos resultados nos autoriza a tecer os seguintes comentários:

- em 1956 havia muito maior indicação de cirurgia (dacriostomia), 11,3% do que em 1966 (7,1%) e do que em 1976-5%. Os casos com perfeito seguimento também mostram que houve maior cifra de curas comprovadas: 32,3% em 1956 contra 41,3% em 1976.
- a quais fatores pode esta melhora ser devida? Deixando de lado a eficácia dos novos antibióticos, eis que em 1956 já havia uma gama dos mesmos e, os germes não tinham ainda desenvolvidos resistência adquiridas pelo mal uso desses medicamentos, restam os seguintes argumentos para explicar a menor indicação cirúrgica e maior percentagem de curas:
- diagnóstico mais precoce das obstruções pelos pediatras que já instruíam as mães

a instilar colírios e processar massagens na região dos sacos lacrimais. Por outro lado, os casos que chegam ao Oftalmologista são os mais rebeldes, isto é, de pior prognóstico.

- como segundo fator, nos atrevemos a dizer que a sondagem e injeção sob pressão, a constatação do destino da solução colorida injetada são mais perfeitas, mais perseguidas; o Oftalmologista se preocupa com detalhes do método, não se satisfaz em só injetar a solução no saco lacrimal, quer saber o curso seguido pela mesma. Nas crianças de 6 meses a 5 anos isto só é possível quando realizadas sob anestesia geral. Poucos teriam a coragem de negar este fato, diariamente testado na nossa labuta diária (2-4-5-7).
- há nítida predominância do tratamento ser mais precoce: as médias de idade das crianças que foram sondadas sob anestesia geral, vem caindo: 2 a 6m em 1956, para 2 a 2m em 66 e 1 a 8m em 76. No mesmo sentido vem sendo a média de idades geral, isto é, crianças que foram submetidas a cateterismo, tanto por contenção como sob anestesia geral: 13 meses em 56, 18, 5 meses em 66 e somente 6,5m em 1976.
- temos a lamentar a falta de dados importantes nas nossas fichas, para o seguimento e constatação dos índices de cura em 1966. Sua explicação baseia-se no fato de estarmos prestando, naquela época, intensa colaboração aos órgãos governamentais de assistência médica, quando chegamos a insuportável cifra de 65,8% de casos que não retornaram ao hospital para a verificação de cura ou da necessidade de novos cateterismos. Se formos usar o ditado francês "pas de nouvelle, bonne nouvelle", poderíamos nos aventurar a considerar aqueles 74 pacientes como curados...
- a grande parcela dos pacientes (79,6%) tinha idades variando entre 0-11 meses. Se considerarmos somente as crianças examinadas e tratadas em 1976, a parcela com essas idades sobe para 86%.

CONCLUSÕES

1. O tratamento conservador das obstruções das vias lacrimais em crianças de 0-5 anos é muito eficaz e deve ser sempre tentado antes de comprovação da destruição, funcional ou anatômica, dos canais.
2. A grande parcela dos nossos pacientes (79,6%) tinha idades de 0-11 meses.

3. Em crianças maiores de 6m de idade, o desenvolvimento da triade: dilatação do ponto lacrimal, cateterismo e injeção de líquido sob pressão nas vias lacrimais — só pode ser realizada com perfeição submetendo a criança a anestesia geral inalatória.
4. Durante o ano de 1976, de 120 crianças tratadas, somente 6 (5%) tiveram indicação cirúrgica (DCR), depois do tratamento conservador.
5. O teste AF revelou-se importante adjuvante no diagnóstico e tratamento das referidas obstruções.

RESUMO

294 pacientes de 0-5 anos com diagnóstico de obstrução das vias lacrimais foram tratadas nos anos 1956, 1966 e 1976 pelos mesmos Oftalmologistas e os resultados foram comparados entre si. Todos os pacientes tiveram suas vias lacrimais cateterizadas e diferentes soluções foram ali injetadas, sob pressão.

Pode-se concluir que houve melhora significativa nos métodos terapêuticos com base na menor indicação cirúrgica: 11,3% em 1956; 7,1% em 1966 e 5,0% em 1976 assim como maior proporção de cura comprovada.

Fator importante para explicar a melhoria é a realização da sondagem dos canais lacrimais sob anestesia geral inalatória assim como a utilização de método eficaz e elegante para comprovar o destino da solução injetada (Teste Affonso Ferreira).

SUMMARY

294 patients between 0-5 years with diagnosis of obstruction of the lacrimal ducts were treated, during 1956, 1966 and 1976 by the same Ophthalmologists and the results were compared. All patients had their lacrimal ducts probed and had an injection into the lacrimal sac, with pressure, of different colored solutions. Based on the smaller percentage of surgical indications — DCR (11.3% in 1956; 7.1% in 1966 and 5.0% in 1976) and on the greater proportion of proved cures, it is concluded that it have been a significant improvement of the conservative methods. This improvement can be attributed to the better conditions of probing afforded by inhalatory general anesthesia as well as to the utilization of an efficient and elegant test to check the destination of the injected solution (test A F).

BIBLIOGRAFIA

1. BODIAN, M. — Causes and treatment of epiphora. 1976 Instruction Section Course 127 Amer Acad Ophthalmol Otolaryngol.
2. Ferreira, A. F. — Teste de perviabilidade dos canais lacrimais. Arq Bras. Oftalmol. 38: 183-185, 1975.
3. Hecht, S. D. — Tests for lacrimal insufficiency Audio-digest Foundation Ophthalmology volume 14, number 16, 1976.
4. MILDER, B. & DEMOREST, B. — The lacrimal drainage system: diagnosis and treatment. 1976 Instruction Section. Course 74 Amer Acad Ophthalmol Otolaryng.
5. PICO, G. — Disorders of the lacrimal passages. 1976 Instruction Section Course 82 Amer Acad Ophthalmol Otolaryngol.
6. WERB, A. — Dacryocystography — idem ibidem.
7. WOBIG, J. L. — Probing for nasolacrimal duct obstruction in children — idem ibidem.