

# Epífora congénita: como resolver os casos difíceis

INQUÉRITO SOBRE PROCEDIMENTOS NA OBSTRUÇÃO CONGÉNITA DO DUCTO LACRIMONASAL

Cristina Brito, Paulo Vale

## RESUMO

**Objectivo:** Avaliar os procedimentos adoptados pelos oftalmologistas portugueses na obstrução lacrimonasal congénita.

**Métodos:** Na preparação da mesa redonda sobre *como resolver os casos difíceis de epífora congénita*, que decorreu na reunião do GPOPE em Outubro de 2013, os autores elaboraram um inquérito dirigido aos sócios da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia relativo a práticas habituais adoptadas em relação à obstrução lacrimonasal congénita. No presente artigo pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos.

**Resultados:** Responderam ao inquérito 107 oftalmologistas. Destes, 10% eram internos da especialidade, 29% e 9% tinham experiência em Oftalmologia Pediátrica e Oculoplástica, respetivamente, e 52% não se incluíam em nenhum dos 3 grupos anteriores. A maioria (68%) baseia-se na apresentação clínica para estabelecer o diagnóstico. Todos realizam sondagem como primeira intervenção (67% após os 12 meses de idade e apenas 10% ocasionalmente antes dos 6 meses), como segunda intervenção a maioria repete a sondagem (77%) e como terceira intervenção é preferida a intubação (51%), mais frequentemente bilateral. A endoscopia nasal é utilizada usualmente por 13% e 28% dos inquiridos, respetivamente na repetição da sondagem e na intubação. Entre os inquiridos, 32% têm experiência em dacriocistorrinostomia na criança, mas apenas 4% a efetuaram em mais de 10 casos. Ainda em menor número são os oftalmologistas portugueses que utilizam a dacrioplastia com cateter-balão, recorrendo a esta técnica mais frequentemente em caso de uma segunda falência.

**Conclusão:** Há uma grande semelhança nos procedimentos seguidos na obstrução lacrimonasal congénita pelos oftalmologistas portugueses, avaliados pelas respostas a este inquérito, quando comparados com os adoptados no Reino Unido. A grande diferença está na utilização da endoscopia nasal, que é bastante mais popular no Reino Unido.

## Palavras chave

Obstrução lacrimonasal congénita, epífora, sondagem, intubação canalicular, dacrioplastia por cateter-balão, dacriocistorrinostomia.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess how Portuguese ophthalmologists manage persistent congenital nasolacrimal duct obstruction.

**Methods:** A national survey was conducted on an email basis to the members of the Portuguese Society of Ophthalmology (Sociedade Portuguesa de Oftalmologia). The goal was to prepare a round table on how to manage difficult cases of congenital epiphora, which took place in the

meeting of the Portuguese Section of Pediatric Ophthalmology and Strabismus in October 2013. The survey had questions related to the management and the decisions that the ophthalmologists adopt in simple and complicated situations. In this paper the results are presented.

**Results:** Of those surveyed, the authors obtained answers from 107 clinicians. Of these, 10% were residents, 29% had experience in pediatric ophthalmology, 9% had experience in oculoplastics and 52% were not included themselves in any of those categories. Most (68%) make the diagnosis on a clinical presentation basis. Everyone does probing as a primary intervention (67% after 12 months of age and 10% occasionally before 6 months of age). Most repeat probing (77%) as a second intervention and 51% would rather perform intubation, mostly bilateral, as a third intervention. Nasal endoscopy is used by 13% when they repeat probing and by 28% with intubation. Only 32% have experience in dacryocystorhinostomy execution in children and among them only 4% did more than 10 surgeries. There are few Portuguese ophthalmologists with experience in the use of balloon dacryoplasty, which they use in the case of a second failure.

**Conclusions:** Based on the survey, the authors conclude that there is a great similarity in the way Portuguese and United Kingdom ophthalmologists manage congenital nasolacrimal duct obstruction. The most important difference relates to the use of nasal endoscopy, which is much popular in the United Kingdom.

