

Importância da dacriocistografia no tratamento da obstrução lacrimal do recém-nascido

Eduardo Jorge Carneiro Soares & Valênio Perez França

INTRODUÇÃO

A canalização incompleta do ducto lacrimonasal ao nível da válvula de Hasner constitui a anormalidade mais freqüente do Sistema Lacrimal de Drenagem do Recém-nascido. O quadro clínico deste tipo de obstrução inicia com a epifora, que confere ao olho um aspecto permanentemente "lacrimoso". É muito freqüente aparecer uma conjuntivite resistente ao tratamento, com produção de uma secreção mucopurulenta constante e incômoda. O saco lacrimal, ao ser pressionado, faz refluir uma maior ou menor quantidade desta secreção, que dá uma idéia da maior ou menor dilatação de sua cavidade e da intensidade do processo inflamatório (Dacriocistite). Frente à estes casos de presença ou mesmo de suspeita de Obstrução Lacrimal do Recém-nascido, a conduta aconselhada pela quase totalidade dos autores tem sido efetuar a irrigação e a sondagem da Via Lacrimal de Drenagem¹.

Desde que Ewing (1909) introduziu o estudo radiológico contrastado do Sistema Lacrimal de Drenagem, inúmeros trabalhos tem atestado a sua importância no diagnóstico, prognóstico e na avaliação dos resultados terapêuticos. No nosso serviço, o Estudo Dacriocistográfico tem sido utilizado na propedêutica de todos os casos de epifora passiva, ou seja, em todos os pacientes com suspeita ou presença de bloqueio da drenagem lacrimal³.

No entanto, frente às obstruções congênitas, nossa conduta consistia em reservar a Dacriocistografia apenas para os casos de recidiva, ou seja, para aquelas crianças já submetidas a uma ou mais tentativas de desobstrução. O estudo radiográfico tinha então a finalidade de detectar a causa do fracasso da sondagem e do reaparecimento dos sinais e sintomas do bloqueio lacrimal.

Em virtude das análises destas dacriocistografias mostrarem uma incidência relativamente freqüente de alterações outras que não a clássica obstrução ao nível da

válvula de Hasner (as quais se tivessem sido previamente diagnosticadas teriam mudado o planejamento terapêutico), foi resolvido então realizar a DCG em todos os casos de obstrução lacrimal congênita. Desde há pouco mais de três anos o Estudo Radiográfico passou assim a ser executado não somente nos casos recidivados, mas também nos casos primários. Em primeiro lugar o realizamos com finalidade propedêutica, e depois da sondagem a sua repetição tem a intenção de avaliar o resultado imediato da desobstrução.

Este trabalho pretende relatar a experiência adquirida com este procedimento no tratamento da Obstrução Lacrimal do Recém-nascido.

MATERIAL E MÉTODO

A criança com sinais e sintomas de obstrução lacrimal congênita, não deve ser excluída da rotina do exame oftalmológico próprio do recém-nascido. Uma atenção muito especial deve ser dedicada aos dados obtidos através de uma anamnese cuidadosa, principalmente àquelas referentes ao aparecimento e à natureza dos sinais e sintomas mais característicos, medicação instituída, e sondagens já executadas. Não devem ser observadas apenas as conseqüências mais comuns do quadro clínico obstrutivo (conjuntivites, dacriocistites, fistulizações, etc.), mas também é muito importante verificar a presença de quaisquer deformidades palpebrais que possam causar epifora, como os entrópios congênitos, as blefarofimoses, as imperfurações ou agenesias dos pontos lacrimais. É nosso costume complementar este exame com uma rinoscopia anterior, à procura de alguma anormalidade nasal que possa estar contribuindo ou mesmo causando um impedimento à drenagem lacrimal. Em caso de dúvida devemos solicitar o auxílio otorrinolaringológico especializado.

Esta rotina semiológica permite a obtenção de um conjunto de dados que conduzem a uma impressão diagnóstica sensa-

Setor de Plástica Ocular

— Clínica de Olhos do Hospital Felício Rocho (Centro de Ensino, Pesquisa e Assistência Oftalmológicas Dr. Américo Gasparini)

— Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Minas Gerais — Brasil

Endereço para correspondência: Eduardo J. C. Soares — Horizonte, MG — Brasil

— Belo Horizonte — UFMG (Hospital São Geraldo) — Belo Horizonte —

Rua do Mosteiro, 37/1003 — Vila Paris — 30.000 Belo

ta e também possibilita avaliar os possíveis diagnósticos diferenciais, descartando diversas condições clínicas que podem simular uma obstrução lacrimal do recém-nascido (conjuntivite neo-natal, glaucoma congênito, afecções inflamatórias do segmento anterior, rinites alérgicas, etc.). Um diagnóstico diferencial bem feito pode evitar que muitas crianças sejam levadas a sondagens desnecessárias.

Havendo a impressão clínica ou mesmo evidências de que se trata de uma obstrução da via lacrimal, a DCG é indicada sob anestesia geral (do tipo inalatória), com intubação endotraqueal, e realizada no próprio Serviço de Radiologia do Hospital, onde existem as condições necessárias para bater a chapa radiográfica e proceder à sua análise imediata. A primeira manobra consiste na expressão do saco lacrimal para se evacuar o seu conteúdo. Após a dilatação dos pontos lacrimais superior e inferior, um cateter intravenoso, com diâmetro externo 0,64 mm e interno 0,26 mm é introduzido no canaliculo inferior. Este cateter é atraumático e possui de 10 a 15 cm de comprimento, o que facilita a sua fixação na pele circunvizinha da bochecha com uma fita adesiva. Sua outra extremidade livre permite o acoplamento e a troca de seringas utilizadas para a lavagem e para a injeção do contraste. As seringas são de vidro, fabricação B.D., de 5 ml, tipo Luer-Lok. Este tipo de acoplamento é indispensável para evitar que o cateter se solte quando se pressiona o êmbolo da seringa durante as injeções. Uma das seringas contém água destilada e a outra o meio de contraste. Logo depois do cateter ter sido fixado, a Via Lacrimal deve ser bem lavada com água destilada, para eliminar quaisquer resíduos de secreção. A injeção do contraste é efetuada logo em seguida à lavagem, sendo necessário apenas fazer uma simples e rápida troca das seringas. Todas estas manobras são bilaterais. O contraste utilizado de rotina é o Hypaque 75%, que satisfaz muito bem quanto à nitidez da imagem. Por ser hidro-solúvel ele se mistura facilmente com a lágrima e penetra nos interstícios das vias lacrimais, permitindo a determinação muito mais real do local da obstrução. Em caso de dúvida realizamos a injeção do contraste sob pressão, colocando a ponta do dilatador ocluindo o ponto lacrimal superior. Imediatamente depois de injetado o meio de contraste, o técnico dispa o aparelho de RX, previamente dosado e colocado a uma distância padrão para obter uma macrodacriocistografia com 100% de aumento da imagem radiográfica. Para isto a placa filme deve ser colocada a uma distância de 50 cm do plano objeto (plano

das vias lacrimais), ao mesmo tempo que a ampola emissora dos RX é fixada a uma igual distância deste mesmo plano (aumento em % = $\frac{\text{distância filme-objeto}}{\text{distância foco-objeto}} \times 100$).

