

DACRIOCISTORRINOSTOMIA ENDONASAL – EXPERIÊNCIA NA CLÍNICA PRIVADA EM FLORIANÓPOLIS - SC



Filipe Pereira – CCPO Clínica Catarinense de Pálpebras e Olhos
Rafael Pinz – CDO – Centro de Diagnóstico Otorrinolaringológico



INTRODUÇÃO: A dacriocistorrinostomia (DCR) endonasal foi descrita em 1893, utilizada para restaurar a perviedade das vias lacrimais. Há muitos fatores associados com a falência da DCR, em ordem de incidência: pequena abertura do saco lacrimal, baixa rinostomia por falsa localização do saco, canaliculite preexistente, contratura da rinostomia e sinéquias por excesso de ressecção da mucosa nasal, frouxidão palpebral ou outro diagnóstico não realizado previamente à cirurgia. Metin Orneçi et al realizaram trabalho prospectivo sobre taxa de sucesso em dacriocistorrinostomia: 94,4% com cirurgiões experientes e 58% em cirurgiões inexperientes, e detectou as causas mais comuns de falência: falsa localização do saco lacrimal, formação de tecido de granulação ao redor da sonda, retenção de espículas ósseas, remoção inadequada da parede medial do saco e sinéquia entre parede lateral e corneto médio. Comparativamente, a via externa e endonasal apresentam taxas de sucesso similares, variando entre 80 e 90 % de acordo com seguimento e critérios de sucesso. As vantagens do acesso endonasal incluem ausência de cicatrizes visíveis, não lesa veia angular, menos traumática, mais rápida e melhor diagnóstico alterações nasais. Observamos em diversas publicações o trabalho isolado de um oftalmologista ou otorrinolaringologista, mas a correção da epífora exige um trabalho conjunto dos especialistas, tanto no diagnóstico de alterações associadas em pontos lacrimais, pálpebras, conjuntiva ou nasais como na cirurgia.

OBJETIVO: o objetivo deste estudo é identificar os fatores associados com sucesso da DCR endonasal na clínica privada por 02 experientes cirurgiões (um oftalmologista e um otorrinolaringologista).

CASUÍSTICA: foram revisados os registros de todos os pacientes submetidos à DCR endonasal endoscópica entre 09/03/2010 e 07/01/2013. Todos os pacientes foram avaliados antes da cirurgia pelo oftalmologista e otorrinolaringologista que os operariam. O oftalmologista realizou avaliação palpebral e lacrimal que incluía irrigação da via lacrimal, obrigatoriamente negativa para todos os pacientes. O otorrinolaringologista realizou endoscopia naso-sinusal. Os critérios de inclusão foram pacientes com obstrução baixa de vias lacrimais comprovada pela história de epífora com irrigação negativa e/ou dacriocistografia compatível com obstrução baixa. Os critérios de exclusão foram: etiologia traumática, epífora funcional, epífora por falha de bomba lacrimal, obstrução alta das vias lacrimais, cirurgia prévia do canal lacrimal ou dos seios da face, totalizando 12 pacientes e 14 cirurgias realizadas. Os pacientes foram avaliados quando à idade, sexo, lateralidade e evolução após o procedimento. Todos os pacientes foram operados sob anestesia geral, sempre pela mesma equipe. Foi utilizado sistema de videoendoscopia composto por ótica rígida de 0 graus, Karl Storz, acoplado à camera Karl Storz Telecam e à fonte de luz branca. A técnica operatória empregada está descrita nas figuras 1 a 8 (abaixo).



Fig.1 Após punctoplastia, uma sonda de transluminação foi introduzida pelo canaliculo inferior para correta identificação do local da incisão.

