

Canaliculite crônica supurativa - aspectos clínicos e terapêuticos: relato de 3 casos

Chronic suppurative canaliculitis - clinical and therapeutic aspects: report of 3 cases

FERNANDA MARCIO¹, RENATO WENDELL DAMASCENO¹, FAUSTO DA PAZ CAZORLA¹, SIMONE HABER DUELLBERG VON FABER BISON², JOSÉ VITAL FILHO³

RESUMO

A canaliculite lacrimal é uma afecção rara, cujo principal agente etiológico é o *Actinomyces israelii*. Ela deve ser considerada como um diagnóstico diferencial nos casos de conjuntivite crônica recorrente. O objetivo deste estudo é relatar 3 casos de pacientes com canaliculite crônica supurativa e diferentes formas de tratamentos. O primeiro paciente apresentou uma canaliculite superior esquerda e foi tratado com uma canaliculotomia. Entretanto, o mesmo desenvolveu uma canaliculite inferior ipsilateral após 6 meses e foi submetido a um esquema de injeção intracanalicular de cefazolina fortificada com resultado satisfatório. O segundo paciente apresentou uma canaliculite inferior esquerda e foi tratado com uma canaliculotomia. O terceiro paciente teve uma canaliculite inferior esquerda e foi submetido a um esquema de injeção intracanalicular de cefazolina fortificada. Ambos obtiveram completa resolução dos sintomas e sinais. O presente estudo demonstra que a irrigação intracanalicular de cefazolina fortificada pode ser uma forma útil de tratamento de canaliculite crônica supurativa com sintomatologia mais branda. O maior benefício desta abordagem é evitar o traumatismo cirúrgico da canaliculotomia.

Descritores: Dacriocistite/microbiologia; Dacriocistite/diagnóstico; Doenças do aparelho lacrimal/diagnóstico; Doenças do aparelho lacrimal/quimioterapia; Infecções oculares bacterianas/quimioterapia; *Actinomyces*/isolamento & purificação; Cefazolina/uso terapêutico; Curetagem; Humanos; Masculino; Feminino; Adulto; Idoso; Relatos de casos

ABSTRACT

Lacrimal canaliculitis is a rare disease caused mainly by Actinomyces israelii. It should be regarded as a differential diagnosis of recurrent chronic conjunctivitis. The purpose of this study was to report 3 cases of chronic suppurative canaliculitis and different treatment options. The first patient presented with an upper left canaliculitis and was treated with a canaliculotomy. Nevertheless, he had an ipsilateral lower canaliculitis after 6 months and underwent intracanalicular injections of fortified cefazolin with complete remission. The second patient presented with a lower left canaliculitis and underwent a canaliculotomy. The third patient had a lower left canaliculitis and underwent intracanalicular injections of fortified cefazolin. Both achieved complete remission. The present article demonstrated that intracanalicular irrigation of fortified cefazolin may be a helpful treatment of chronic suppurative canaliculitis with mild symptoms and signs. The most important benefit of this approach is to avoid injury to the lacrimal canaliculus.

Keywords: Dacryocystitis/microbiology; Dacryocystitis/diagnosis; Lacrimal apparatus diseases/diagnosis; Lacrimal apparatus diseases/drug therapy; Eye infections, bacterial/drug therapy; *Actinomyces*/isolation & purification; Cefazolin/therapeutic use; Curettage; Humans; Male; Female; Adult; Aged; Case reports

INTRODUÇÃO

A canaliculite crônica supurativa é uma importante causa de conjuntivite recorrente, epífora e desconforto ocular. É infrequente e pode, muitas vezes, ser confundida erroneamente como conjuntivite crônica, blefarite ou hordéolo⁽¹⁻³⁾.

O *Actinomyces israelii* é o agente etiológico mais frequente. Este é uma bactéria Gram-positiva, anaeróbia, de difícil isolamento e identificação e que atinge o lúmen dos canaliculos, formando concreções⁽¹⁻³⁾. Existem outros agentes etiológicos menos frequentes, tais como: *Fusarium*, *Candida*, *Propionibacterium*, *Enterobacter*, *Novcardia* e *Aspergillus*⁽⁶⁾.

A canaliculite não apresenta resolução espontânea, sendo sempre necessário tratamento^(6,7).