Com o auxílio dos modernos aparelhos de revelação, atualmente se espera pouco mais de um minuto para que a DCG seja apresentada no negatoscópio, pronta para ser interpretada. Seu estudo fornecerá os elementos necessários para o diagnóstico, planejamento terapêutico adequado e também para avaliar o prognóstico do caso.

Quando se decide realizar a desobstrução, empregamos a técnica clássica da sondagem da Via Lacrimal do Recém-nascido através do canaliculo superior, utilizando apenas a sonda de Bowman maleável, com as extremidades em oliva, de calibre 0-00.

Imediatamente após ter sido realizada a desobstrução, nova injeção do contraste é feita através do mesmo cateter ainda mantido em seu lugar no canaliculo inferior. Este segundo dacriocistograma comprova a perviabilidade total da via lacrimal quando se observa a presença do contraste nas fossas nasais.

Não podemos deixar de enfatizar que o ambiente hospitalar e a anestesia inalatória (com intubação endotraqueal) possibilitam a segurança e a tranquilidade necessárias à perfeita realização deste procedimento, com um mínimo de riscos e de complicações.

RESULTADOS

Foram realizados dacriocistogramas em 64 crianças (tabela I), examinadas durante o período de 1980-1983, cujos quadros clínicos se manifestavam bilateralmente em 25 casos e unilateralmente nos outros 39 pacientes. Apesar do contraste ter sido introduzido bilateralmente em todos os pacientes, neste trabalho serão analisadas apenas 89 DCGs, porque não foram incluídas aquelas correspondentes às vias lacrimais clinicamente e radiologicamente normais. Não foram incluídos os casos tratados clinicamente até a desobstrução espontânea e também aqueles que eram conseqüentes à outras causas, como por exemplo, à imperforação dos pontos lacrimais. Destas 89 DCGs 56,9% correspondiam à vias lacrimais ainda não sondadas, consideradas como casos primários, e as outras 43,1% foram feitas em vias lacrimais já sondadas sem sucesso terapêutico, tratadas como casos recidivados ou secundários.

A tabela II mostra que em apenas um pouco mais da metade dos casos (Grupo 1:53,9%), as manifestações clínicas eram conseqüentes a uma verdadeira obstrução das vias lacrimais. As outras 41 vias lacrimais

(grupo 2:46.1%) se apresentaram pérvias, demonstrando que as manifestações clínicas estavam relacionadas com outros fatores que não o obstrutivo verdadeiro.

TABELA I (1980-1983)
Obstrução lacrimal do recém-nascido

Manifestações clínicas		DGC estudadas
Bilaterais	25 casos	50 V.L.
Unilaterais	39 casos	39 V.L.
Total	64 casos	89 V.L.

TABELA II
Obstrução lacrimal do recém-nascido
Resultados das dacriocistografias

Grupo 1	com obstrução	48 V.L.	53.9%
Grupo 2	sem obstrução	41 V.L.	46.1%
Total		89 V.L.	

Analizando inicialmente o grupo 1, pode ser verificado na tabela III, que em 32 DCGs a obstrução do ducto lacrimonasal se situava ao nível da válvula de Hasner. Quatro destes casos já eram recidivados, ou seja, há haviam sido submetidos à sondagens anteriores.

Quinze DCGs mostravam o bloqueio obstrutivo localizado no 1/3 superior do ducto lacrimonasal. Entre elas, existiam nove casos recidivados, encontro este que está de acordo com o conceito de que as obstruções congênicas a este nível apresentam pior prognóstico¹. A sondagem tem menor chance de ser bem sucedida neste tipo de obstrução⁴. Nestes casos que analisamos, é impossível definir se o bloqueio original era situado nesta área, ou se tratava de um processo obstrutivo mais alto de origem iatrogênica. Cada uma destas nove crianças já haviam sido submetidas a uma média de três sondagens, havendo um caso em que a desobstrução foi tentada seis vezes.

Em apenas um caso o dacriocistograma revelou bloqueio no canal comum, mas é bem possível que tenha sido causada pela sondagem levada a efeito anteriormente (existe referência na anamnese à edema e equimose na região do canto medial após a sondagem).

TABELA III — Grupo 1
O.L.R.N. Dacriocistografias com obstrução

Ao nível da válvula de Hasner	32 DCGs	= 66.6%
ainda não sondadas	28 V.L.	= 58.3%
já sondadas	4 V.L.	= 8.3%
Ao nível do seio de Arlt	15 DCGs	= 31.3%
ainda não sondadas	6 V.L.	= 12.5%
já sondadas	9 V.L.	= 18.8%
Ao nível do canalículo comum	1 DCG	= 2.1%
já sondada	1 V.L.	= 2.1%
Total	48 V.L.	

A tabela IV mostra que realizamos a sondagem primária em 27 vias lacrimais que apresentavam bloqueio ao nível da válvula de Hasner. Este procedimento não foi indicado em uma criança de dois anos porque a DCG revelou uma severa ectasia do saco lacrimal (Fig. 3). Como veremos mais adiante, a dacriocistorrinostomia é considerada a conduta mais adequada para estes casos. Como resultado destas 27 sondagens, a remissão completa dos sinais e sintomas da obstrução lacrimal só foi conseguida em 20 pacientes (74.1%). Estes casos foram considerados de bom prognóstico porque suas DCGs não mostraram nenhuma anormalidade além do bloqueio obstrutivo ao nível da válvula de Hasner. Além disto, a idade destas crianças variava em torno de cinco meses (Fig. 1). Apesar da sondagem ter atingido seu objetivo (comprovado pela presença do contraste na fossa nasal na radiografia feita após o cateterismo), em sete crianças (25.9%) houve recidiva do quadro clínico. A análise de suas DCGs revelou que nestes casos de fracasso existiam outros fatores que tornavam pior o prognóstico, como por exemplo a idade mais avançada ou sacos lacrimais dilatados (Fig. 2).

