

Dacriocistorrinostomia Externa – Casuística do Serviço

José Nolasco¹, Guilherme Castela²

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Geral (CHUC-HG)

¹Médico Interno de Oftalmologia - CHUC-HG

²Assistente Hospitalar de Oftalmologia - CHUC-HG

RESUMO

Objetivo: Avaliar a eficácia do tratamento das obstruções adquiridas das vias nasolacrimais, por dacriocistorrinostomia (DCR) externa, no Serviço de Oftalmologia do CHUC-HG.

Material e Métodos: Avaliaram-se retrospectivamente 58 DCR's externas realizadas a 52 doentes. Foram estudadas seis variáveis: idade; sexo; sinais e sintomas iniciais (epífora, secreções, dacriocistite); antecedentes oftalmológicos (trauma da via lacrimal); complicações intra e pós-operatórias (hemorragias, infecções, deiscência da sutura); reintervenções por falência da primeira cirurgia; procurando relacioná-las com o resultado cirúrgico obtido: sucesso ou insucesso.

Resultados: A média de idade dos doentes foi de 59 anos, com predomínio do sexo feminino (75,00%). A queixa mais frequente foi a epífora (94,83%). As complicações intra e pós-operatórias ocorreram em 8,62% dos doentes. Em 4,26% dos doentes operados foi necessária nova reintervenção.

Conclusão: A taxa de sucesso com a DCR externa foi 93,62%. Considerou-se a utilização desta técnica uma boa opção para a correção das obstruções das vias nasolacrimais, devido às baixas taxas de complicações e de insucesso cirúrgico.

Palavras-chave

Dacriocistorrinostomia Externa; DCR Externa; Obstrução vias lacrimais; Epífora.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the efficacy of treatment of the nasolacrimal acquired obstructions, with external dacryocystorhinostomy (DCR) in the CHUC-HG Ophthalmology Service.

Material and Methods: A retrospective study was made with 58 external DCR's performed to 52 patients. Six variables were studied: age, sex, initial signs and symptoms (epiphora, secretions, dacryocystitis); past ophthalmic history (lacrimal trauma), intraoperative and postoperative complications (bleeding, infection, suture dehiscence); reoperations; trying to relate them with the surgery results: success or unsuccess.

Results: The mean age of patients was 59 years old, with female predominance (75.00%). The most frequent complaint was epiphora (94.83%). The intraoperative and postoperative complications occurred in 8.62% of patients. In 4.26% of patients operated, a reintervention was necessary.

Conclusion: The success rate with external DCR was 93.62%. We considered that this technique is a good option for the correction of the nasolacrimal acquired obstructions due to low rates of complications and surgical unsuccess.

Key-words

External dacryocystorhinostomy; External DCR; Nasolacrimal acquired obstructions; Epiphora.

INTRODUÇÃO

As obstruções da via lacrimal podem ser divididas em obstruções altas e baixas.

As obstruções baixas são substancialmente mais frequentes que as altas, e podem ser congénitas, iatrogénicas, traumáticas, infecciosas, causadas por patologia nasal, corpos estranhos, tumores e idiopáticas. As obstruções idiopáticas compreendem cerca de 75,1% dos casos². Apesar de ser considerada idiopática, em geral, decorre de inflamação inespecífica, edema, alergia ou atrofia da mucosa nasal na região do canal nasolacrimal². Factores como alterações anatómicas, infecções de estruturas vizinhas e doenças sistémicas são os responsáveis para explicar o acometimento mais precoce em mulheres, brancas e com cerca de 40 anos^{2,3}.

Em 1904, Toti⁴ descreveu, pela primeira vez, a dacriocistorrinostomia (DCR) externa que consistia na realização de uma incisão na pele, efectuando em seguida uma osteotomia grande com secção de toda a mucosa nasal. Posteriormente, a parede nasal do saco era ressecada e suturada por planos. Com esta técnica, obtinha-se uma taxa de sucesso de 10 a 15%⁵.

Em 1921, a técnica de Toti foi alterada por Dupuy-Dutemps, realizando-se suturas para unir o saco lacrimal com a mucosa nasal⁵.