O objetivo deste estudo é relatar três casos de canaliculite crônica supurativa e diferentes formas de tratamento.

RELATOS DE CASOS

Caso 1

Paciente de 50 anos, sexo masculino, relatou vermelhidão no olho esquerdo (OE) iniciada há mais de 6 meses. Ao exame clínico, evidenciou-se edema e hiperemia importantes do ponto lacrimal superior com saída de secreção à expressão do mesmo. O paciente foi submetido a uma canaliculotomia superior com preservação do ponto lacrimal e implante do arame de Johnson, obtendo resolução completa do sintomas e sinais. Após seis meses de seguimento pós-operatório, apresentou canaliculite inferior ipsilateral, sendo iniciado um esquema de injeção intracanalicular de 2 ml de cefazolina 50 mg/ml semanalmente no 1º mês e quinzenalmente no 2º mês (Figura 1 - A a F). Após 2, 6 e 10 meses do término do esquema de injeção intracanalicular, o paciente

Submitted for publication: June 13, 2010
Accepted for publication: February 24, 2011

Study carried out at the Departamento de oftalmologia do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

¹ Physician, Curso de Aperfeiçoamento da Seção de Orbita, Oculoplástica e Vias Lacrimais, Hospital Central, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo (SP), Brazil.

² Physician, Setor de Vias Lacrimais, Hospital Central, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo (SP), Brazil.

³ Physician, Setor de Oculoplástica, Hospital Central, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo (SP), Brazil.

Funding: No specific financial support was available for this study.

Disclosure of potential conflicts of interest: F. Marcio, None; R.W. Damasceno, None; F.P. Cazorla, None; S.H.D.V.F. Bison, None; J.Vital Filho, None.

Correspondence address: Fernanda Marcio, Rua Frederico Abranches, 375 - Apto. 63 - São Paulo (SP) - 01225-001 - Brazil - E-mail: fernandamarcio@hotmail.com

Editorial Note: After completing the confidential analysis of the manuscript, ABO discloses, with his agreement, the name Dr. Roberto Murillo Limongi de Souza Carvalho as a reviewer. We thank his effort and expertise in participating in this process.

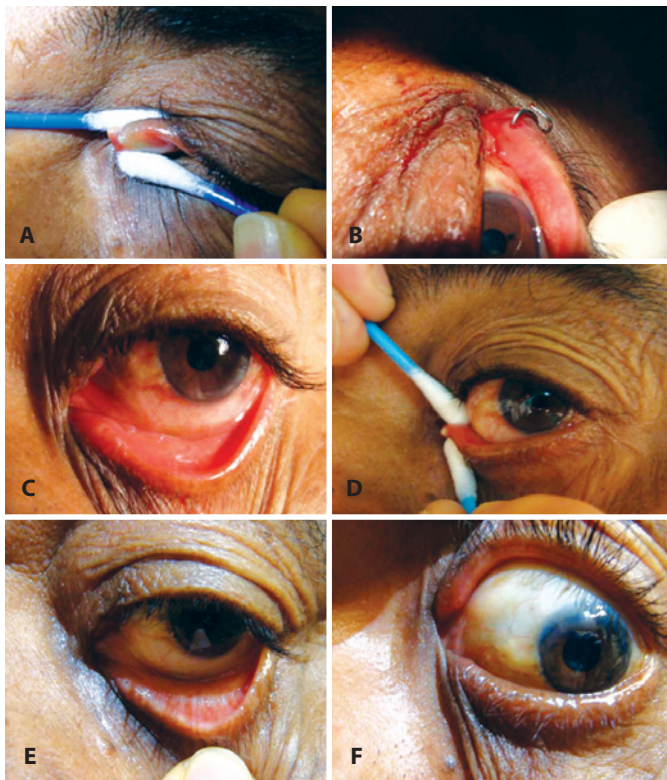


Figura 1. A) Hiperemia, dilatação e edema acentuados do ponto lacrimal e canalículo lacrimal da pálpebra superior, com saída de secreção purulenta à expressão do ponto lacrimal; B) Canaliculotomia superior com implante de arame de Johnson; C) Canaliculite inferior após 6 meses da canaliculotomia superior; D) Saída de secreção purulenta à expressão; E) Evolução satisfatória após 2 meses de injeção intracanalicular inferior de cefazolina; F) Evolução satisfatória após 8 meses da canaliculotomia superior.

apresentou-se com os canalículos superior e inferior pérvios e sem sinais de inflamação.