A sondagem secundária foi realizada com sucesso em apenas um dos quatro casos que apresentavam obstrução inferior do ducto lacrimonasal que já haviam sido sondados anteriormente. A análise deste caso demonstrava que o êxito poderia ser obtido com nova sondagem pois a criança tinha apenas cinco meses de idade, havia sido previamente submetida a uma só tentativa de desobstrução, e a sua DCG mostrava a obstrução clássica ao nível do 1/3 inferior

TABELA IV — Grupo 1
O.L.R.N. — Indicações e contra-indicações da sondagem

		Sondagem			Sondagem Não indicada
		Indicada	Sucesso	Fracasso	
Obst. ao nível da v. de Hasner	(32 V.L.)	27	20	7	1
	(28 V.L.)	1	1	—	3
	(4 V.L.)				
Obst. ao nível do seio de Arlt	(13 V.L.)	4	2	8	2
	(6 V.L.)	—	—	—	9
	(9 V.L.)				
Obst. ao nível do canal comum	(1 V.L.)	—	—	—	1
	(1 V.L.)				
16 V.L. (33,3%)					

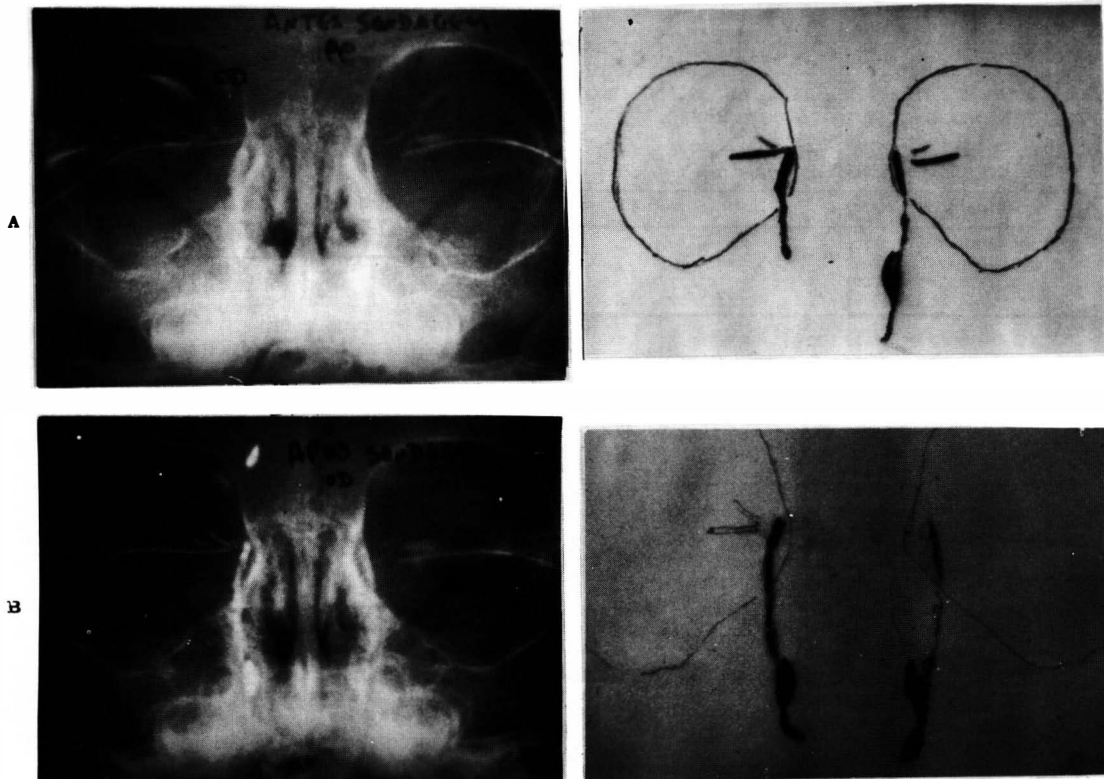


Fig. 1 — L.C.L. (6 meses) — A: V.L.D. com obstrução congênita clássica, ao nível da válvula de Hasner. Discreta dilatação do saco lacrimal. Caso considerado de bom prognóstico para a sondagem. V.L.E. de aspecto radiológico normal. B: DCG realizada imediatamente após a sondagem mostrando o contraste na fossa nasal.

do ducto com todos os outros segmentos da via lacrimal de aspecto normal. Nos outros três pacientes a sondagem foi contra-indicada pelos seguintes motivos:

Em uma via lacrimal a DCG apresentava severa ectasia do saco lacrimal (Fig. 3). Os outros dois casos merecem ser melhor detalhados porque os exames rinológicos revelaram a presença de uma massa tumoral situada na porção inferior da cavidade nasal, diagnosticada como hipertrofia do corneto inferior ou como uma formação cística da mucosa. Em uma das crianças esta massa era tão grande que obstruía completamente a cavidade nasal. Os dacriocistogramas revelaram se tratar de uma grande dilatação sacular situada entre a mucosa e a parede óssea do meato inferior (Fig. 4A e B). A lavagem do "cisto" realizada antes da introdução do contraste mostrou que na cavidade era ocupada por uma grande quantidade de secreção mucopurulenta. Provavelmente esta deformidade foi produzida por ocasião da sondagem realizada anteriormente. A penetração da sonda neste plano de clivagem produziu uma verdadeira dissecação en-

tre a mucosa e a parede óssea. O acúmulo de lágrima e secreção neste espaço foi progressivamente dilatando e formando a cavidade, justificando o crescimento deste "cisto" para dentro da área nasal. Existia também uma severa ectasia do saco lacrimal. A cirurgia indicada consistiu na Dacriocistorinostomia, associada a uma ressecção transnasal de toda a parede mucosa do "cisto", deixando nua a parede lateral do meato inferior. Esta ressecção foi facilitada pela introdução de uma sonda de Bowman através do ducto lacrimonasal, sendo toda a mucosa retirada em volta de sua extremidade visível na cavidade nasal. As revisões feitas nestas duas crianças revelaram que esta conduta resultou em sucesso, com remissão completa do quadro obstrutivo.