A técnica e os instrumentos para a DCR externa foram sendo refinados, continuando a ser, nos dias de hoje, o tratamento mais eficaz (taxa de êxito de 90%^{6,7}) para a correcção das obstruções nasolacrimais. Nenhuma outra técnica (transcanalicular com laser com taxas de êxito de 70%⁸ ou endonasal com taxas de êxito de 80%^{9,10}) suplanta a DCR externa.

A mais recente inovação na técnica de DCR externa foi a entubação da via lacrimal com tubo de silicone.

O objectivo deste estudo é avaliar a eficácia do tratamento das obstruções das vias nasolacrimais, por Dacriocistorrinostomia (DCR) externa, no Serviço de Oftalmologia CHUC-HG.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo, observacional e transversal.

Foram analisados os processos clínicos de 52 doentes, nos quais foram realizadas 58 DCR's externas. O doentes foram observados e seguidos em consulta, pela Secção Oculoplástica, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Geral (Hospital dos Covões), entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2011.

Distribuíram-se os doentes quanto ao resultado obtido após o tratamento cirúrgico em dois grupos: doentes que

obtiveram sucesso cirúrgico pela permeabilização da via lacrimal e os que permaneceram com via lacrimal não permeável, nos quais se considerou como insucesso cirúrgico. O critério de cura (permeabilidade da via nasolacrimal) foi verificado pela instilação de soro fisiológico na via lacrimal até 6 meses após a cirurgia.

Estudaram-se as variáveis: idade; sexo; sinais e sintomas iniciais (epífora, secreções, dacriocistite); antecedentes oftalmológicos (trauma da via lacrimal); complicações intra e pós-operatórias (hemorragias, infeções, deiscência da sutura); reintervenções por falência da primeira cirurgia; procurando relacioná-las com o resultado obtido com a cirurgia: sucesso ou insucesso.

Todas a DCR's foram realizadas pela via externa, com a seguinte técnica cirúrgica: doentes operados sob anestesia geral; incisão com agulha de Colorado, de cerca de 1,5 a 2,0 cm, rectilínea, sobre o dorso nasal, até o periósteo; realização da osteotomia com auxílio da pinça de Kerrinson (até 2011, inclusivé) ou broca (após 2012); abertura do saco lacrimal e mucosa nasal em “U” criando dois flaps (nasal e lacrimal) que são suturados ao orbicular com fio absorvível 6-0; colocação de tubo de silicone na via lacrimal; sutura dos flaps anteriores com fio de sutura absorvível 6-0; sutura da ferida por planos.

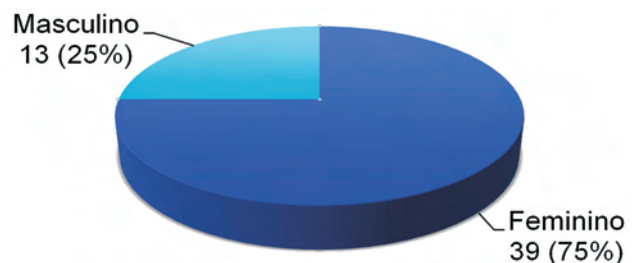
Todas as cirurgias foram realizadas pelo Especialista em Oculoplástica, ou por um dos 10 internos de Oftalmologia a realizar estágio na Secção de Oculoplástica, no período de tempo estudado.

Os resultados obtidos são apresentados em gráfico e tabelas.

RESULTADOS

A idade dos doentes variou dos 28 aos 82 anos, com média de idade de 59 anos, mediana de 62 anos, e desvio padrão de +/-15.

Em relação ao sexo, houve predomínio do sexo feminino, com 75,0% (gráfico 1).

