

Relato de Caso: Canaliculite Primária

Case Report: Primary Canaliculitis

Aluisio Rosa Gameiro Filho¹, Rodrigo Rosa Gameiro², Gerson Jorge Aparecido Lopes³

¹Residente de Oftalmologia do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro – Brasil; Graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina - Brasil

²Acadêmico de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus Londrina - Brasil

³Docente de Oftalmologia da Universidade Estadual de Londrina – Brasil

RESUMO

Introdução: A canaliculite é uma infecção rara dos canalicúlos lacrimais, em geral causada pela bactéria *Actinomyces israeli*. Frequentemente não diagnosticada por desconhecimento da afecção, pelas dificuldades de isolamento da bactéria causadora e pelo fato de mimetizar outras condições, como conjuntivite crônica e dacriocistite. Relatamos o caso de paciente de 69 anos, com quadro de secreção amarelada e lacrimejamento em olho direito há dois anos, tendo feito tratamentos prévios para conjuntivite crônica, sem resultado. Aventada hipótese de canaliculite, realizada canaliculotomia, com melhora total dos sintomas, sem recidiva após 6 meses de acompanhamento clínico oftalmológico. O objetivo deste caso é relatar manejo de doença rara, assim como seu manejo clínico e cirúrgico.

Descritores: Canaliculite; Doenças do aparelho lacrimal; *Actinomyces*; Curetagem / métodos; Infecções oculares; Adulto; Feminino; Relatos de casos

ABSTRACT

Introduction: Canaliculitis is a rare affection of lacrimal canaliculus, caused by the bacteria *Actinomyces israeli*. It is usually underdiagnosed in due to the difficulties of isolating the bacteria, and because it can be confused with other conditions, such like dacriocistitis and cronic conjunctivitis. We report the case of a 69 years old woman, with yellow discharge and lacrimation in right eye, that had initiate 2 years before, being treated for cronic conjunctivitis previously. Canaliculitis was mooted, patient went on canaliculotomy, with total improvement of symptoms, and without relapses in six months. The objective of this case is to relate rare disease, as well as the clinical and surgical treatment.

Keywords: Canaliculitis; Lacrimal apparatus diseases; *Actinomyces*; Curettage / methods; Eye infections; Adult; Female; Case reports

INTRODUÇÃO

A Canaliculite é uma infecção rara dos canaliculos lacrimais^{1 2 3}, frequentemente confundida com quadros de conjuntivite. É descrita por alguns autores como “doença que mais passa despercebida por médicos experientes”⁴.

Em geral, é causada pelo *Actinomyces israeli*, todavia, pode também ter como agentes menos frequentes: *Fusarium*, *Candida*, *Propionibacterium*, *Enterobacter*, *Nocardia*, *Aspergillus*⁵ e o vírus *Herpes simples*¹. Alguns estudos também citam como possíveis causadores estreptococos, estafilococos e fungos^{2 6 7 8}.

Na maioria dos casos é unilateral⁹. Seus principais sintomas são epífora, desconforto ocular e edema de ponto lacrimal com saída de secreção purulenta ou mesmo de concreções, que pode ocorrer de modo espontâneo ou apenas após expressão¹⁰. Deve ser considerada como diagnóstico diferencial de conjuntivite crônica, principalmente quando não responsiva ao tratamento convencional, assim como de calázio ou dacriocistite aguda.

A canaliculite não apresenta resolução espontânea, e o tratamento conservador geralmente não tem resultados satisfatórios. Esta doença também possui elevada taxa de recorrência; sendo, portanto, o tratamento cirúrgico - em especial a canaliculotomia - a conduta de escolha.

A paciente em questão autorizou a divulgação das fotos presentes neste trabalho.

OBJETIVO

Reportar o quadro clínico e manejo desta doença rara.