Dentre as seis V.L. que mostraram obstrução situada no 1/3 superior do ducto lacrimonasal (previamente ainda não sondadas) efetuamos a desobstrução primária em quatro V.L. O êxito terapêutico foi conseguido em apenas dois casos (Fig. 5). Os dacriocistogramas contra-indicaram a sondagem nos outros dois casos, porque mostra-

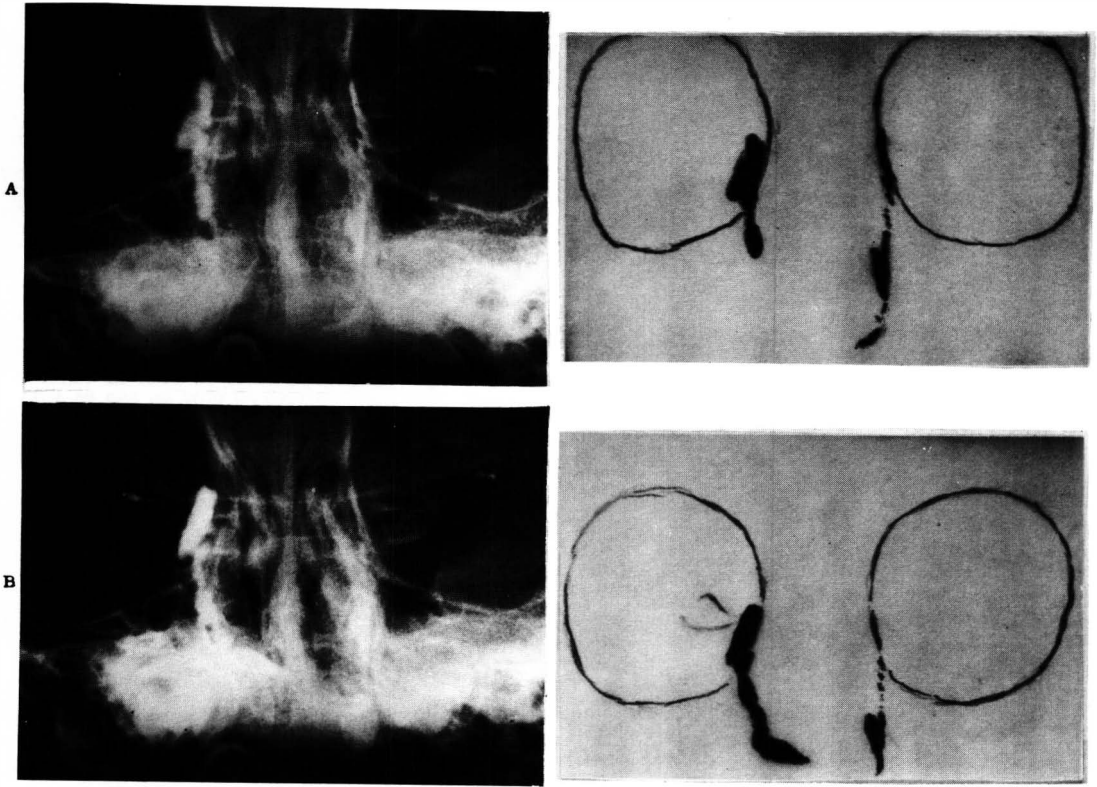


Fig. 2 — D.C.D. (14 meses) — Este caso deve ser considerado de mau prognóstico para a sondagem por causa da severa ectasia do S.L. mostrada pela DCG(A) — O aspecto dacriocistográfico da V.L.E. é normal. Em B a DCG mostra que a sondagem foi tecnicamente bem executada mas a criança continua com o mesmo quadro clínico, sendo submetida posteriormente à DCRincstomia.

ram outras alterações que complicavam o quadro obstrutivo (Fig. 6 e 7).

Os motivos principais da contra-indicação imediata da sondagem nas nove V.L. que apresentavam bloqueio recidivados ao nível do seio de Arlt foram os seguintes:

- a) idade considerada já avançada (entre oito e 24 meses).
- b) quadro obstrutivo dacriocistográfico em tudo semelhante ao do adulto, com severa ectasia do saco lacrimal (Fig. 8).
- c) no mínimo duas tentativas de desobstrução já haviam sido feitas, havendo referências à lágrima sanguinolenta, aparecimento de sangue no nariz ou mesmo equimose na região lacrimal observada pelos pais depois das "operações". Geralmente estes encontros demonstram uma maior organização fibrótica no sítio do bloqueio, a qual é difícil de ser vencida pela sonda e se torna cada vez mais severa com a repetição das desobstruções. Ou ainda pode ser o re-

sultado de manobras intempestivas que causam falsas vias ou lacerações na mucosa da via lacrimal.

A sondagem é inoperante nos casos de estenose cicatricial do canal comum (Fig. 11), a não ser que outros recursos complementares sejam utilizados (entubação). Mesmo assim são poucos freqüentes os bons resultados, fazendo com que este tipo de obstrução seja o de pior prognóstico. Em geral estes casos terminam com a utilização de próteses permanentes (tubo Pirex de Lester Jones).

O grupo 2 é composto de 41 DCGs que apresentaram vias lacrimais pérvias (tabela II), realizadas em crianças com manifestações clínicas compatíveis com o quadro da obstrução lacrimal do Recém-nascido. Mais da metade destes casos (25 V.L. = 60.9%) já haviam sido sondadas anteriormente, tendo sido encaminhadas para estudo dacrió-

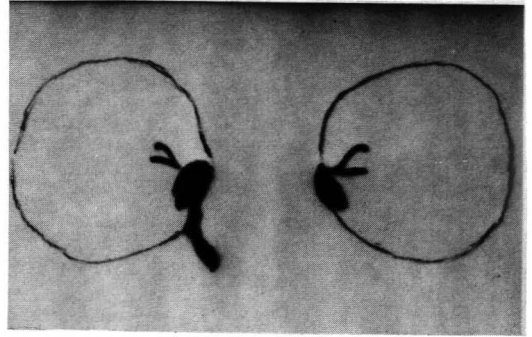


Fig. 3 — I.M.S. (24 meses) — Sondagens já realizadas aos 6-7 meses. VLD com obstrução ao nível da válvula de Hasner, severa ectasia do saco lacrimal e do ducto lacrimonasal. VLE com obstrução ao nível do seio de Artl e severa dilatação do saco lacrimal (Tipo adulto). Realizada DCR bilateral.

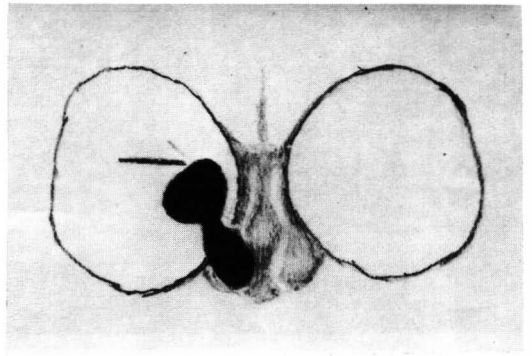


Fig. 4-A — J.F.M. (10 meses) — VLD já sondada aos 6 meses, apresentando duas enormes dilatações saculares, uma do saco lacrimal e outra ocupando o meato inferior, conjugadas através do ducto lacrimonasal também muito engrossado. Por ocasião da DCR, associada com a ressecção transnasal do "cisto" inferior, foi drenada grande quantidade de secreção purulenta.