#### Key-words

Congenital nasolacrimal obstruction, epiphora, probing, canalicular intubation, balloon dacryoplasty, dacryocystorhinostomy.

## INTRODUÇÃO

A obstrução lacrimo-nasal congénita é uma situação muito comum, estimando-se que 6 a 20% dos recém-nascidos tenham sintomas<sup>3,14</sup>. Manifesta-se pouco depois do nascimento e tem tendência a resolver espontaneamente. A causa mais comum é o estreitamento por imperfuração do ducto lacrimonasal ao nível da válvula de Hasner<sup>13</sup>. Com o crescimento, pode ocorrer a canalização e resolução da obstrução em 60 a 75 % dos casos aos 6 meses e em 90% até ao final do primeiro ano de vida<sup>3,12</sup>. Mais raramente, a obstrução deve-se a uma anomalia do desenvolvimento do sistema canalicular ou do saco, dos pontos lacrimais, anomalias ósseas ou fístula congénita do saco lacrimal.

As principais manifestações são a presença de lacrimojo e exsudação persistentes de início pouco após o nascimento, ou mais raramente a ocorrência de dacriocistocelo e/ou dacriocistite.

Trata-se de uma situação com baixa incidência de complicações e elevada taxa de resolução espontânea, habitualmente adjuvada por massagem<sup>11,13</sup>. Caso a resolução não seja natural, uma primeira sondagem de vias lacrimais resolve a obstrução na maior parte das vezes. Em cerca de 20% dos casos a sondagem não é suficiente para a resolver e nesta situação a abordagem não está definitivamente estabelecida<sup>5,9</sup>. Outra sondagem, intubação canalicular, dilatação

com cateter-balão ou dacriocistorinostomia constituem as alternativas terapêuticas<sup>4,7,13,14</sup>.

Foi propósito do trabalho compreender quais as metodologias utilizadas entre os oftalmologistas portugueses e os motivos de decisão quanto a técnicas adotadas, não só quanto à abordagem inicial como também quanto a opções no caso de falência.

## MATERIAL E MÉTODOS

Os autores convidaram por *e-mail* os oftalmologistas sócios da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia a participar num inquérito, respondendo pela mesma via. Em Setembro de 2013, através do *Google* foi elaborado um inquérito anónimo de 19 questões de resposta única. Continha questões quanto ao perfil dos inquiridos, quanto ao diagnóstico e metodologia relativos a uma primeira abordagem, quanto a opções relativas a um primeiro ou subsequente inêxito, outras técnicas e referência, ou colaboração, com outros colegas. Não foi colocada restrição quanto à experiência do Oftalmologista ou maior dedicação a áreas de subespecialidade. Após o período de tempo estabelecido (2 semanas) as respostas foram coligidas e avaliadas.

A elaboração do inquérito baseou-se na adaptação de um artigo publicado em 2010 na revista *Journal of Pediatric*

Ophthalmology and Strabismus que descreve os resultados de um inquérito efectuado a 100 oftalmologistas do Reino Unido envolvidos no tratamento da obstrução lacrimonasal congénita<sup>11</sup>.

## RESULTADOS

Responderam ao inquérito 107 oftalmologistas. Nem todos os inquiridos responderam a todas as questões colocadas. As respostas obtidas por cada pergunta encontram-se em percentagem - Figuras 1 a 9.B.

### 1. Perfil

Entre os inquiridos, 10% foram Internos da especialidade. Dos restantes, 29% definiram-se como tendo especial experiência em Oftalmologia Pediátrica, 9% em Oculoplástica e Órbita e 52% não se definiam como pertencendo às características anteriores (Figura 1).