RELATO DE CASO

MGDS, feminina, 69 anos, viúva, aposentada, natural de Aracaju, Sergipe – Brasil e procedente de Bela Vista do Paraíso, Paraná - Brasil, procura ambulatório de Oftalmologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL) por quadro de secreção amarelada e lacrimejamento constante em olho direito (OD) há cerca de um ano. Referia

múltiplas consultas prévias a especialistas, tendo feito diversos tratamentos prévios sem resultados. Ao exame oftalmológico apresentava AV corrigida de 20/20 em AO (ambos os olhos), pressão intraocular de 16 em AO e abaulamento em canto medial pálpebra superior de OD. À Biomicroscopia, apresentava leve hiperemia de conjuntiva bulbar, presença de pequena quantidade de secreção purulenta em canto interno, ponto lacrimal superior direito dilatado (figura 1) e abaulado, com saída de secreção purulenta à expressão (figura 2). Sem particularidades em olhos esquerdo.

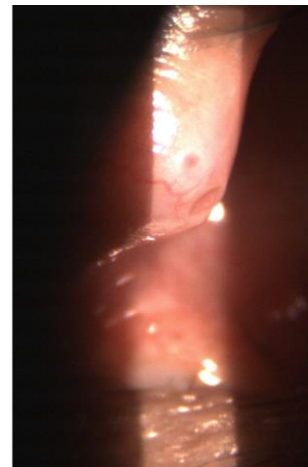


Figura 1 – Dilatação do Ponto Lacrimal Superior Direito

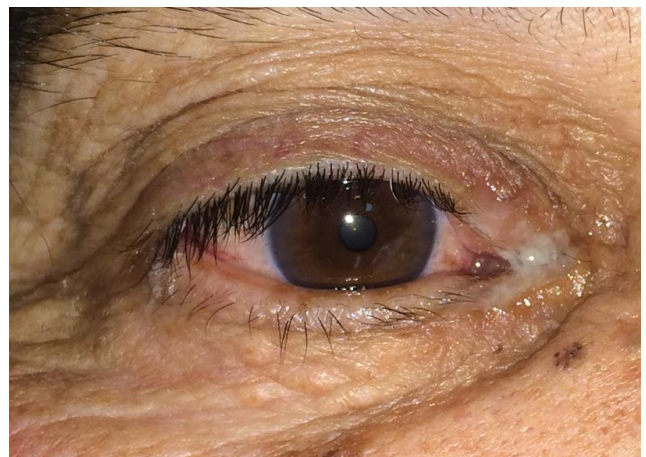


Figura 2 – . Presença de Secreção em Canto Interno de Olho Direito

Coletada cultura de secreção canalicular e enviado para laboratório de microbiologia, com resultados negativos. Mesmo assim, frente a suspeita diagnóstica de canaliculite, optou-se pela realização de canaliculotomia “one snip”, iniciada com a expressão do canaliculo e coleta de secreção (que foi acondicionada em tubos de hemocultura e em

frasco com soro fisiológico 0,9%), anestesia local e dilatação do ponto lacrimal, com posterior incisão horizontal posterior do canaliculo com 5 a 8 mm de extensão na margem livre da pálpebra e retirada de dacriócitos com cureta de calázio, que foram enviados para cultura (figuras 3 e 4). Feita também limpeza local com solução de iodopovidine, e, posteriormente com soro fisiológico, optando-se por fechamento por segunda intenção.



Figura 3 – Retirada de Dacriócitos com Cureta de Calázio



Figura 4 – Dacriócitos

A cultura de material coletado durante o procedimento cirúrgico, teve como resultado “amostra polimicrobiana”, já bacterioscopia, “bacilos gram positivos ramificados, sugestivos de *Actinomyces israelii*”.

Prescrito Ciprofloxacina colírio 03/03 horas por 15 dias. Paciente referiu melhora total dos sintomas com 15 dias de pós-operatório, sem recorrência das queixas após 06 meses de seguimento (figura 5).



Figura 5 – Paciente ao diagnóstico (dir) e seis meses após, sem recorrência (esquerda)

DISCUSSÃO

A Canaliculite foi inicialmente evidenciada por Von Graefe, em 1854¹¹, e é uma infecção rara que representa cerca de 2% das afecções lacrimais¹¹ e pode ser classificada em primária ou secundária ao uso de plugs lacrimais¹².