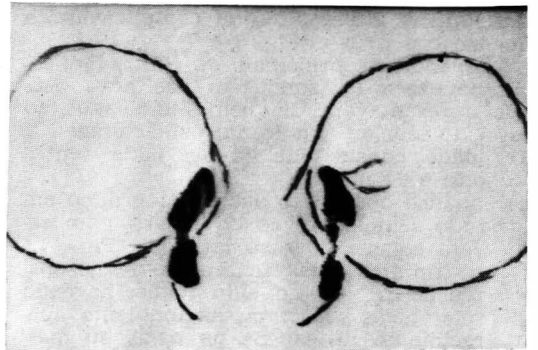


Fig. 4-B — G.C.P. (5 meses) — Foi submetido à sondagens bilaterais aos 3 e aos 4 meses, sem resultado. A DCG evidencia que nas paredes laterais dos meatos inferiores se formaram dilatações saculares entre a mucosa e a parede óssea, na área da desembocadura do ducto lacrimo-nasal. Neste caso foi realizada nova sondagem com a ressecção dos "cistos" em volta da extremidade da sonda. No lado direito o quadro clínico desapareceu completamente, mas no esquerdo resultou sem sucesso terapêutico. Foi indicada então a DCR.

cistográfico por causa da persistência dos sinais e sintomas.

Vinte e três casos apresentavam epífora constante ou intermitente e conjuntivites mu-

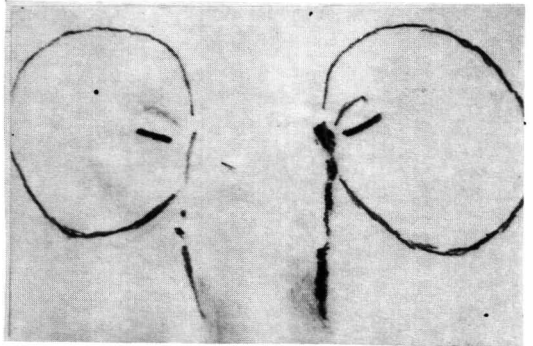
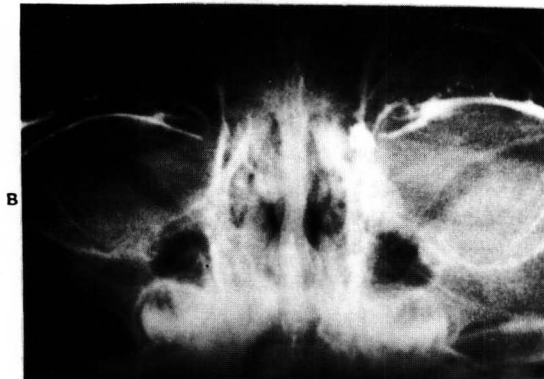
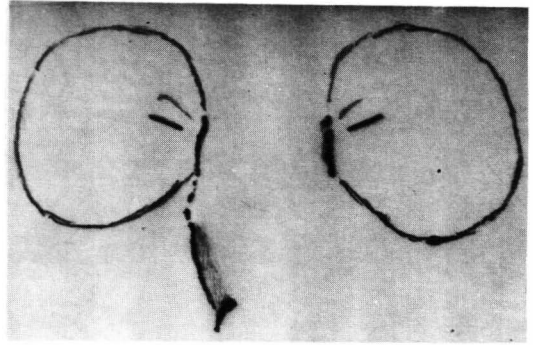
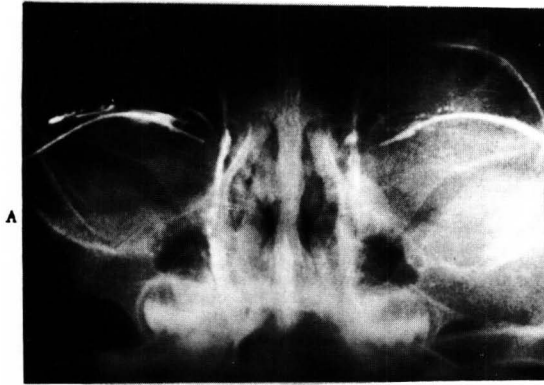


Fig. 5 — S.S.C. (10 meses) — VLE com obstrução ao nível do seio de Aert (A). Discreta dilatação sacular. Em B a DCG mostra a perviabilidade total da VLE após ter sido realizada a sondagem. Remissão completa do quadro clínico obstrutivo.

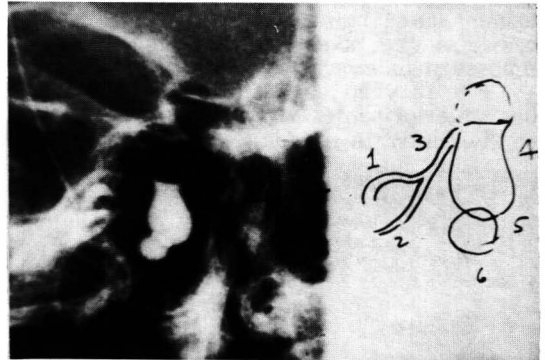
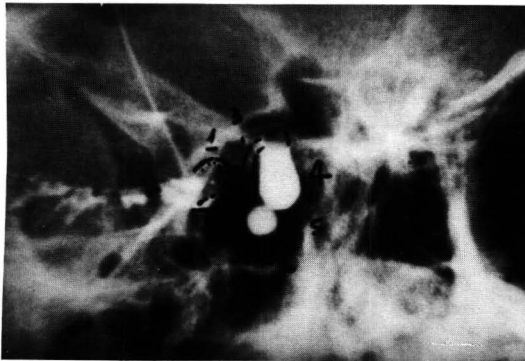


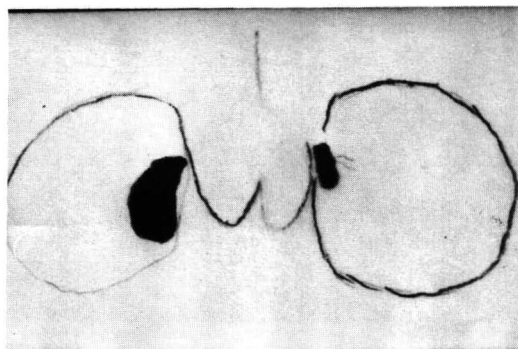
Fig. 6 — J.A.B. (3 anos) — DCGs feitas com contraste lipossolúvel ultra fluido (Lipiodol) para melhor evidenciar, em incidência oblíqua, a presença de um quadro obstrutivo ao nível do seio de Aert associado a um divertículo do saco lacrimal. A criança não havia sido sondada previamente. Realizada a DCR com exêrese do divertículo. 1 — canalículo superior; 2 — canalículo inferior; 3 — canal comum; 4 — corpo dilatado do saco lacrimal; 5 — istmo; 6 — divertículo.