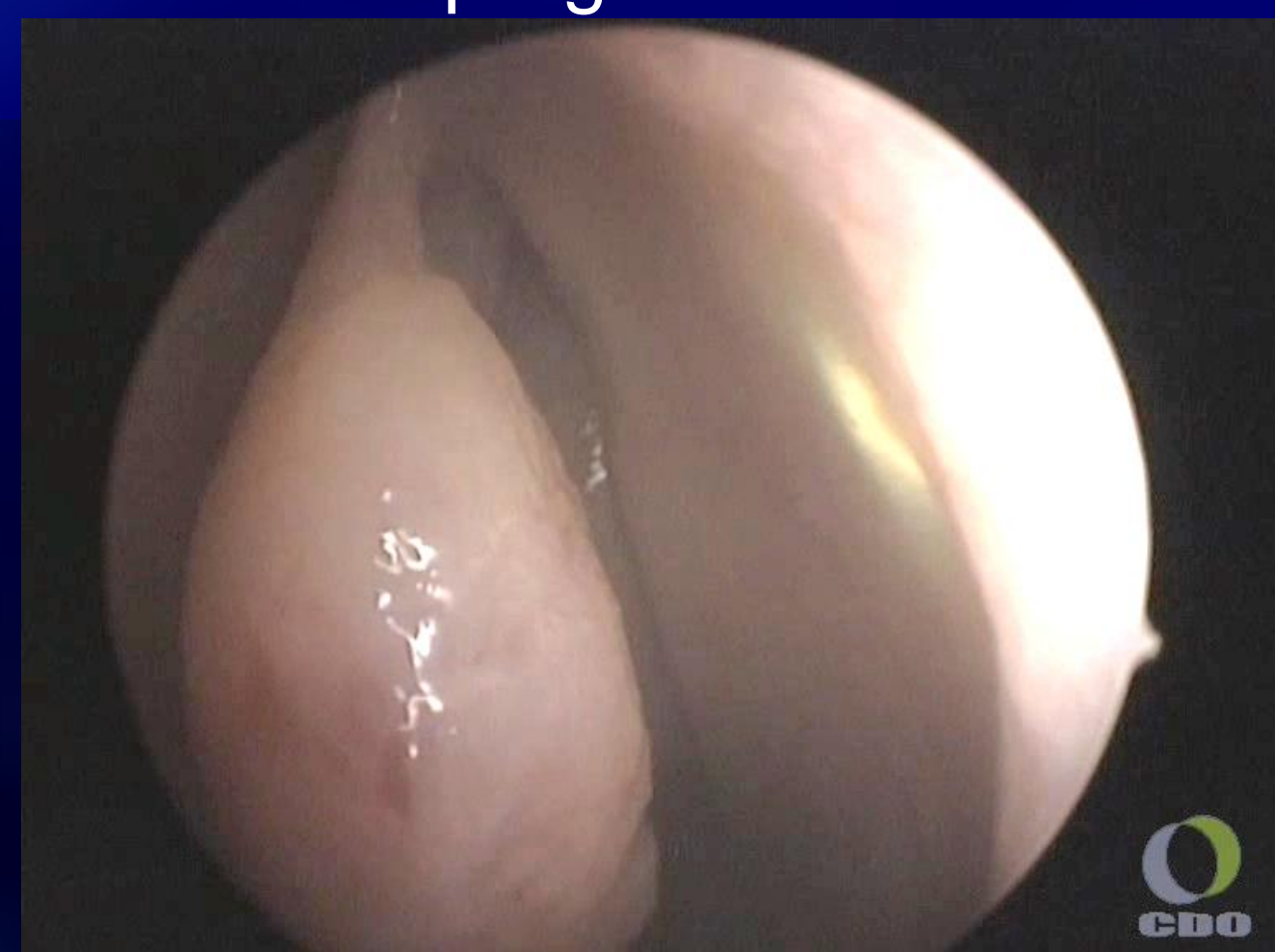


Fig.2 - A mucosa da região do saco lacrimal foi infiltrada com solução de lidocaína 1% com adrenalina diluída em 1:80.000;



Fig.3 - Uma incisão vertical desde 1 cm acima da sua axila até 2/3 da sua altura é realizada. Incisões horizontais superior e inferior são realizadas para completarem um retalho pediculado posterior.