Essa afecção é subdiagnosticada devido, principalmente ao desconhecimento do oftalmologista, e também a dificuldade de isolamento de seu principal agente etiológico, *Actinomyces israelii* - uma bactéria gram positiva anaeróbica, saprófita de presença natural no trato gastrointestinal, trato genital feminino e na cavidade oral - principalmente nas criptas tonsilares e placa dentária^{13 14}. Este micro-organismo pode chegar ao canal lacrimal de forma direta, ou indiretamente através de secreções contaminadas. Há 5 formas clínicas principais: cérebro, cabeça e pescoço, tórax, abdominal e pélvica; sendo as cervicofaciais as mais comuns, respondendo por cerca de 50% a 70% de todos os casos¹⁴. Nos olhos, além de canaliculite, pode ser responsável por blefarite, conjuntivite, dacriocistite e endoftalmite primária ou pós-operatória¹³.

A infecção do *Actinomyces israelii* é em geral crônica e insidiosa, pois se organiza em aglomerados típicos chamados "grânulos de sulfeto", concreções altamente aderentes ao tecido invadido, que obstaculizam ou impossibilitam o tratamento conservador.

Quanto ao quadro clínico, o acometimento em geral é unilateral e seus principais sintomas são epífora, hiperemia ocular, edema de ponto lacrimal (pouting punctum), dor ocular, descarga mucopurulenta e conjuntivite folicular, principalmente em canto medial, podendo, eventualmente

ocorrer a saída de dacríócitos pelo canal lacrimal, de modo espontâneo, ou, mais frequentemente após massagem ou canaliculotomia¹. Já na canaliculite secundária, o quadro clínico inclui massa inflamatória se projetando no ponto lacrimal ou lágrimas com sangue intermitentes^{15 16}.

Segundo relatos na literatura, a canaliculite frequentemente acomete mais pessoas idosas² e, sobretudo, mulheres¹⁷. Alguns autores advogam que essa predominância possa ser em decorrência da influência hormonal já que, após a menopausa há diminuição da produção lacrimal e redução da proteção contra infecções. Outro motivo alegado é o uso de maquiagem, que pode ocluir os canaliculos facilitando a proliferação bacteriana¹⁷. Importante ressaltar que todos os dados disponíveis sobre a epidemiologia da canaliculite baseiam-se em relatos de caso, em geral, com um pequeno número de pacientes.

O diagnóstico é clínico, associado ao isolamento do micro-organismo através de cultura. Porém, devido a natureza anaeróbia fastidiosa do *A. israeli* nem sempre se obtém cultura positiva⁹. Alguns estudos estimam que taxas de sucesso na cultura dessa bactéria variam entre 11 a 71%¹¹, por isso, em muitos casos, a bacterioscopia é suficiente, pois evidencia bastonetes gram positivos em forma de colar de pérolas, típicos da bactéria¹¹. Não obstante, alguns pacientes apresentam clínica sugestiva com culturas e bacterioscopias negativas, o que não invalida o diagnóstico, que nestes casos é essencialmente clínico².

Exames de imagem como ultrassom de alta resolução e dacrioscopia vem sendo estudados, como possíveis ferramentas auxiliares ao diagnóstico^{2 11}, mas ainda sem importância clínica.

O tratamento desta afecção pode ser conservador, com compressas mornas, antibióticos tópicos ou sistêmicos e massagem local, no entanto, essas medidas atingem cura completa em apenas 20% dos casos, com recorrência em 33% destes¹¹, sendo, portanto, o tratamento cirúrgico escolha.

São várias opções cirúrgicas disponíveis, como intubação e irrigação com antibióticos, dilatação do ponto lacrimal com curetagem e, o padrão-ouro, a canaliculotomia, apresentando uma taxa de resolução em 80-100% dos casos¹¹.

A intenção desse relato é orientar o oftalmologista a suspeitar de canaliculite em pacientes com quadros crônicos de epífora unilateral, conjuntivite e pouting punctum. A canaliculite é uma afecção frequentemente subdiagnosticada e até diagnosticada erroneamente por sua

baixa prevalência no consultório médico e pelo fato de poder mimetizar outras condições. Estes erros podem ser evitados através de coleta de história cuidadosa e de exame físico detalhado, em especial do canaliculo em todos os casos de conjuntivite crônica.