Caso 2

Paciente de 70 anos, sexo feminino, referiu vermelhidão no OE há mais de 6 meses. Ao exame clínico, apresentou edema e abaulamento do ponto lacrimal inferior com saída de secreção com concreções, sendo diagnosticado canaliculite supurativa. A paciente foi submetida a uma canaliculotomia inferior com preservação do ponto lacrimal e implante do arame de Johnson, evoluindo satisfatoriamente e permanecendo assintomática após 12 meses de pós-operatório (Figura 2 - A a D).

Caso 3

Paciente de 78 anos, sexo feminino relatou vermelhidão no OE há mais de 6 meses. Ao exame clínico, evidenciou-se canaliculite inferior esquerda com saída de pouca secreção purulenta pelo ponto lacrimal. A paciente foi submetida à expressão canalicular da secreção e a um esquema de injeção intracanalicular de 2 ml de cefazolina 50 mg/ml semanalmente no 1º mês e quinzenalmente no 2º mês, obtendo completa resolução. A paciente apresentou-se sem sinais e sintomas de canaliculite no seguimento de 2, 6 e 10 meses.

A técnica cirúrgica utilizada foi a canaliculotomia com preservação do ponto lacrimal e implante do arame de Johnson. Após anestesia local com xilocaína 2% associada a vasoconstritor, introduz-se uma sonda de Bowman no canalículo a ser operado e, com lâmina 11, faz-se uma incisão neste a 2 mm do ponto lacrimal. Cureta-se até a retirada do máximo possível de concreções e im-

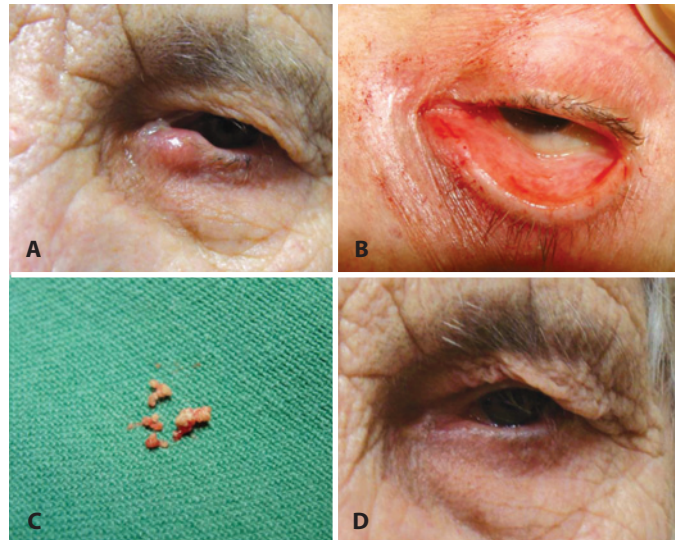


Figura 2. A) Hiperemia, dilatação e edema acentuados do canalículo inferior; B) Canalículo inferior aberto para implante do arame de Johnson; C) Dacriólitos retirados após a canaliculotomia inferior; D) Evolução satisfatória após 2 meses da canaliculotomia inferior.

planta-se um modelador canalicular, como o arame de Johnson feito com gelco 24. Não foi realizada a sutura da incisão canalicular.

A cefazolina fortificada (50 mg/ml) foi preparada através da diluição de um frasco de 500 mg de cefazolina em 10 ml de água destilada.

Em todos os casos, realizou-se bacterioscopia com coloração de Gram, sendo observados filamentos Gram-positivos. Não houve crescimento microbiológico nos meios de cultura (ágar sangue, ágar chocolate, Sabouraud e tioglicolato).

DISCUSSÃO

A canaliculite lacrimal é uma afecção rara que deve ser lembrada como diagnóstico diferencial nos casos de conjuntivite crônica recorrente, principalmente quando unilateral e não responsiva ao tratamento convencional^(1,4-8).