co-catarrais resistentes à medicação local, associadas ou não à rinites exudativas. A DCG revelou que não havia nenhum impedimento anômico ao trânsito normal da lágrima, apresentando todos os segmentos

da via lacrimal com aspecto normal, juntamente com a presença do contraste na fossa nasal. Tratavam-se portanto de casos com processos inflamatórios resistentes ou clinicamente mal tratados, necessitando re-



Fig. 7 — D.R.M. (4 meses) — História de dacriocistites recidivantes com formação de abscessos. Fistulização secundária à esquerda (A). O estudo dacriocistográfico mostra ambas vias lacrimais obstruídas ao nível do seio de Arlt e severa dilatação dos S.Ls., além do trajeto fistuloso (B). Evidencia também a presença de encefalocele mediana e duplicação da crista galli que associada ao Telecanto classificam estas deformidades congênicas dentro das disrrafias crânio-faciais medianas (fenda n.º 0 — n.º 14 de Tessier).



formulação terapêutica. Ao comprovar o diagnóstico, a DCG é muito útil nestes casos porque evita que nestas vias lacrimais inflamadas sejam feitas sondagens desnecessárias que podem facilmente lesar esta mucosa mais congesta, edemaciada e frágil.

Em 12 vias lacrimais, todas já sondadas anteriormente, foi verificada a presença do contraste na fossa nasal, mas os sa-

cos lacrimais se apresentavam severamente dilatados (Fig. 10). Estas ectasias e atonias de saco lacrimal permitem a estagnação lacrimal e a sua fácil contaminação, justificando assim as dacriocistites observadas nestas crianças e o refluxo de secreção pelos canalículos ao se fazer a expressão do saco lacrimal. Apesar de haver a permeabilidade anatômica da via lacrimal a da-

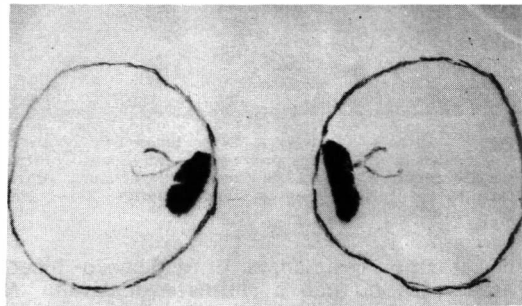


Fig. 8 — S.P.S. (2 anos) — Submetido a três sondagens anteriores. A DCG revela quadro obstrutivo bilateral, do tipo adulto, com sereva ectasia dos sacos lacrimais. Contra-indicada nova tentativa de sondagem. Realizada DCR bilateral.

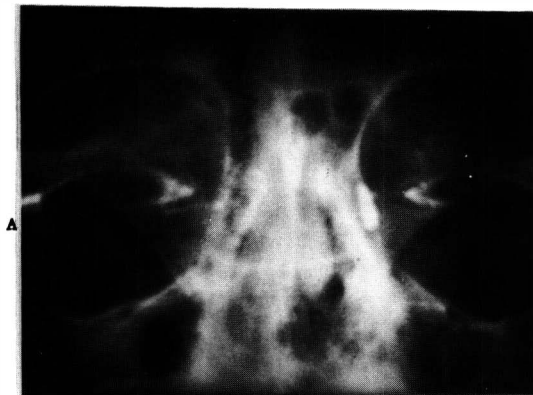
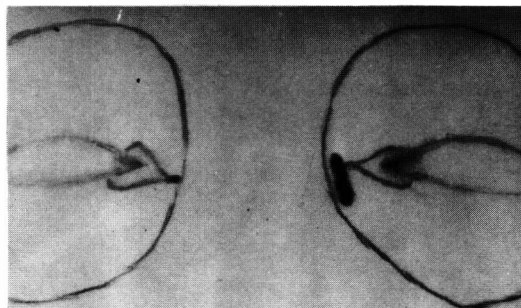


Fig. 9 — A.H.C. (4 anos) — Submetida a sondagem bilateral aos sete meses. VLD com obstrução ao nível do canal comum (A). A macrodacriocistografia realizada sob injeção contínua do contraste evidencia melhor o sítio do bloqueio (B). Em primeiro lugar foi feita uma canaliculorinostomia com entubação bicanalicular com tubo lacrimal de silicone (3 meses), mas sem resultado. Dois anos mais tarde foi colocado um tubo de Lester Jones. A VLE apresentava um quadro obstrutivo do tipo adulto. Foi tratada com a DCR com sucesso.



criocistorinostomia deve ser indicada porque é o único recurso eficaz para resolver o problema.

O mesmo raciocínio se aplica às observações de divertículos do saco lacrimal (03 V.L.). Nestes casos a sondagem não tem nenhum valor porque a diverticulite mantém o quadro clínico. O tratamento de eleição deve ser cirúrgico (Fig. 11).

Em dois casos de blefarofimose, as crianças mostravam os olhos lacrimosos intermitentemente, manifestando uma maior retenção quando coexistia maior estímulo à produção lacrimal (claridade excessiva por exemplo). Estas manifestações não desapareceram após as sondagens feitas anteriormente. As dacriocistografias revela-

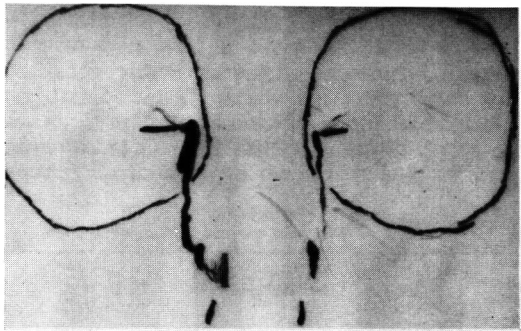
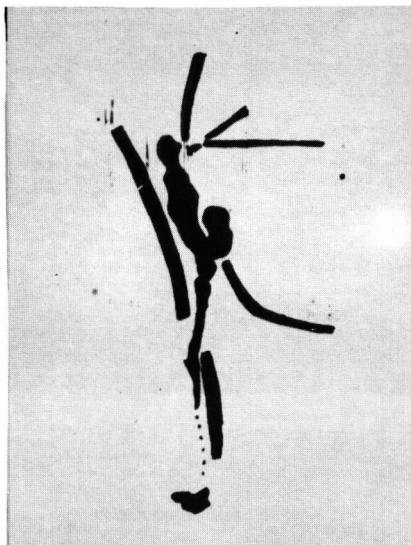


Fig. 10 — N.C.F. (9 meses) — História típica de obstrução congênita da VLD, já submetida à sondagem com 4 e aos 6 meses. A DCG mostra perviabilidade total de ambas as vias lacrimais, mas à direita o saco lacrimal se apresenta severamente dilatado em relação ao esquerdo que mostra aspecto radiológico normal. Foi aconselhada a DCR.



