

UTILIZAÇÃO DE SEGMENTO DE VEIA NO TRATAMENTO DOS LACRIMEJAMENTOS

JOÃO AMARO FERRARI SILVA (*)
ERNESTO CONSONI FILHO (*)

INTRODUÇÃO

Particularmente acreditamos que possuímos poucas alternativas diante de um paciente operado de DACRIOCISTORINOSTOMIA (DACRIO) com insucesso. A reoperação se impõe de imediato ou convecemos nosso paciente a aceitar e conviver com o seu lacrimejamento. Nem todos aceitam essa alternativa e passamos nós a conviver com o seu lacrimejamento; neste momento iniciamos uma angustiante vivência do dia-dia.

A reoperação da DACRIO, por sua vez, é de realização trabalhosa, difícil, e com maior percentagem de insucesso, por uma série de elementos imponderáveis tais como sangramento excessivo, cicatrização irregular dos elementos anatômicos, difícil dissecação e quase sempre, a mutilação anatômica.

Frente a elementos mutilados possuímos as seguintes alternativas:

1 — Conjuntivodacriocistorinostomia ou Conjuntivorinostomia com a inserção de um tubo de "PIREX" entre a carúncula e as fossas nasais; produto que se apresenta à venda no mercado americano (Gunther Weiss, 2025 S. W. Briggs Court, Beaverton, Oregon 97005) (1)

2 — Tubo Lacrimal de Silicone (Dow Corning Center for Aid to Medical Research, Savage Road Building, Midland, Michigan 48640) que tem o mesmo desiderato do anterior, mas de confecção mais anatômica, com um tubo guia que permite penetrar através da conjuntiva e sob a pele atingir o orifício ósseo anterior, e sair no nariz. Sutura-se apenas na conjuntiva. A julgar pela primeira vista, é superior ao anterior. Material importado, também. (2).

3 — Correção com enxerto de Conjuntiva — devemos preparar um tubo de conjuntiva e inserir como os anteriores. Evita os problemas inerentes aos tubos sintéticos; pode ser realizado por qualquer cirurgião. (3)

Considerando estas possibilidades acima, lembramos das dificuldades de importação dos elementos mencionados e verificamos que a confecção de um tubo de conjuntiva, embora que não o seja impossível, é difícil; exigindo paciência por vezes e destreza sempre.

Assim, optamos por um "tubo" que viesse pronto, sem exigir grandes manobras cirúrgicas, economizando tempo e sem os inconvenientes dos ma-

(*) Especialista em Oftalmologia pela Escola Paulista de Medicina e pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

teriais sintéticos (infecção, rejeição). Passamos a utilizar em nossas cirurgias um segmento de veia do próprio paciente.

Lembramos de que enquanto as pálpebras empurram a lágrima para o saco, o inverso acontece no interior do nariz: a pressão negativa produzida pelo movimento do ar neste local aspira o conteúdo do saco lacrimal. O desiderato de todos os procedimentos anteriores é a manutenção deste binômio; a veia como elemento vem a ser para nós um elo importante neste binômio. Além do mais, não só como elemento físico como tubo, sendo usado como elemento anatômico tem possibilidades infinitas de permanecer no local, com uma nova função.