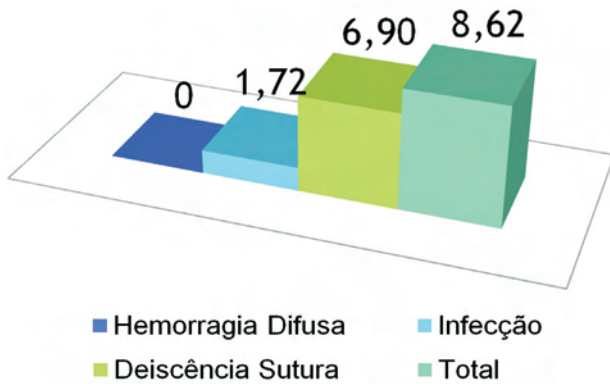


Graf. 1 | Distribuição quanto ao Sexo.

Tabela 1 | Distribuição dos portadores de obstrução nasolacrimal operados¹ por DCRex segundo Sinais, Sintomas e Grupo.

Grupo	Apenas Epífora	Epífora + Secreções	Secreções + Dacriocistite	Epífora + Secreções + Dacriocistite
Sucesso	30 (93,75%) ²	4 (100%) ³	2 (66,67%) ⁴	17 (89,47%) ⁵
Insucesso	2 (6,25%) ²	0	1 (33,33%) ⁴	2 (10,53%) ⁵
Total ¹	32 (55,17%)	4 (6,90%)	3 (5,17%)	19 (32,76%)

¹ Contabilizadas as 58 DCR's efectuadas; ² (n=32); ³ (n=4); ⁴ (n=3); ⁵ (n=19)

**Graf. 2 |** Complicações Intra e Pós-Operatórias (%).

As queixas iniciais, referidas pelos doentes, foram (por ordem decrescente): “**Apenas Epífora**” (55,17%), seguida de “**Epífora + Secreções + Dacriocistite**” (32,76%), “**Epífora + Secreções**” (6,90%), e “**Secreções + Dacriocistite**” (5,17%) (tabela 1).

As complicações intra e pós-operatórias, ocorreram em pequeno número de doentes (8,62%) e foram apenas a deiscência da sutura (6,90%) e a infecção da sutura (1,72%), não tendo sido observadas outras complicações, nomeadamente, hemorragias difusas. (gráfico 2 e tabela 2).

Das 58 cirurgias realizadas, 47 foram primeiras cirurgias, onde obtivemos uma taxa de sucesso global de 93,62%. Nos doentes do sexo masculino tivemos uma taxa de sucesso de 75,00% e no sexo feminino não tivemos insucesso (tabela 3).

Nos 11 doentes reoperados (2 provenientes do nosso serviço e 9 do exterior), obtivemos uma taxa de sucesso de 81,82% (tabela 4).

Relativamente a doentes com trauma prévio da via lacrimal e epífora foram operados três, um resultou em sucesso

Tabela 2 | Distribuição dos portadores de obstrução nasolacrimal operados¹ por DCRex segundo as Complicações Intra e Pós-Operatórias e Grupo.

Grupo	Complicações Intra e Pós-Operatórias		
	Hemorragia difusa	Infecção sutura	Deiscência sutura
Sucesso	0	1 (1,72%)	3 (5,18%)
Insucesso	0	0	1 (1,72%)
Total ¹		5 (8,62%)	

¹ Contabilizadas as 58 DCR externas realizadas

(33,33%) e os outros dois em insucesso (66,67%). Num caso de insucesso observou-se deiscência da sutura (tabela 5).

DISCUSSÃO

No nosso estudo a predominância pelo sexo feminino com a média de idade na sexta década de vida, está de acordo com a literatura^{3, 11, 12}.

Em relação à clínica, a queixa mais frequente foi a epífora. Constatou-se que o insucesso foi mais frequente nos doentes com o quadro clínico de dacriocistite (tabela 1). No entanto, o facto do baixo número de casos obtidos no estudo, constitui uma limitação e pode induzir um viés.

Observando-se as complicações intra e pós-operatórias ocorridas nos dois grupos, foi possível observar que não estiveram correlacionadas com insucesso cirúrgico (tabela 2). Não se identificaram relatos em que a cirurgia tenha sido comprometida por hemorragia difusa, talvez porque todos os doentes operados foram observados primeiro numa

Tabela 3 | Distribuição dos portadores de obstrução nasolacrimal operados¹ por DCRex segundo Sexo e Grupo.