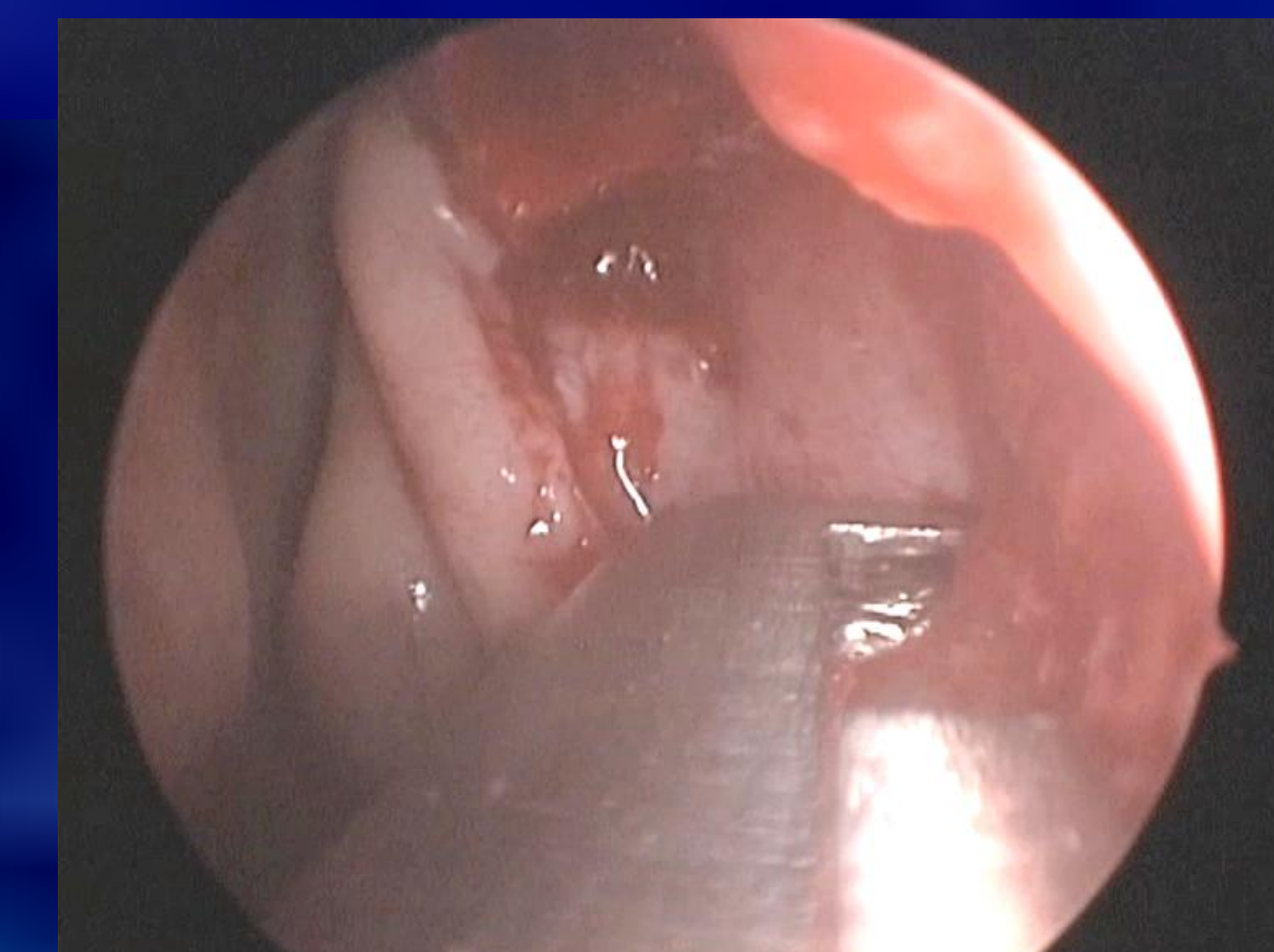


Fig.4 - O processo frontal da maxila é removido com uso de pinça de Kerrison, até se obter uma grande osteotomia de aproximadamente 15x15mm