Agradecimentos

À Katia M Z R Gameiro.

REFERÊNCIAS

1. Carneiro RC, Macedo EMS, Oliveira PPDG. Canaliculite: relato de caso e conduta. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2008; 71(1)
2. Gogandy M, Al-Sheikh O, AL-SHE, Chaudhry I. Clinical features and bacteriology of lacrimal canaliculitis in patients presenting to a tertiary eye care center in the Middle East. *Saudi J Ophthalmol.* 2014 Jan;28(1)
3. Zaveri J, Cohen AJ. Lacrimal canaliculitis. *Saudi J Ophthalmol.* 2014 Jan; 28(1)
4. Braunwald, Fauci.; Kasper, Hauser.; Longo, Jameson. *Harrison Medicina Interna: volumes I e II.* 17.ed. Mc Graw Hill, 2008
5. Marcio F, Damasceno RW, Cazorla RP, et al. Canaliculite crônica supurativa - aspectos clínicos e terapêuticos: relato de 3 casos. *Arq Bras Oftalmol.* 2011;74(6)
6. Lin Shuai-Chun, Kao Shu-Ching, Tsai Chieh-Chih, Cheng Ching-Yu, Kau Hui-Chuan, Hsu Wen-Ming, et al. clinical charactersitics and factors associated the outcome of lacrimal canaliculitis. *Acta Ophthalmologica* 2011 Dec;89(9):759–63.
7. Kaliki S, Ali MJ, Honavar SG, Chandrasekhar G, Naik MN. (2012): Primary canaliculitis: clinical features, microbiological profile & management outcome. *Ophthalmic plastic & reconstructive surgery.* 2012;28(5):355–360
8. Zaldívar RA, Bradley EA. Primary canaliculitis. *Ophthalmologic Plastic Reconstruction Surgery* 2009;25:481–4.
9. Fulmer NL, Neal JG, Bussard GM, et al. Lacrimal canaliculitis. *Am J Emerg Med* 1999;17:385–6.
10. Lorena SHT, Silva JAF. Canaliculite: relato de caso e conduta. *Rev Bras Oftalmol.* 2011; 70 (6)

11. Freedman, J.R., Markert, M.S., Cohen, A.J. Primary and secondary lacrimal canaliculitis: a review of the literature. *Surv Ophthalmol.* 2011;56:336–347.
12. Klein-Theyer A, Boldin I, Rabensteiner DF, Aminfar H, Horwath-Winter J. Prevalence of canaliculitis after smartplug insertion during long-term follow-up. *Br J Ophthalmol.* 2015;99(8):1134-6
13. Foveau P, George J-L, Cloché V, et al. Un cas de canaliculite à Actinomyces compliquant la pose d'un bouchon lacrymal en silicone. *Journal Français D'Ophtalmologie.* 2015; 38(3):51-53.
14. Mehrotra N1, Baidya A2, Brijwal M2, Aggarwal R1, Chaudhry R3. Actinomycosis of eye: Forgotten but not uncommon. *Anaerobe.* 2015; 6(Pt B):1-2
15. Scheepers M, Pearson A, Michaelides M. Bilateral canaliculitis following SmartPlug insertion for dry eye syndrome post LASIK surgery. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2007;245:895–7
16. Fowler AM, Dutton JJ, Fowler WC, et al. Mycobacterium chelonae canaliculitis associated with SmartPlug use. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2008;24:241–3
17. Zhang Q, Xu B, Li XX, Li MW. Clinical characteristics, treatment patterns, and outcomes of primary canaliculitis among patients in Beijing, China. *Biomed Res Int.* 2015; 2015: 1-6

CONTACTO

Aluisio Rosa Gameiro Filho
R. Vinícius de Moraes, 110
Bairro: Ipanema – Rio de Janeiro
Rio de Janeiro
Brasil
E-mail: agameirofilho@sapo.pt