Fig. 11 — V.O. (4 anos) — A DCG feita sob injeção contínua do contraste evidencia a presença de um divertículo na porção inferior do SLE. Sondagens já realizadas aos 6 e 14 meses. Foi realizada a DCR com ressecção do divertículo.



ram a ausência de obstrução em ambos os casos e ao mesmo tempo mostraram que os canaliculos tinham quase o dobro de

seu comprimento normal justificando o quadro clínico que as crianças apresentavam (Fig. 12).

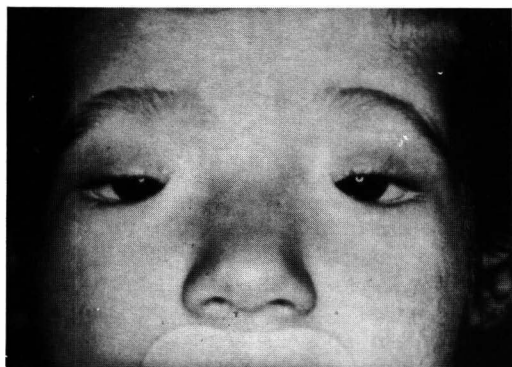
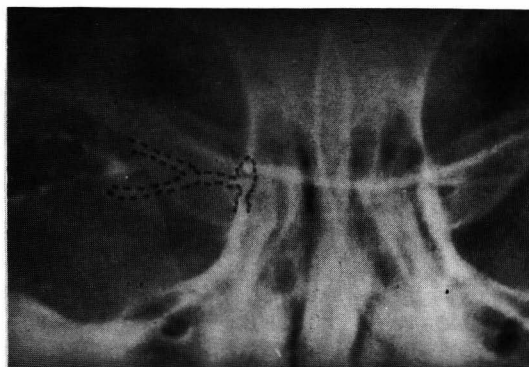


Fig. 12 — F.G. (7 meses) — Criança com blefarofimose bilateralmente. A epífora é justificada pelo alongamento



submetida à sondagem aos 4 meses. Vias lacrimais púrvias exagerado dos canaliculos.

Em um caso a criança apresentava fístula congênita externa, a qual não desapareceu quando coexistia maior estímulo aos cinco meses de idade. O dacriocistograma apresentou a via lacrimal púrvia, de aspecto absolutamente normal. O tratamento consistiu na ressecção superficial da fístula.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

A análise do material apresentado revela de início uma alta percentagem de casos nos quais, apesar de apresentarem o quadro clínico da obstrução lacrimal congênita, as DCGs mostraram vias lacrimais púrvias, sem nenhum bloqueio obstrutivo. Em todos estes casos a sondagem primária (ou a sua repetição) foi contra-indicada, porque os estudos dacriocistográficos evidenciaram alterações que exigiam outro tipo de tratamento (Tabela 5). Ao mesmo tempo, os dacriocistogramas foram necessários para evidenciar a real etiologia do problema, orientando o tratamento adequado.

TABELA V
O.L.R.N. — Dacriocistografias sem obstrução

Conjuntivites — dacriocistites	23 V.L.
Ectasias do saco lacrimal	12 V.L.
Divertículos	3 V.L.
Blefarofimose	2 V.L.
Fístula congênita externa	1 V.L.
Total	41 V.L.

A obstrução congênita clássica, ao nível da válvula de Hasner, é a mais freqüente (66,6%). Nestes casos, a sondagem atinge um mais alto índice de sucesso quando é realizada em época adequada (até 4-6 meses de idade), em vias lacrimais com aspecto radiológico normal, sem outras alterações estruturais além da obstrução (dilatações saculares, divertículos, fistulas, etc.). Estes casos são por isso considerados de bom prognóstico para a sondagem, mas só é possível chegar a esta definição através do estudo dacriocistográfico. Levando em consideração este aspecto do problema, aconselhamos atualmente intervir mais precocemente quando se nota uma maior quantidade de refluxo à simples expressão do saco lacrimal. Este sinal demonstra um início de dilatação da cavidade sacular cujo progresso deve ser evitado o mais cedo possível.

Os casos de obstrução situada ao nível 1/3 superior do ducto lacrimonasal (seio de Arlt) tem pior prognóstico. As sondagens realizadas neste grupo de pacientes apresentam uma percentagem bem menor de sucessos terapêuticos (50%). Para haver maior chance de êxito achamos que nestes casos as desobstruções devem ser realizadas mais precocemente, quando não existe ainda dilatação sacular.

Podemos assim deduzir que existem diferentes quadros obstrutivos onde as sondagens não tem as mesmas chances de produzir o sucesso almejado. Estes grupos variam principalmente quanto à faixa etária, quadro clínico, anomalias congênitas associadas e quadro dacriocistográfico (dilatações do saco lacrimal, divertículos, fistulizações, etc.). Estes fatores naturalmente influenciam no prognóstico dos casos e por isso as análises e comparações estatísticas dos resultados devem especificar a qualidade do material estudado. As contribuições radiológicas são assim indispensáveis para melhor estudar o assunto, comparar experiências e indicar soluções terapêuticas complementares que possam aumentar as possibilidades de sucesso nos casos de pior prognóstico como por exemplo a entubação com tubo lacrimal de silicone. A nosso ver, estes recursos complementares não devem ser usados indiscriminadamente em todos os casos.

Em uma incidência relativamente alta (33,3%) (Tabela IV) as DCGs evidenciaram além do bloqueio da via lacrimal, a existência de outras deformidades associadas que contra-indicavam a sondagem porque nestas situações ela tem sido comprovadamente ineficaz ⁴.

A repetição da chapa dacriocistográfica logo após a realização da sondagem cons-

titui o melhor recurso para se comprovar a perfeita realização da desobstrução ao demonstrar a presença do contraste na fossa nasal. Mas isto não é suficiente para afirmar o sucesso terapêutico definitivo, o qual só é assegurado quando os sinais e sintomas clínicos desaparecem completamente.