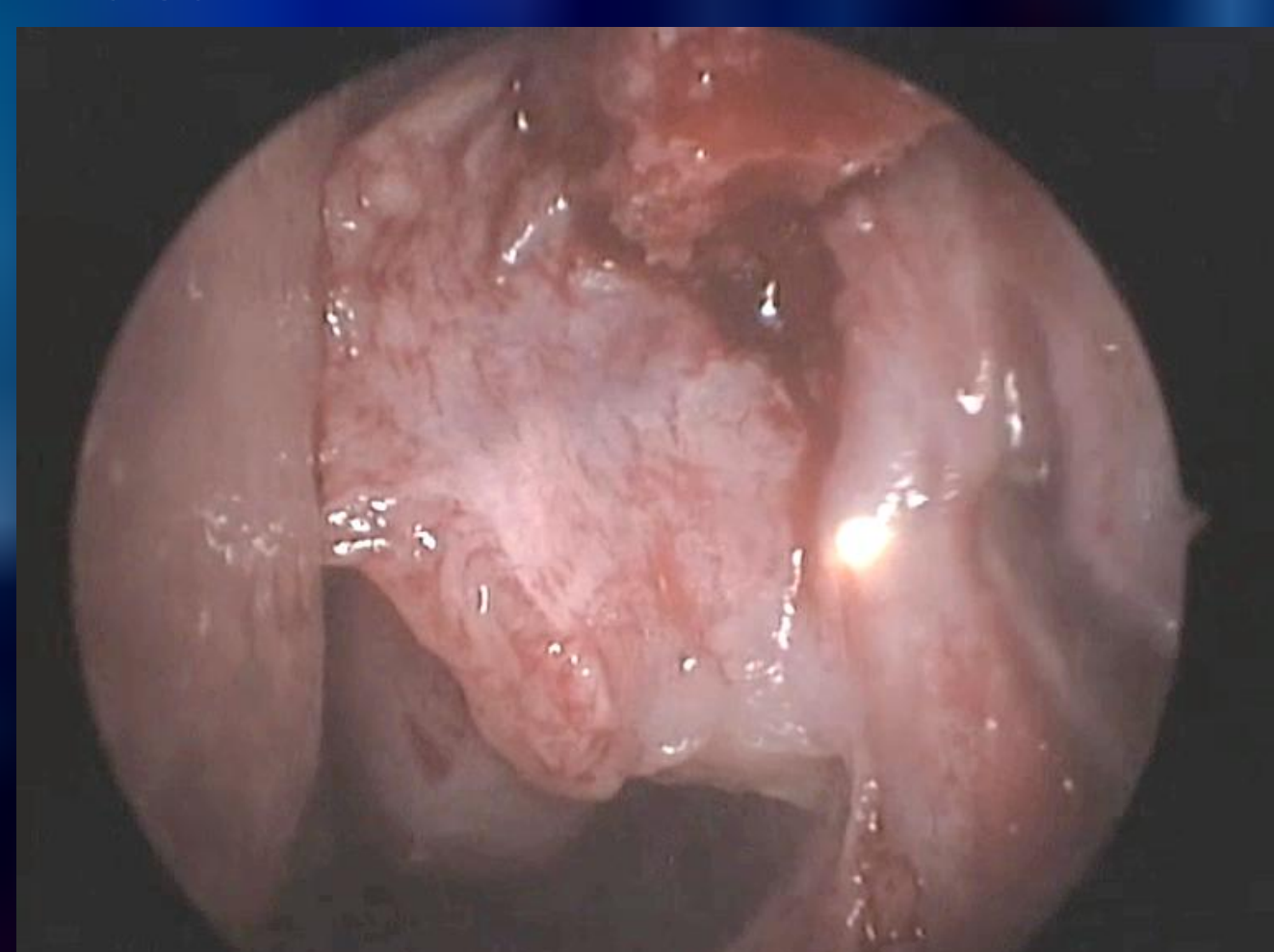


Fig.5 - A parede medial do saco lacrimal é impingida por uma sonda de Bowman

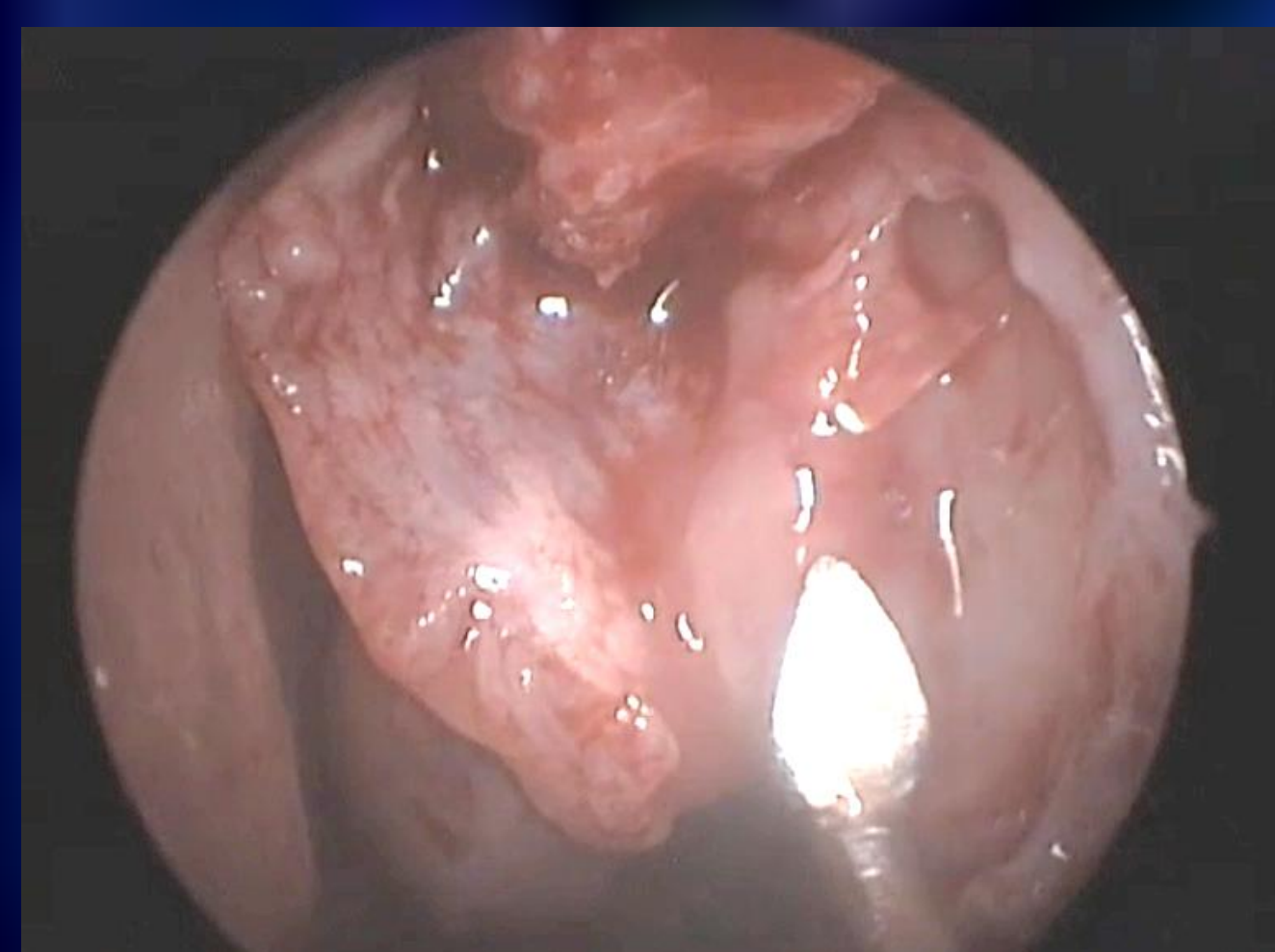


Fig.6 - A parede medial do saco lacrimal é aberta com uma faca de dacriocistorrinostomia e ressecada utilizando instrumentos cortantes afiados

