

ASPECTOS PRÁTICOS NO TRATAMENTO DAS VIAS LACRIMAIS SUPERIORES E EXPERIÊNCIA PESSOAL COM A OPERAÇÃO DE LESTER JONES (CONJUNTIVO-DACRIO-CISTO-RINOSTOMIA) *

Zeniro José Sanmartin

Consideramos muito útil a divisão do aparelho lacrimal excretor em duas partes, conforme proposto por Weil:

— Vias lacrimais altas, desde o ponto até o saco lacrimal, incluindo a válvula de Rosenmüller e vias lacrimais baixas, prolongando-se do saco até o meato inferior, incluindo a válvula de Hasner.

— Cada uma destas partes tem etiologia, diagnóstico, prognóstico e tratamento completamente diferentes.

Vamos abordar alguns aspectos da terapêutica das vias lacrimais altas.

ANOMALIAS CONGÊNITAS DO PONTO E CANALÍCULOS

Atresia e ausência do ponto lacrimal

A atresia do ponto lacrimal é o resultado de uma falha na deiscência do epitélio conjuntival que recobre um canalículo normalmente desenvolvido, podendo estar atingidos um ou ambos os canalículos em cada olho.

Perfurar esta membrana e trepanar o orifício, recém aberto para ampliá-lo geralmente é suficiente para a cura.

Nos casos de ausência total, quando a localização do ponto não é possível, uma dacriografia percutânea com contraste hidrossolúvel e compressão na parte inferior do saco poderá eventualmente determinar a extensão do comprometimento canalicular e o local ideal para criar um neo-ponto ou a necessidade de uma operação de Jones.

CANALICULITES COM CONCREÇÕES

Nestes casos a remoção completa das concreções é essencial para a cura: canaliculotomia ampla, respeitando o ponto lacrimal, extração das concreções, irrigação com antibióticos e sutura cuidadosa do canalículo sob microscopia é a conduta que temos adotado com bons resultados.

CANALÍCULOPATIA ESTENOSANTE

Na fase inicial, recém suspeitado o diagnóstico, colocamos um bastão de Veirs para evitar a progressão da estenose.

Se a obstrução for resistente ou atingir área ampla do canalículo, principalmen-

te junto ao ponto lacrimal, realizamos diretamente uma operação de Jones.

INTUBAÇÃO BICANALICULAR EM U COM FIXAÇÃO INTRANASAL

Nos casos em que a estenose canalicular não é muito extensa e que se acompanha de obstrução do saco ou ducto lacrimo-nasal praticamos uma dacriostomia, acompanhada de intubação dos canalículos com um tubo de silicone muito fino, que passando por ambos os canalículos, uma seus dois extremos dentro da fossa nasal.

O tubo é praticamente invisível (figura I), pois apenas fica exposto o segmento que vai do canalículo superior ao inferior.

A tolerância perfeita do silicone nos permite intubação prolongada, de vários meses, necessário para a cura.



Fig. 1 — Traumatismos das vias lacrimais altas.

TRAUMATISMOS DAS VIAS LACRIMAIS ALTAS

Lacerações do ângulo interno com lesão canalicular

O exame do ferimento nos indica a conduta em cada caso: se verificamos que os segmentos seccionados dos canalículos são visíveis, realizamos imediatamente a cirurgia reparadora.

Naqueles casos em que a ruptura canalicular se encontra profundamente situada, próxima ao saco lacrimal, como ocorre frequentemente e a região edemaciada e sangrando com facilidade, tratamos as estru-

* Trabalho apresentado no Simpósio sobre Terapêutica Ocular do Centro de Estudo Prof. Ivo Correa Meyer, Porto Alegre, nov. 77.

turas lesadas com um curativo ocular, antibióticoterapia local e sistêmica, e aguardamos 24 horas, conforme orientação de Picó: passado este tempo, a ferida se apresenta sem sangramento, o edema diminuiu e afastando seus bordos debilmente aderidos os orifícios do canalículo seccionado vão, via de regra, mais facilmente encontrados.

Estamos usando há vários anos, com bons resultados e mínima incidência de complicações os bastões de Veirs e só em casos especiais realizamos outras técnicas, como por exemplo, intubação bicanalicular com fixação palpebral.

Nos raros casos em que usamos a sonda pigtail de Worst o fazemos com extrema cautela pelo risco de lesão canalicular que comporta.

Os bastões de Veirs são de aço inoxidável de 10 e 12 mm e aproximadamente de 1 mm de espessura, ligados a um fio de seda.