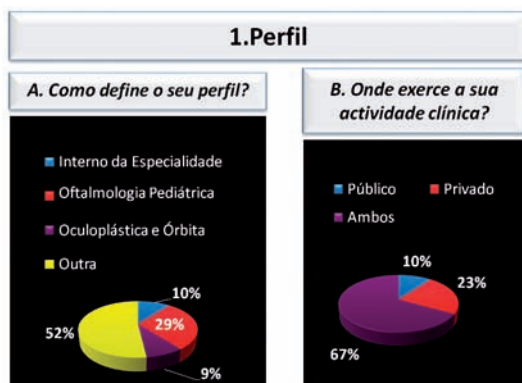


Fig. 1 |

### 2. Diagnóstico

A maioria dos respondentes baseia-se na apresentação clínica (68%) para estabelecer o diagnóstico. A utilização do teste de desaparecimento da fluoresceína não é a regra, apenas 11% a utiliza frequentemente (Figura 2).

### 3. Sondagem de vias lacrimais

Todos sem excepção afirmaram realizar sondagem de vias lacrimais como primeira intervenção terapêutica (Figura 3.A).

As opções variaram quanto à idade preferida, sendo que a maioria opta por sondagem de vias lacrimais entre os 12 e os 18 meses quando tem possibilidade de escolha (58%), ao passo que a terça parte a realiza antes dos 12 meses e os restantes mais tarde (Figura 3.B).

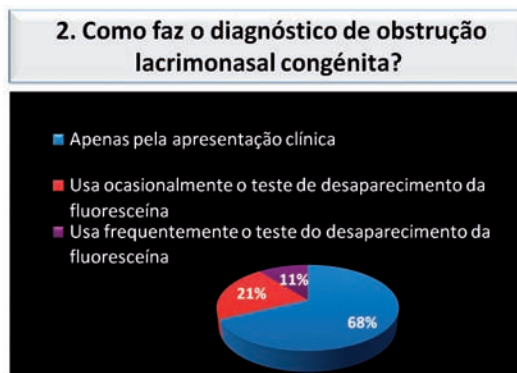


Fig. 2 |

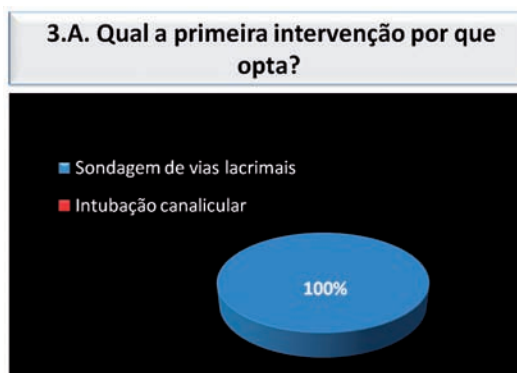


Fig. 3A |

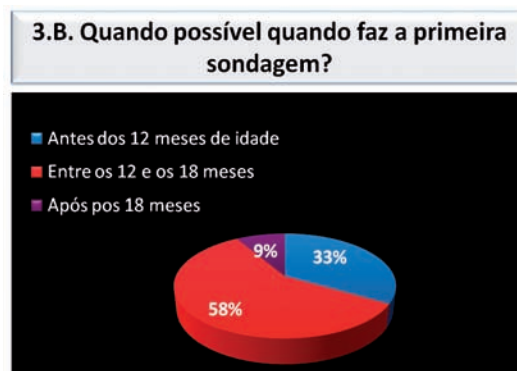


Fig. 3B |

São poucos os inquiridos que realizam sondagem de vias lacrimais no gabinete, antes dos 6 meses de idade: 10% responderam que o fazem ocasionalmente e ninguém o faz por sistema (Figura 3.C). A opção por este tipo de atuação não parece estar relacionada com o tipo de experiência do oftalmologista.