Grupo	Sexo		Total ¹
	Masculino	Feminino	
Sucesso	9 (75,00%) ²	35 (100%) ³	44 (93,62%)
Insucesso	3 (25,00%) ²	0	3 (6,38%)
Total ¹	12 (25,53%)	35 (74,47%)	47 (100%)

¹ Só contabilizadas as primeiras DCR's (n=47); ² (n=12); ³ (n=35)

Tabela 5 | Distribuição dos portadores de obstrução nasolacrimal operados¹ por DCRex segundo Trauma VL, Complicações Operatórias e Grupo.

Grupo	Trauma da Via Lacrimal	Complicações Pós-Operatórias	
		Infecção sutura	Deiscência sutura
Sucesso	1 (33,33%)	0	0
Insucesso	2 (66,67%)	0	1 (33,33%)
Total ¹	3 (100%)	1 (33,33%)	

¹ Só contabilizados os três doentes com trauma prévio da via lacrimal

Tabela 4 | Distribuição dos portadores de obstrução nasolacrimal reoperados¹ por DCRex segundo a Proveniência, Complicações Operatórias e Grupo.

Grupo	Proveniência			Complicações Pós-Operatórias	
	Nosso Serviço	Externa	Total ¹	Infecção sutura	Deiscência sutura
Sucesso	2 (100%) ²	7 (77,78%) ³	9 (81,82%)	0	0
Insucesso	0	2 (22,22%) ³	2 (18,18%)	0	1 (9,09%)
Total ¹	2 (4,26%)	9 (95,74%)	11 (100%)	1 (9,09%)	

¹ Só contabilizados os 11 doentes reoperados por falência da primeira cirurgia; ² (n=2); ³ (n=9)

consulta pré-operatória de Oculoplástica e de Anestesia, por forma a corrigir eventuais desequilíbrios na hemostase e ou tensionais. Além das complicações que ocorrem durante o acto cirúrgico, outros factores poderão influenciar a taxa de sucesso. Assim, as falhas na primeira cirurgia podem ter como razões: o tamanho ou localização imprópria da osteotomia, obstrução do canalículo comum, cicatrização dos folhetos de mucosa comprometendo a osteotomia, doença sistémica activa e outras¹³.

A taxa de sucesso global nas primeiras cirurgias foi de 93,62%, mas quando se relaciona com o sexo, observamos que no sexo feminino não houve insucesso enquanto no sexo masculino houve 25% (tabela 3).

Nos doentes reoperados à via nasolacrimal, observou-se uma pior taxa de sucesso (81,82%) (tabela 4). As taxas de sucesso são muito variáveis na DCR externa em doentes com trauma prévio da via nasolacrimal, mas existem relatos de 33,0% de sucesso em DCR por obstrução traumática¹⁴, tal como obtivemos no nosso estudo (33,33%) (tabela 5).

Sabe-se que os traumas levam a maior probabilidade de insucesso cirúrgico na DCR, decorrentes de alterações anatómicas induzidas pelo processo inflamatório e de cicatrização. Uma vez mais, o baixo número de casos obtidos no estudo, constitui uma limitação e pode induzir um viés.

No Serviço de Oftalmologia do CHUC-HG a DCR externa com entubação nasolacrimal é o protocolo utilizado, quer para as primeiras intervenções, quer para as reintervenções. O objectivo da entubação a todos os doentes prende-se com o facto de diminuir o risco de uma obstrução secundária dos canalículos lacrimais, pelas pequenas lacerações induzidas pelas sondas de vias lacrimais, durante a manipulação dos canalículos e saco lacrimal. A nossa escolha apoia-se também em vários estudos^{15, 16} que relatam taxas de sucesso de 90,0% a 95,0%, e com 2% de reintervenções¹⁷. Outros porém reservam a entubação apenas nos casos de sacos lacrimais atrofícos ou fibrose cicatricial intensa².

Em casos de reintervenções, utiliza-se também mitomicina C a 0,02%¹⁸.