A localização e reparação do canalículo é feita sob microscopia. Uma vez visualizados os dois segmentos seccionados, introduz-se o bastão de Veirs como uma ponte entre ambos e se procede a sutura canalicular colocando 3 pontos respectivamente, superior, posterior e anterior.

A seguir é feita a reparação palpebral por planos: conjuntiva, músculo e pele.

O fio de seda ligado ao bastão é suturado à pele próximo ao ponto lacrimal e medialmente a ele, sem tensão, para evitar uma canaliculotomia traumática.

O bastão deve permanecer no canalículo pelo menos por 6 semanas.

TÉCNICAS DE RECONSTRUÇÃO TOTAL

Pacientes com epífora que esteja causando incomodo considerável e que **não possa ser corrigida com técnicas mais simples** devem ser considerados como candidatos para algum tipo de cirurgia reconstrutiva.

É fundamental que o cirurgião esteja habilitado para realizar um exame completo e que possa determinar com precisão a causa da epífora.

EXPERIÊNCIA PESSOAL COM A OPERAÇÃO DE LESTER JONES

Conjuntivo-Dacrio-Cisto-Rinostomia

Desde o ano de 1970 começamos a efetuar sistematicamente, nos casos indicados, a operação Lester Jones.

Indicações

Ausência congênita, destruição traumática, ou obstrução completa de ambos canalículos em um olho.

Obstrução sub-total extensa dos canalículos.

Após D.C.R. na qual os canalículos são permeáveis, mas não funcionantes.

186 — ARQ BRAS OFTAL 41 (4), 1978

Ausência do saco lacrimal.

Material e Técnica

Pacientes operados: 36 (entre os anos de 1970 à 1977).

Controle pós-operatório: 5 meses à 7 anos

Sexo: feminino — 21
masculino — 15

Idade: mínima 9 anos
máxima 63 anos

Começamos a cirurgia como para uma dacriostomia e ao chegarmos ao ponto em que o saco é aberto, introduzimos na região da carúncula uma agulha hipodérmica longa que deve emergir na fossa nasal posteriormente ao retalho anterior do saco lacrimal e levemente abaixo do nível da fenda palpebral; a parte anterior do corneto deve ser excisada se interfere com a ponta da agulha.

Após, seguindo a direção da agulha, se introduz uma faca de Graeffe, cuidando para não lesar a córnea e também que a ferida na carúncula não seja muito extensa, para evitar que o tubo venha a se deslocar de sua posição posteriormente.

Retirada a faca, colocamos o tubo de pirez usando uma sonda-cânula como guia.

Nas nossas primeiras operações usávamos temporariamente tubos de silicone e transfixávamos o pavilhão dos mesmos para fixá-los aos tecidos subjacentes; atualmente colocamos logo os tubos de pirez.

Quando os tubos não funcionam adequadamente devem ser substituídos por outros, de diferente tamanho e forma ou recolocados em posição mais adequada.

Entre os fatores mais comuns que motivaram a troca de tubos, podemos citar:

- tubo longo, tocando o septo nasal
- pavilhão do tubo grande, pressionando a borda palpebral
- pavilhão pequeno, recoberto pela prega semilunar

Em nossos pacientes, em 27 casos não foram necessárias reentubações; 9 necessitaram troca de tubos.

Complicações

Granulomas — 2

Hemorragia pós-operatória importante — 1

Secreção abundante — 2 (um destes casos apresentava sequelas de síndrome de Stevens-Johnson; o outro usava prótese ocular e estava em litígio por acidente de trabalho e nos chamou a atenção o fato de que, resolvido o seu problema legal, a secreção desapareceu também...)

Resultados

Em 36 casos: curados 33 — 91,66%
fracassos — 3

Consideramos excelentes os resultados obtidos com esta técnica e acreditamos que, hoje, com a experiência adquirida, estes casos em que não tivemos êxito poderiam ser reoperados com sucesso.



Figura 2 — Tubo de Jones, corretamente colocado.

RESUMO

O autor descreve sua conduta no tratamento de algumas doenças das vias lacrimais altas e apresenta sua experiência pessoal com a operação de Lester Jones (conjuntivo-dacrio-cisto-rinostomia).

Em 36 casos operados entre os anos de 1970 à 1977 com controle — pós-operatório de 3 meses a 7 anos obteve bons resultados em 91,6%.

SUMMARY

The author describes his procedure in the treatment of some diseases of the upper lacrimal ducts and reports his personal experience with the Lester Jones operation (conjunctivo-dacryo-cysto-rhinostomy).

In 36 operations performed from 1970 to 1977, with a 5 months to 7 years follow up, good results were achieved in 91.6%.