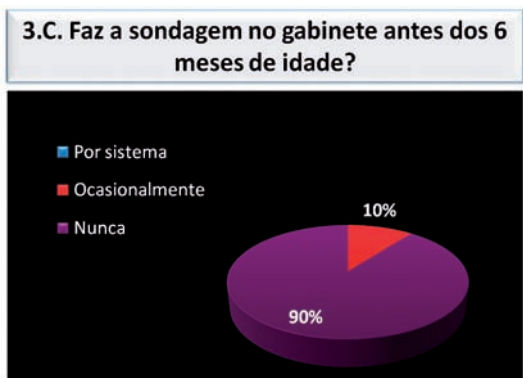


Fig. 3C |

Ao realizar a sondagem de vias lacrimais, 14 % não confirmam a patência das vias no próprio momento da intervenção. Os restantes fazem-no através de irrigação (73%) com fluoresceína (44%) ou soro fisiológico (29%). Outras alternativas são menos utilizadas: toque com sonda nasal (metal no metal) ou verificação por via endoscópica (Figura 3.D).



Fig. 3D |

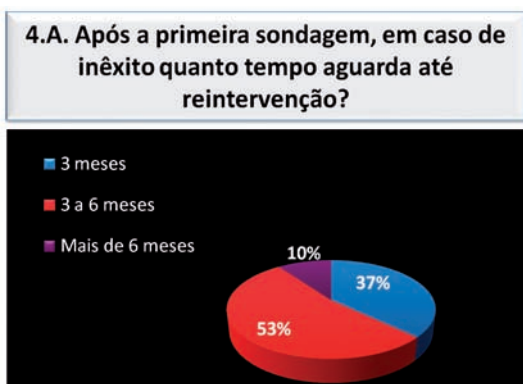


Fig. 4A |

**4. Inêxito da sondagem de vias lacrimais**

Cerca de metade dos inquiridos aguarda 3 a 6 meses até reintervenção, contra 37% que aguardam menos tempo e 10% que aguardam mais de 6 meses (Figura 4.A).

No caso de falência da primeira sondagem, 77% é a favor de repetição da sondagem. Dos restantes, a opção mais frequente é a de avançar para uma intubação das vias lacrimais (22%). Um dos inquiridos (1%) opta antes pela dilatação com cateter-balão (Figura 4.B).

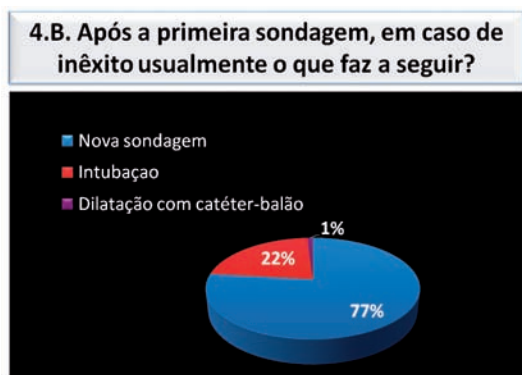


Fig. 4B |

**5. Após 2 inêxitos**

No caso difícil de se tornar necessária uma terceira intervenção por falência de duas abordagens prévias, 51% dos inquiridos dá preferência à intubação das vias lacrimais. As outras opções são uma terceira sondagem (21%), dacriocistorrinostomia (20%) ou dilatação com catéter-balão (8%) (Figura 5).