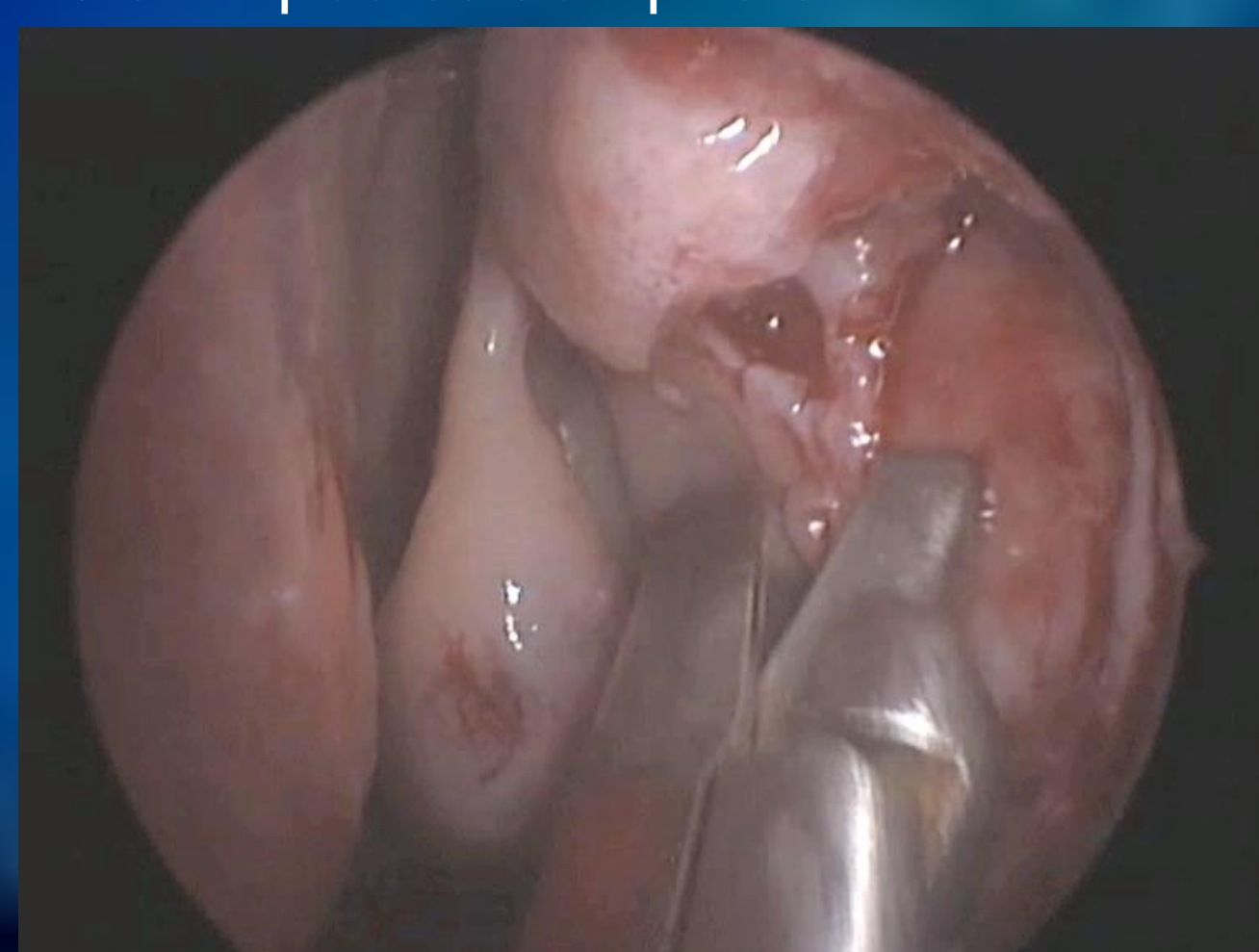


Fig.7 - O retalho posterior é aparado com instrumentos cortantes de forma que sua margem anterior fique em aposição com a margem posterior da abertura do saco lacrimal. Não há suturas