CONCLUSÃO

Neste estudo, determinamos que o sucesso anatómico obtido (permeabilidade da via nasolacrimal) através da técnica da DCR externa no Serviço de Oftalmologia CHUC-HG foi de 93,62%, com uma taxa de reoperação de 4,26%. Os nossos resultados vão ao encontro da maioria dos estudos publicados, reforçando-se que a utilização desta técnica cirúrgica é uma boa opção para o tratamento destas obstruções, devido ao baixo índice de complicações e elevado índice de sucesso, mesmo quando realizada por médicos internos.

BIBLIOGRAFIA

1. Onerci, M. Dacryocystorhinostomy. Diagnosis and treatment of nasolacrimal canal obstructions. *Rhinology*, 40, 2002:49-65.
2. Schellini SA, et al. Dacriocistorrinostomia externa em hospital universitário – Avaliação dos resultados. *Arq Bras Oftalmol* 2004; 67:301-4.
3. Duke-Elder S. Diseases of lacrimal passages - dacryocystitis. In: Duke-Elder S. *System of Ophthalmology: the ocular adnexa*. London: Henry Kimpton; 1974. v. 13, cap. 10, p.699-723.
4. Toti A. Nuovo metodo conservatore di cura radicale delle supurazioni croniche del sacco lacrimale (Dacriocistorrinostomia). *Clín. Méd* 1904; 10:385.
5. Genovesi MP, Tulio DH, Manzitti E, Estevez FF. Patologia del aparato lacrimal. *Arch. Oftalmol* 1987; 62:251-6.
6. Boboridis KG, Bunce C, Rose GE. Outcome of external dacryocystorhinostomy combined with membranectomy of a distal canalicular obstruction. *Am J Ophthalmol* 2005; 139:1051-1055.
7. Delaney YM, Khooshabeh R. External dacryocystorhinostomy for the treatment of acquired partial nasolacrimal obstruction in adults. *Br J Ophthalmol* 2002; 86:533-535.
8. Mirza S, Al-Barmani A, Douglas SA, Bearn MA, Robson AK. A retrospective comparison of endonasal KTP laser dacryocystorhinostomy versus external dacryocystorhinostomy. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2002; 27:347-351.
9. Küpper DS, Demarco RC, Resende R, Anselmo-Lima WT, Valera FC, Moribe I. Endoscopic nasal dacryocystorhinostomy: results and advantages over the external approach. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2005; 71:356-360.
10. Cokkeser Y, Evereklioglu C, Er H. Comparative external versus endoscopic dacryocystorhinostomy: results in 115 patients (130 eyes). *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 123:488-491.
11. Caye EA, Maciel AC, Teixeira T, Ilha DO. Dacriocistografia no estudo da epífora em 63 pacientes. *Rev Imagem* 1986; 8:107-12.
12. Goh SH, Seah LL, Chiang C. Results of dacryocystorhinostomy in Singapore General Hospital [published erratum in *Ann Acad Med Singapore* 1989; 18:332]. *Ann Acad Méd Singapore* 1989; 18:234-7.
13. Adenis JP, Mathon C, Franco JL, Lebraud P. La dacryocystorhinostomy for post-traumatic lacrimal stenosis. *Orbit* 1987; 6:135-7.
14. Winther J. Dacryocystorhinostomy - a long-term follow-up. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1982; 60:564-7.
15. Liao SL, Kao SC, Tseng JH, Chen MS, Hou PK. Results of intraoperative mitomycin C application in dacryocystorhinostomy. *Br J Ophthalmol* 2000; 84:903-906.
16. Dantas R. Dacriocistorrinostomia: sucesso X insucesso. *Rev Bras Oftalmol* 1997; 56:49-53.
17. Imtiyaz A, et al. Repeat DCR with Silicone Tube Intubation: A Prospective Study. Vol. 6 No. 2, April-June 2004.
18. Almeida A. Cirurgia do aparelho lacrimal. *Arq Inst Penido Burnier* 1959; 16:67-105.

O trabalho não foi publicado em nenhuma outra revista e os autores não possuem nenhum interesse a declarar.

CONTACTO

Serviço de Oftalmologia CHUC-HG
Quinta dos Vales,
3041-801 São Martinho do Bispo
elnolasco@gmail.com