Se analisarmos os poucos minutos que são gastos à mais com esta conduta, em comparação com o tempo necessário para se fazer o procedimento usual (irrigação + sondagem + nova irrigação), veremos que eles são compensados pela maior segurança e pelas maiores chances do sucesso, pois o cirurgião trabalha com todos os elementos necessários para fazer o diagnóstico correto, avaliar o prognóstico e planejar a terapêutica adequada. Em todos os casos relatados, não foram observadas complicações ou reações desagradáveis.

RESUMO

Os autores apresentam os resultados das dacriocistografias efetuadas em 89 vias lacrimais com o diagnóstico clínico de obstrução lacrimal de Recém-nascido. Foi verificado que 46,1% dos dacriocistogramas não apresentaram bloqueio obstrutivo à drenagem lacrimal. Em 50 vias lacrimais com obstrução e ainda não submetidas à sondagem, a DCG evidenciou que este procedimento estava contra-indicado em 19 (38%) casos. Em 39 vias lacrimais com obstrução e já previamente sondadas uma ou mais vezes, a nova tentativa de desobstrução foi realizada em apenas um caso, porque todas as outras DCGs mostraram alterações associadas onde a sondagem é comprovadamente ineficaz. Estes estudos radiológicos foram valiosos para indicar a terapêutica adequada para estes casos.

Diversos quadros obstrutivos dacriocistográficos são apresentados de acordo com a sua freqüência, localização e anormalidades secundárias das vias lacrimais, que juntamente com outros fatores (idade, quadro clínico e anomalias congênitas associadas) qualificam e agrupam os casos de acordo com seu prognóstico.

Com base em suas experiências e observações, os autores aconselham efetuar a DCG como rotina em todos os casos de obstrução lacrimal congênita, tanto nos primários quanto nos recidivados. De fácil e rápida execução, o estudo dacriocistográfico fornece todos os elementos necessários para o diagnóstico, prognóstico e planejamento da terapêutica mais eficaz. A repetição da chapa radiográfica logo após a sondagem comprova o resultado imediato da desobstrução.

SUMMARY

The AA present the results of 89 dacryocystographies performed in patients with the clinical diagnosis of newborn lacrimal obstruction. It was found that 46.1% of the dacryocystograms did not show any lacrimal blocking. In 50 lacrimal pathways with obstruction but not yet submitted to probing, the DCG showed this procedure was contraindicated in 19 (38%) cases. In 39 lacrimal pathways previously probed, another attempt of disobstruction was performed only once, because the DCGs of these cases revealed associated deformities which did not indicate probing as the adequate therapeutic procedure.

Several dacryocystographic obstructive pictures are studied according to their frequency, localization and secondary anomalies of the lacrimal drainage structures which, together with others factors such as age, clinical picture and associated congenital anomalies allow grouping the cases according to their prognosis.

The AA advise DCG must be performed routinely in every case of congenital lacrimal obstruction in primary as well as in relapsed cases. Easily and quickly

performed, DCG furnishes the necessary elements for diagnosis, prognosis and therapeutic planning. The repetition of the radiography immediately after probing allows proving, out of any doubt, the immediate result of disobstruction.

BIBLIOGRAFIA

1. LAVIN, J. R.; WEIL, B. A.; JORRANA, J. E. — Tratamiento de las obstrucciones congenitas de las vias lagrimales. Arch. Oftal. Buenos Aires, 47: 227, 1972.
2. KORCHMAROS, I.; SAALAY, E.; FODOR, M.; JABLONSKY, E. — Spontaneous opening rate or congenitally blocked nasolacrimal ducts. Recent Advances in the Lacrimal System. Tokyo, Asahi Press, p. 30-35, 1980.
3. SOARES, E. J. C.; FRANÇA, V. P.; FERREIRA, L. A. — Contribuição ao aperfeiçoamento técnico da Dacriocistografia. Arch. Oftal. Buenos Aires, 55 (3/4): 112-9, 1980.
4. WEIL, B. A. — Congenital Disorders of the Lacrimal System. In: The Lacrimal System. Norwalk, Appleton-Century-Crofts, 1983. Cap. 10 p. 97-104.

CALENDÁRIO DO OFTALMOLOGISTA

Este calendário é promovido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia e tem como objetivo: 1. Viabilizar a programação científica oftalmológica com datas antecipadas para que possamos ter maior participação dos oftalmologistas nacionais. 2. Evitar Reuniões simultâneas que venham prejudicar a presença dos oftalmologistas nos grandes Eventos Nacionais coordenado pelo CBO — Congresso Brasileiro de Oftalmologia e Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira.

Observações. O Conselho deliberou evitarmos reuniões 45 dias antes e após seus Congressos. Gostaríamos de ter todas as Reuniões Nacionais de 1985 e 1986 em nosso Calendário, para isto, basta informar a data, nome do Evento e local de informações, escrevendo para Sociedade Brasileira de Oftalmologia, a/c. Dr. Eliezer Benichimol, Rua São Salvador, 107 - Laranjeiras - 22231 - Rio de Janeiro, RJ - Tel.: 205-2298 (021).

1988 — BRASIL

MARÇO

4 a 5 — Curso Internacional de Catarata, Glaucoma e Lentes Intraoculares — Campinas (SP)

17 a 20 — Simpósio Mundial de Uveítes — Guarujá (SP).

MAIO

25 a 28 — III Congresso Oftalmológico e III Seminário Paranaense sobre Deficiência Visual — Curitiba (PR).

JUNHO

16 a 18 — Simpósio Internacional da SBO — Terapêutica Clínica e Cirúrgica — Rio de Janeiro (RJ).

JULHO

6 a 9 — Congresso Norte-Nordeste de Oftalmologia — Fortaleza (CE).

SETEMBRO

8 a 10 — VIII Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira — Rio de Janeiro (RJ).

1988 — EXTERIOR

MARÇO

19 a 23 — Quintum Forum Ophthalmologicum — Bogotá (Colômbia).

MAIO

8 a 11 — 94.º Congresso da Sociedade Francesa de Oftalmologia — Paris (França).

9 a 14 — IX Congresso Nacional e 1.º Congresso Internacional de Oftalmologia de Cuba — Havana (Cuba)

13 a 14 — XII Symposium of Ergophthalmology — Lisboa (Portugal).

26 a 29 — Simpósio da Academia Panamericana de Oftalmologia — Flórida (EUA).

SETEMBRO

6.º Congresso Luso-Hispano-Brasileiro de Oftalmologia — Palma de Mallorca (Espanha).

1990 — EXTERIOR

MARÇO

18 a 24 — XXVI Congresso Internacional de Oftalmologia — Singapura.