Os sintomas e sinais mais característicos são tumoração, hiperemia conjuntival tarsal próxima à área do canalículo afetado, saída de secreção mucopurulenta pelo ponto lacrimal dilatado e, em alguns casos, dacriólitos visíveis no seu interior. Apesar disso, é importante a avaliação laboratorial completa para o diagnóstico de certeza^(1,2,4,6,7). Na maioria dos casos, a via lacrimal mantém-se pérvia⁽⁶⁾.

O tratamento conservador é descrito como pouco eficaz com uma taxa de 20% de cura completa quando isolado. O tratamento mais utilizado é a canaliculotomia com ou sem preservação do ponto lacrimal^(2,6,7). Entretanto, alguns autores descreveram o uso de irrigação intracanalicular de solução de cefazolina fortificada (50 mg/ml) associada a antibióticos tópicos (cefazolina fortificada 50 mg/ml + ciprofloxacino 0,3%) 8 a 10 vezes por dia como tratamento alternativo eficaz da canaliculite lacrimal. A linha de tratamento, portanto, pode ser decidida de acordo com a gravidade da sintomatologia ocular do paciente⁽²⁾.

Optou-se pelo tratamento cirúrgico em 2 casos devido ao aspecto clínico mais severo com dilatação e edema acentuados do canalículo e saída de abundante secreção purulenta. Foi indicada a injeção intracanalicular de cefazolina pelas manifestações clínicas mais brandas da doença (edema de ponto lacrimal e secreção).

A observação de filamentos Gram-positivos na bacterioscopia foi típica de *Actinomyces israelii*. A ausência de crescimento microbioló-

gico comprova a dificuldade de isolar e identificar o *Actinomyces israelii*, mas não invalida o diagnóstico microbiológico, pois a bacterioscopia é conclusiva. Além disso, essa negatividade talvez possa ser atribuída aos vários tratamentos anteriores com antibióticos.

Até pouco tempo atrás, a canaliculite lacrimal tinha como único tratamento efetivo a canaliculotomia com ou sem preservação do ponto lacrimal. Entretanto, a disponibilidade de antibióticos de amplo espectro e a irrigação intracanalicular podem oferecer uma alternativa à cirurgia na abordagem dessa doença, já que tem a vantagem de eliminar o traumatismo cirúrgico da canaliculotomia.

Em suma, observou-se que o tratamento com irrigação intracanalicular de cefazolina fortificada foi eficaz no tratamento da canaliculite lacrimal com sintomatologia branda, enquanto que, nos casos severos, onde havia maior edema do ponto lacrimal, maior quantidade de secreção e mais concreções, o resultado com conduta terapêutica conservadora não foi satisfatória, necessitando realizar a canaliculotomia para resolução.

REFERÊNCIAS

1. Benchimol ML, Couto Junior AS, Pereira CF, Melo AC, Barbosa RS. Canaliculite: relato de casos e conduta. *Arq Bras Oftalmol.* 2002;65(4):471-3.
2. Mohan ER, Kabra S, Udhay P, Madhavan HN. Intracanalicular antibiotics may obviate the need for surgical management of chronic suppurative canaliculitis. *Ind J Ophthalmol.* 2008;56(4):338-40.
3. Pine L, Hardin H. *Actinomyces israelii*, a cause of lacrimal canaliculitis in man. *J Bacteriol.* 1959;78:164-70.
4. Chumbley LC. Canaliculitis caused by *Enterobacter cloacae*: report of a case. *Br J Ophthalmol.* 1984;68:364-6.
5. Seal DV, McGill D, Flanagan D, Purrier B. Lacrimal canaliculitis due to *Archnia (Actinomyces) propionica*. *Br J Ophthalmol.* 1981;65(1):10-3.
6. Carneiro RC, Macedo EM, Oliveira PP. Canaliculite: relato de caso e conduta. *Arq Bras Oftalmol.* 2008;71(1):107-9.
7. Carvalho RM, Fernandes JB, Volpini M, Matayoshi S, Moura EM. Tratamento cirúrgico das canaliculites crônicas: relato de nossa experiência em 7 casos. *Arq Bras Oftalmol.* 2001; 64(6):519-21.
8. Romano A, Segal E, Blumenthal M. Canaliculitis with isolation of *Pityrosporum pachydermatis*. *Br J Ophthalmol.* 1978;62(10):732-4.