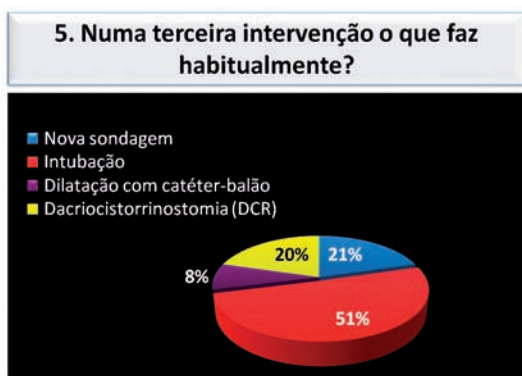


Fig. 5 |

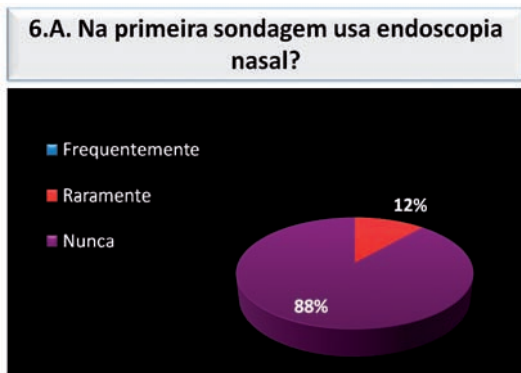


Fig. 6A |

### 6. Endoscopia nasal

A utilização de endoscopia nasal, como é natural, aumenta nas reintervenções. Numa primeira sondagem apenas 12% dos inquiridos recorrem, e raramente, a endoscopia (Figura 6.A). Numa segunda sondagem, 6% usam sistematicamente endoscopia, 7% frequentemente e 19%

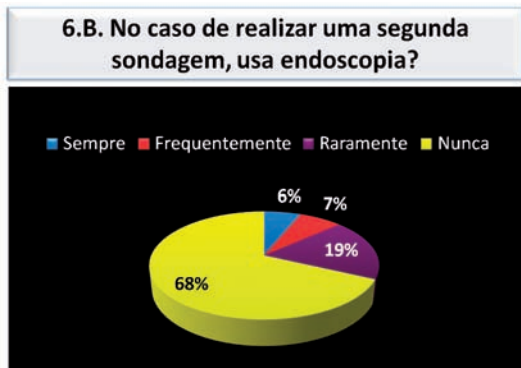


Fig. 6B |

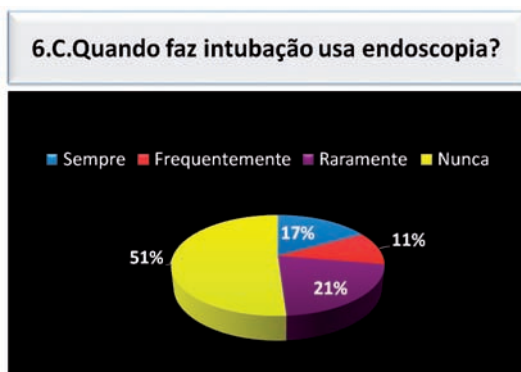


Fig. 6C |

raramente (Figura 6.B). Em caso de intubação das vias lacrimais, esta é coadjuvada sempre por endoscopia para 17% dos inquiridos, frequentemente para 11% e raramente para 21%. Ainda assim, 51% dos questionados respondeu não usar endoscopia nasal aquando da intubação lacrimonasal (Figura 6.C).

Nos casos em que se recorre à endoscopia, para realização de intubação ou sondagem, quem realiza a endoscopia é habitualmente o otorrinolaringologista (87%), embora em 13% seja o oftalmologista a fazê-lo (Figura 6.D).

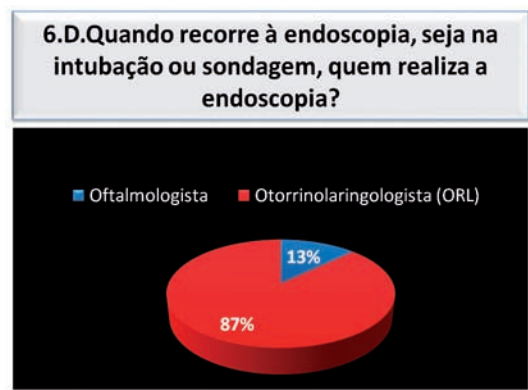


Fig. 6D |

### 7. Intubação canalicular

Sobre o tipo de intubação canalicular a escolha mais frequente é a bicanalicular (67%) em oposição à monocalicualar, que é a escolha para 33% (Figura 7).