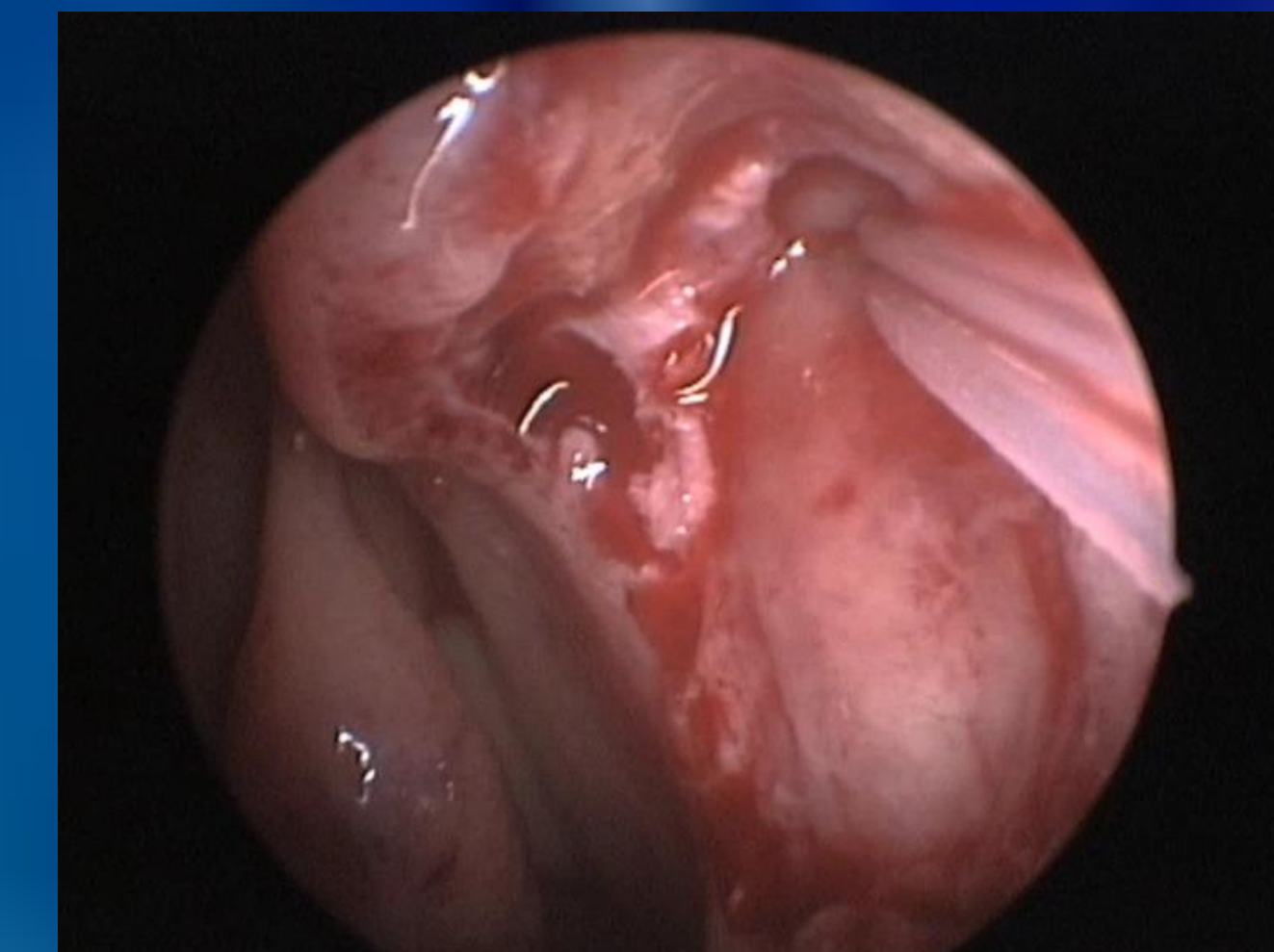


Fig.8 -Procede-se a intubação da via lacrimal com sonda de Crawford via canaliculos superior e inferior e enodado em cavidade nasal.

Uma semana após a realização do procedimento os pacientes foram avaliados pelo oftalmologista, que realizou irrigação da via lacrimal, e pelo otorrinolaringologista, que realizou a limpeza da cavidade nasal com remoção de crostas, coágulos e aspiração de muco. Após 4 semanas, o oftalmologista realizou novamente irrigação e cortou a sonda de Crawford e logo após removida pelo otorrinolaringologista, o qual realizou limpeza da cavidade nasal novamente.