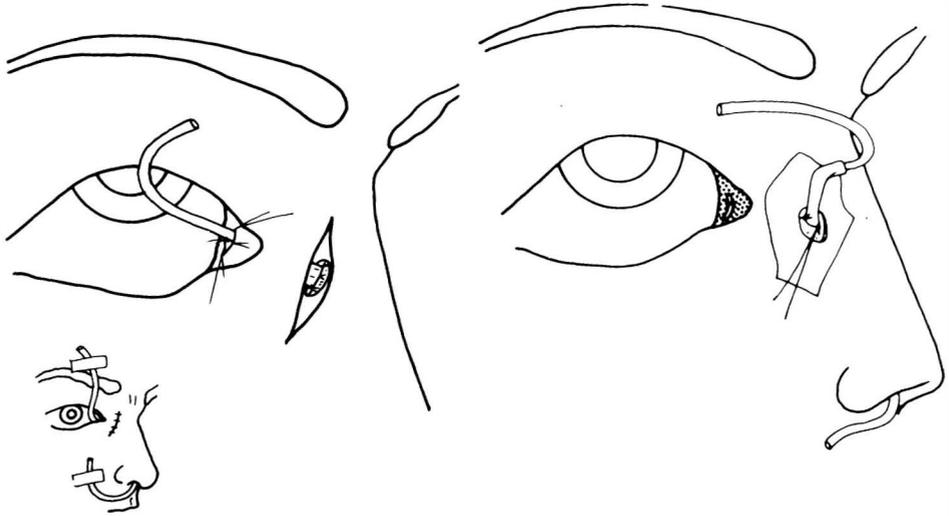
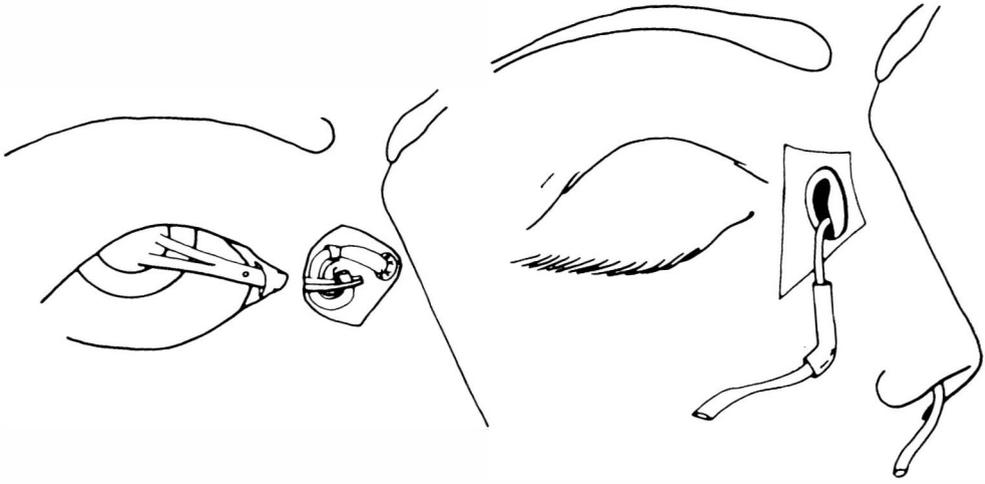
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

Durante o preoperatório tomamos o cuidado de orientar o paciente sobre o que devemos realizar, principalmente por causa do tempo vascular que incorre em uma cicatriz a mais para o paciente. Pessoalmente examinamos ambos os membros inferiores e pesquisamos as veias com garroteamento, afim de evitar surpresas durante o ato cirúrgico. As clientes fazem questão em saber local, dimensão e as consequências da retirada do segmento venoso do membro inferior. Aproveitamos este momento para discutir com os pacientes as questões que os inquietam. Pedimos os exames de rotina para quem vai se submeter a uma cirurgia sob anestesia geral.

Iniciamos a cirurgia realizando acesso à safena magna logo acima do maléolo medial, através de incisão superficial na pele, sobre a veia, de mais ou menos 7cm. Se faz necessário o garroteamento prévio do membro logo acima da incisão. Dissecamos cerca de 6cm de veia, retiramos o segmento, sendo as porções distal e proximal da safena ligada com cat-gut 3-0 simples. O segmento retirado é envolto em gaze esterilizada embebida em soro fisiológico. Protegemos o local com campos esterilizados.

Iniciamos a seguir o tempo lacrimal: incisão, local, extensão semelhantes às cirurgias de DACRIO. Dissecção romba dos tecidos, avaliação das partes moles e ósseas. Neste tempo determinar-se-á o tipo de cirurgia a ser realizada. Se necessário realizamos nova osteotomia.

DACRIOCISTOFLEBORRINOSTOMIA: (DFR) neste caso o ponto, o ducto e o saco lacrimais estão íntegros. Utilizamos um tubo de polietileno como suporte ao segmento de veia. Introduzimo-lo pela osteotomia, que dará saída pela fossa nasal; na sua porção dentro da ferida lacrimal servirá de arcabouço à veia. Introduzimos pelo ponto lacrimal um fio de "cat-gut" 3"0", simples, com agulha reta (com uma lima fazemos romba sua ponta para melhor caminhar dentro do ducto lacrimal) que é retirado pelo saco. Por vezes devemos seccionar ao meio a agulha, devido ao seu comprimento que dificulta a sua retirada. Conectamos o tubo ao fio. Suturamos com "cat-gut" 5"0", simples, com pontos separados o segmento de veia à mucosa nasal e ao saco lacrimal. Fixamos à pele o tubo de polietileno e o fio, com esparadrapo.