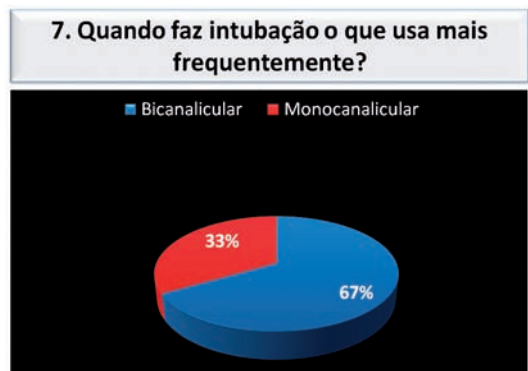


Fig. 7 |

### 8. Dacriocistorrinostomia

Averiguou-se qual a experiência de utilização desta técnica nas crianças. A maioria não tem essa experiência, ou seja 72% respondem nunca a ter feito. Houve 18% que





Fig. 8 |

responderam já ter feito em <de 5 casos, 6% em 5 a 10 casos e 4% em mais de 10 casos (Figura 8).

### 9. Reencaminhamento e colaboração

Inquiriu-se sobre o reencaminhamento da criança com epífora para outro colega (de qualquer especialidade) e em que fase. Alguns (15%) responderam que nunca reencaminham. De resto, a criança é reencaminhada no primeiro inêxito por 24%, no segundo por 43% e no terceiro por 18% (Figura 9.A).

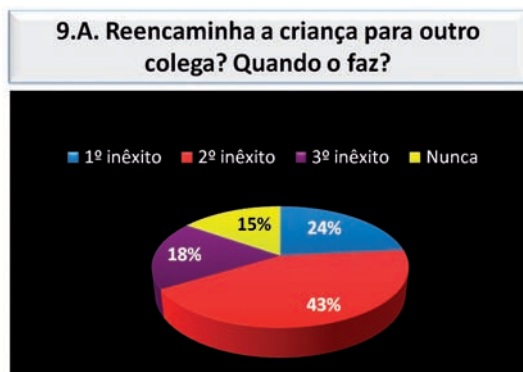


Fig. 9A |

À questão sobre para quem reencaminha a criança, 62% fazem-no para outro oftalmologista e 38% para o otorrinolaringologista (Figura 9.B). Relativamente à referenciação para este último especialista, 53% dos inquiridos responderam que enviam quando há falência de sondagem ou sondagens e 36% quando há falência de outras técnicas. Uma parcela dos inquiridos (11%) refere colaborar ou referenciar sempre. Entre este, encontram-se oftalmologistas que cooperam com o otorrinolaringologista desde a primeira intervenção (Figura 9.C).



Fig. 9B |



Fig. 9C |

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A sondagem de vias lacrimais na criança pequena é um tratamento eficaz da obstrução lacrimonasal. A idade em que deve ser realizada ainda é um assunto sujeito a debate, mas a prática mais comum tende a ser a de esperar pela resolução espontânea da epífora até ao final do primeiro ano de vida apoiando-se na convicção de que tal acontecerá na maioria dos casos, e que a persistência da epífora durante os primeiros 12 meses não terá implicações no desenvolvimento visual da criança<sup>2,5,10,12,13</sup>. Tal explica que apenas 10% dos clínicos inquiridos realize (esporadicamente) sondagem no gabinete antes dos 6 meses, ao contrário do que é prática corrente nos Estados Unidos da América (em grande parte por motivos economicistas<sup>11</sup>). Esses conceitos explicam ainda que 67% recorra à sondagem apenas após os 12 meses de vida. A realização de sondagem de vias lacrimais é unanimemente considerada como a primeira intervenção terapêutica.

Em cerca de 20% dos casos a sondagem de vias lacrimais resulta em insucesso terapêutico. Nestas circunstâncias existem atualmente várias alternativas, mas não critérios estabelecidos nem consenso sobre medidas subsequentes<sup>8</sup>.