Cuidados pós-operatórios incluem amoxicilina e prednisona via oral, tobramicina + dexametasona colírio e spray nasal de solução salina.

Foi considerado sucesso da cirurgia quando não havia mais epífora e a irrigação era livre ou mínima resistência.

RESULTADOS: Foram realizadas 39 dacriocistorrinostomias endoscópicas endonasais em 30 pacientes. A idade dos pacientes operados variou de 6 a 73 anos (média: 44,23 anos), tendo sido 22 do sexo feminino e 8 do sexo masculino (feminino/masculino 2,75:1). Em relação à lateralidade, 10 pacientes foram submetidos à DCR bilateral (33,33%), 10 pacientes à DCR à direita (33,33%) e 10 pacientes (33,33%) à DCR à esquerda. Em 3 pacientes (10%) houve dificuldades trans-operatórias, todos por dificuldade de osteotomia, resolvidos pelo uso de broca. Complicação pós-operatória ocorreu em apenas 1 paciente (3%) que foi epistaxe severa em que necessitou tamponamento nasal sem reintervenção cirúrgica e internação para controle de crise hipertensiva. Em todos os pacientes a técnica endoscópica endonasal foi indicada sem restrições, nenhum caso indicado via externa devido alterações nasais, que em 8 pacientes (37,5%) foi necessário procedimento nasal associado: em 6 pacientes (20%) foi realizada septoplastia e em 2 pacientes (15%) turbinectomia. Em 3 pacientes (10%) foi realizada correção de frouxidão palpebral através da técnica "tarsal strip". A resolução da epífora e irrigação pérvia foram obtidos nas 39 cirurgias (100%), motivos para elevada taxa: curva de aprendizado tanto na prática oftalmológica quanto otorrinolaringológica já havia sido completada por diversas cirurgias prévias com outros colegas, o correto diagnóstico da obstrução da via lacrimal, a correção de condições oftalmológicas e otorrinolaringológicas associadas no mesmo momento cirúrgico, a correta localização das estruturas no transoperatório, a rotina dos cuidados pós-operatórios com repouso e medicamentos, o acompanhamento pós-operatório de limpeza da cavidade nasal e irrigação das vias lacrimais, o uso rotineiro da sonda de Crawford.

CONCLUSÃO

A DCR endonasal endoscópica é uma cirurgia segura, com baixo índice de complicações, sem dificuldades técnicas adicionais além da osteotomia em poucos casos. A alta taxa de sucesso é devido um pré e transoperatório conjunto de otorrinolaringologista e oftalmologista experientes, todos os detalhes cirúrgicos da DCR e procedimentos associados necessários são respeitados, e cuidados e consultas pós-operatórios são acatados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

Caldwell GW. Two new operations for obstruction of the nasal duct, with preservation of the canaliculi. *Am J Ophthalmol* 1893; 10:189-92.

Hammoudi DS, Tucker NA. Factors associated with outcome of endonasaldacryocystorhinostomy. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2011 Jul-Aug;27(4):266-9.

Gupta N. Improving Results in Endoscopic DCR. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011 Jan;63(1):40-4. doi: 10.1007/s12070-010-0112-7. Epub 2011 Jan 18.

Onerci M, Orhan M, Ogretmenoglu O, Irkeç M. Long-term results and reasons for failure of intranasal endoscopic dacryocystorhinostomy. *Acta Otolaryngol*. 2000Mar;120(2):319-22.

Knijnik D. Analizando a dacriocistorrinostomia endoscópica: dificuldades e soluções. *Arq Bras Oftalmol*. 2007;70(1):391-4

Lee DW, Chai CH, Loon SC. Primary external dacryocystorhinostomy versus primary endonasal dacryocystorhinostomy: a review. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2010 May;38(4):418-26.

Eichhorn K, Harrison AR. External vs. endonasal dacryocystorhinostomy: six of one, a half dozen of the other? *Curr Opin Ophthalmol*. 2010 Sep;21(5):396-403.

Watkins LM, Janfaza P, Rubin PA. The evolution of endonasaldacryocystorhinostomy. *Surv Ophthalmol*. 2003 Jan-Feb;48(1):73-84.