CONJUNTIVOFLEBORINOSTOMIA: (CFR) introduzimos o tubo de polietileno pelo orifício da mucosa nasal, servindo de arcação para o segmento de veia. Com um bisturi de ponta fina realizamos incisão na conjuntiva, na altura da carúncula, e com o auxílio de uma pinça de KELLY, pequena e curva, introduzida nesta incisão, realizamos dissecação roma no subcutâneo até atingirmos a região do saco lacrimal, na ferida operatória. Será introduzido através deste túnel, realizado pela pinça, o tubo de polietileno: ato trabalhoso que demanda paciência uma vez que a veia deverá acompanhá-lo neste seu trajeto. Retirado pela incisão da conjuntiva, suturamos a veia à conjuntiva com catgut 5-0, simples, com pontos separados. À mesma maneira realizamos a sutura da mucosa nasal ao segmento de veia. Fixa-se as extremidades do tubo à pele com esparadrapo.

Suturamos a pele do membro inferior com seda 4-0, simples, pontos separados. Na ferida da face suturamos com pontos contínuos. Tomamos o cuidado de enfaixar o membro inferior com algodão cirúrgico e faixa de crepe a fim de imobilizá-lo.

O paciente terá alta hospitalar no dia subsequente à cirurgia. No hospital orientamos a enfermagem sobre os cuidados com o paciente inconsciente, embora sempre nos precavemos orientando a família (acompanhante) ou outro paciente que o acompanha na enfermaria, para evitar que seja retirado o tubo. Administramos 1 gr. de Cloranfenicol diária enquanto estiver com o tubo de polietileno, que será retirado no 5º dia de PO. Retiramos os pontos da ferida facial no 7º dia, enquanto que os pontos do membro inferior são retirados também nesta mesma época, mas alternadamente. A dor à deambulação regride com os dias. Instilamos água destilada pelo orifício da conjuntiva ou pelo ponto lacrimal para avaliarmos o êxito, ou não, da cirurgia.

OBSERVAÇÃO:

Realizamos um total de seis cirurgias, pela técnica acima descrita, e observação durante período de até 18 meses; obtivemos apenas um caso de fracasso, que já se mostrou patente no posoperatório imediato. Um paciente, o primeiro, quando retiramos o tubo no 14º dia, teve o segmento expelido junto com o tubo. Foi reoperado, com sucesso. Um paciente, após o 18º mês apresentou epifora esporádica, paroxística, com cura espontânea EFR, 20 anos, feminino. Operada de DACRIO com insucesso evoluindo para fistula lacrimal; realizamos CFR; houve eliminação do enxerto na retirada do tubo sendo reoperada pela mesma técnica. Após 18 meses, resultado ótimo.

C.A.G., 27 anos, masculino DFR. Após 18 meses, às vezes, epifora espontânea, paroxística. Resultado bom.

N.C.N., 30 anos, feminino, realizado CFR, após 18 meses; resultado ótimo.

C.J.S., 35 anos, masculino, realizado CFR, após 8 meses; resultado ótimo.

G.D.S., 40 anos, masculino, realizado CFR, após 30 dias; resultado ótimo.

J.A.R., 34 anos, masculino, realizado CFR, com resultado mal.

Nós julgamos ser a presente técnica uma opção de valia no tratamento dos lacrimajamentos, uma vez que podemos utiliza-lo não somente nos insucessos de DACRIO, bem como nos casos em que há comprometimento do ponto ou ducto lacrimal.

RESUMO

Os autores descrevem a técnica de utilização de um segmento de veia da Safena Magna e sua colocação entre a conjuntiva e a mucosa nasal, ou entre a mucosa e o saco lacrimal, na correção de insucessos pós-DACRIOCISTORINOSTOMIA. Apresentam seis casos, sendo um com mal resultado, um resultado bom e quatro com ótimos resultados, durante um período de observação de 30 dias a 18 meses.

SUMMARY

The authors describe the technique of using the safena magna vein and its placement between the conjunctiva and the nasal mucous membrane in the tentative of non-successful post-Dacryocystorhinostomy Surgeries. They present six cases, observed within a period from 30 to 18 months. One of the cases presents a poor result, other a good result and at last there are 4 cases with very good results.

REFERÊNCIAS

1. Conjunctivodacryocystorhinostomy, Jones, L. T. in (4).
2. Silicone Lacrimal Tubes, Reinecke, R. D. in (4).
3. Canalicular Stenosis: Correction with Conjunctival Grafts; Veirs, E. R. in (4).
4. THE LACRIMAL SYSTEM ,Ed. E. R. Veirs, The C. V. Mosby, St. Louis, 1971.
5. Silicone Tubing in Canicular Obstructions; Katowitz, J. A. Arch. Ophthalmol 91, June 1974.
6. An Atlas of Ophthalmic Surgery, J. H. King and J. A. C. Wadsworth, J. B. Lippincott Company, 1970.