Estudos suportam que repetir a sondagem pode ser um tratamento eficaz em metade dos casos, em especial em crianças mais pequenas, não existindo contudo consenso sobre o limite de idade<sup>9,13</sup>.

A intubação mono ou bicanalicular temporária com retenção planeada dos tubos por 2 a 6 meses pode ser a primeira escolha terapêutica, com sucesso aparente em 79 a 96%, mas como tal resultado não é significativamente superior ao êxito de uma primeira sondagem, que é uma intervenção mais simples, a intubação é habitualmente reservada em reintervenções, quando uma primeira ou segunda sondagem se revelam ineficazes. O sucesso pode alcançar os 84%<sup>1,6,9,13</sup>.

A dilatação com cateter-balão é um método alternativo que pode ser utilizado como tratamento primário ou em caso de falência de tratamentos prévios. A sua realização exige equipamento mais sofisticado e descartável, tornando-a dispendiosa. Em termos de sucesso parece assemelhar-se à sondagem ou intubação (77%)<sup>7,8</sup>.

A dacriocistorrinostomia realizada por via endoscópica ou externa é a derradeira alternativa, habitualmente efectuada após insucesso de outras metodologias ou na presença estenose secundária a obstrução óssea ou dacriocistite<sup>14</sup>.

O inquérito permitiu-nos concluir que para a maioria dos oftalmologistas inquiridos o diagnóstico de obstrução congénita lacrimonasal se baseia apenas na apresentação clínica (68%) e que, enquanto alguns (14%) não têm por hábito verificar a patência no acto da sondagem, outros recorrem por sistema (1%) ou ocasionalmente (12%) à endoscopia nasal, mesmo numa primeira sondagem.

Em caso de inêxito a metodologia mais utilizada é a repetição de sondagem (77%). O mesmo responderam os oftalmologistas do Reino Unido, que preferiram uma segunda sondagem (60%) à intubação (33%). Num segundo inêxito a preferência vai para a intubação canalicular (51%), sendo a bicanalicular a mais escolhida. Também entre os britânicos a intubação foi a técnica de escolha para cerca de metade (48%) e, como alternativas, a dacriocistorrinostomia ou sondagem (12% e 1%, respectivamente)<sup>12</sup>. A dacriocistorrinostomia só foi escolhida como alternativa após uma segunda falência. Poucos são os oftalmologistas portugueses que optam pela utilização de cateter-balão e quando o fazem, recorrem a ele com mais frequência numa segunda falência.

Após inêxito, a referenciação é prática comum, com encaminhamento quer para outro oftalmologista, quer para otorrinolaringologista.

Ao contrário do que acontece em Portugal, a endoscopia nasal goza de grande popularidade no Reino Unido. Com efeito, esta é utilizada numa primeira sondagem em 25%, numa segunda intervenção em 50% e numa terceira em 72% dos casos<sup>12</sup>. Apenas 28% dos oftalmologistas portugueses inquiridos realizam a intubação usualmente com auxílio de endoscopia nasal, o que contrasta vivamente com 81,5% dos inquiridos no Reino Unido. Não conhecemos o motivo nem as repercussões desta diferença de atuação, mas acreditamos que, quer com a ajuda de ORL, quer realizada pelo próprio oftalmologista, a endoscopia nasal é um exame importante para ajudar a esclarecer o motivo de falência de uma sondagem.

## BIBLIOGRAFIA

1. Komínek P, Cervenka S, Pniak T, Zeleník K, Tomášková H, Matoušek P. Monocanalicular versus bicanalicular intubation in the treatment of congenital nasolacrimal duct obstruction. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2011 Nov; 249(11):1729-33.
2. Lee KA, Chandler DL, Repka MX, Melia M, Beck RW, Summers CG, Frick KD, Foster NC, Kraker RT, Atkinson S; PEDIG. A comparison of treatment approaches for bilateral congenital nasolacrimal duct obstruction. *Am J Ophthalmol*. 2013 Nov; 156(5):1045-50.
3. MacEwen CJ, Young JD. Epiphora during the first year of life. *Eye (Lond)*. 1991; 5 (Pt 5):596-600.
4. Marr JE, Drake-Lee A, Willshaw HE. Management of childhood epiphora. *Br J Ophthalmol*. 2005 Sep; 89(9):1123-6.
5. Pediatric Eye Disease Investigator Group, Repka MX, Chandler DL, Beck RW, Crouch ER 3rd, Donahue S, Holmes JM, Lee K, Melia M, Quinn GE, Sala NA, Schloff S, Silbert DI, Wallace DK. Primary treatment of nasolacrimal duct obstruction with probing in children younger than 4 years. *Ophthalmology*. 2008 Mar; 115(3):577-584.
6. Pediatric Eye Disease Investigator Group, Repka MX, Melia BM, Beck RW, Atkinson CS, Chandler DL, Holmes JM, Khammar A, Morrison D, Quinn GE, Silbert DI, Ticho BH, Wallace DK, Weakley DR Jr. Primary treatment of nasolacrimal duct obstruction with nasolacrimal duct intubation in children younger than 4 years of age. *J AAPOS*. 2008 Oct; 12(5):445-50.
7. Pediatric Eye Disease Investigator Group, Repka MX, Melia BM, Beck RW, Chandler DL, Fishman DR, Gol-dblum TA, Holmes JM, Perla BD, Quinn GE, Silbert DI, Wallace DK. Primary treatment of nasolacrimal

- duct obstruction with balloon catheter dilation in children younger than 4 years of age. *J AAPOS*. 2008 Oct; 12(5):451-5.
8. Pediatric Eye Disease Investigator Group. Balloon catheter dilation and nasolacrimal duct intubation for treatment of nasolacrimal duct obstruction after failed probing. *Arch Ophthalmol*. 2009 127(5):633-639.
  9. Pediatric Eye Disease Investigator Group, Repka MX, Chandler DL, Bremer DL, Collins ML, Lee DH. Repeat probing for treatment of persistent nasolacrimal duct obstruction. *J AAPOS*. 2009 Jun; 13(3):306-7.
  10. Pediatric Eye Disease Investigator Group. Resolution of congenital nasolacrimal duct obstruction with nonsurgical management. *Arch Ophthalmol*. 2012 Jun; 130(6):730-4.
  11. Pediatric Eye Disease Investigator Group\*. A Randomized Trial Comparing the Cost-effectiveness of 2 Approaches for Treating Unilateral Nasolacrimal Duct Obstruction. *Arch Ophthalmol*. 2012 Dec; 130(12):1525-33.
  12. Puvanachandra N, Trikha S, MacEwen CJ, Morris RJ, Hodgkins PR. A national survey of the management of congenital nasolacrimal duct obstruction in the United Kingdom. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2010 Mar-Apr; 47(2):76-80.
  13. Schnall BM. Pediatric nasolacrimal duct obstruction. *Curr Opin Ophthalmol*. 2013 Sep; 24(5):421-4.
  14. Takahashi Y, Kakizaki H, Chan WO, Selva D. Management of congenital nasolacrimal duct obstruction. *Acta Ophthalmol*. 2010 Aug; 88(5):506-13.

---

Trabalho apresentado na mesa redonda EPÍFORA CONGÉNITA: COMO RESOLVER OS CASOS DIFÍCEIS por ocasião da Reunião Conjunta do Grupo Português de Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo e Grupo de Oculoplástica, outubro de 2013, Viana do Castelo.

Os autores não têm quaisquer interesses financeiros com este trabalho.

Este artigo é original não tendo sido publicado previamente.

Os autores cedem igualmente os direitos de autor à SPO.

#### **CONTACTO**

Cristina Brito

Rua Maria Amália Vaz de Carvalho, 18, 3º Esquerdo

1700-294 Lisboa

crisrina.brasil.brito@gmail.com