

Lacrimejamento – Como eu trato

Luis Carlos F. De Sá

A causa mais comum de lacrimejamento do recém-nascido é uma obstrução do canal lacrimal. Além da obstrução congênita das vias lacrimais que é a causa mais comum, outras doenças como glaucoma congênito, conjuntivite, triquiase (cílios que nascem virados para o olho) e fechamento incompleto das pálpebras também podem provocar lacrimejamento

A obstrução do ducto nasolacrimal é a causa mais comum de lacrimejamento no primeiro ano de vida, ocorrendo em aproximadamente 4 a 6% dos recém-nascidos e na maior parte das vezes de forma unilateral. A principal causa de obstrução é a persistência de uma membrana na região da válvula de Hasner, no local de abertura do ducto nasolacrimal, na cavidade nasal (figura). Outras anomalias como estreitamento do canal, espículas ósseas, presença de válvulas ou outras membranas podem ocorrer de forma isolada ou em combinação, resultando em outras formas de obstrução.

Geralmente a combinação da história de lacrimejamento, presença de secreção muco purulenta, aspecto de “olho melado”, dermatite na pálpebra inferior, na vigência de um olho calmo e sem sinais inflamatórios é bastante sugestivo da obstrução do ducto nasolacrimal. O principal diagnóstico diferencial é com conjuntivite, principalmente nos casos bilaterais, embora nas conjuntivites além da secreção existe a hiperemia conjuntival e o edema palpebral. Exames complementares como teste de Jones, dacriocistografia e dacriocintilografia podem ser úteis na confirmação da obstrução. Um teste simples e bastante utilizado em oftalmologia pediátrica é o teste de desaparecimento da fluoresceína. Neste teste instila-se uma gota de colírio de fluoresceína no fórnice inferior de ambos os olhos, remove-se o excesso e após 5 minutos observa-se com filtro de cobalto a presença ou ausência de fluoresceína. Nos casos de obstrução, após os 5 minutos, observa-se a presença de fluoresceína no olho acometido, o que não deve ocorrer em casos de via lacrimal pérvia. Em alguns casos é possível a observação do colírio de fluoresceína na fossa nasal, semelhante ao teste de Jones, o que confirma a patência da via lacrimal. Os testes de Jones e do desaparecimento da fluoresceína indicam a presença ou ausência de obstrução. Já os testes como a dacriocistografia,

tomografia computadorizada e dacriocintilografia além de diagnosticar a presença ou ausência de obstrução também podem estabelecer o local da obstrução.

O tratamento da obstrução do ducto nasolacrimal é a princípio conservador, já que aproximadamente 90% dos casos apresentam resolução espontânea. É importante enfatizar os cuidados com a higiene, removendo a secreção em excesso, além da massagem, preconizada por Creigler. Esta massagem consiste na compressão do saco lacrimal, direcionando o dedo indicador inferiormente, na tentativa de deslocar o material dentro do saco lacrimal e do ducto nasolacrimal para região da válvula de Hasner, fazendo com que o aumento da pressão rompa a eventual membrana persistente. A sondagem e irrigação do ducto nasolacrimal deve ser realizada quando não ocorre resolução espontânea. A época da realização da sondagem é um assunto controverso, sendo proposto entre 6 e 14 meses (tabela), com sucesso em aproximadamente 90-95% dos casos, salvo quando a obstrução se deve a alterações graves da via excretora onde a taxa de sucesso é menor. Os que advogam a sondagem precoce, aos 6 meses de idade, argumentam que nesta idade é possível a realização da mesma em consultório, sem os inconvenientes de hospitalização e da sedação, além de uma maior taxa de sucesso. Segundo os que advogam a sondagem mais tardia, como 90% das crianças apresentam resolução espontânea, a sondagem precoce seria realizada desnecessariamente em muitas crianças que apresentariam resolução espontânea. A dificuldade de realização da sondagem sem sedação, apenas com imobilização da criança, maior risco de formação de falso trajeto, além da alta taxa de sucesso nas sondagens realizadas até 18 meses de idade, também são outros argumentos utilizados pelos que preferem realizar a sondagem mais tardiamente. Particularmente costumo indicar a sondagem nos casos onde não houve resolução espontânea entre 10 e 14 meses de idade. Quando persiste a obstrução após a sondagem, pode ser realizada uma segunda e até terceira sondagem, embora a entubação do ducto nasolacrimal com silicone, utilizando-se de sonda de Crawford ou similar, esteja indicado. Esta sonda de silicone permanece por aproximadamente 6 a 8 semanas e pode ser removida no consultório, sem sedação. Para os casos mais raros, onde não houve resolução da obstrução com a sondagem e/ou entubação da via lacrimal está indicado a dacriocistorinostomia.

Figura : Anatomia das vias lacrimais

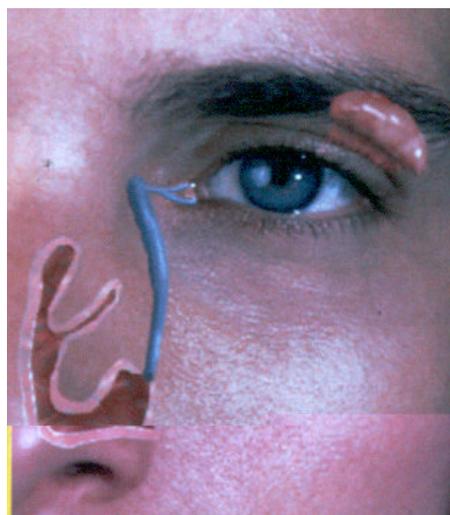


Tabela : Taxa de sucesso com sondagem inicial.

Ano	Autores	Idade (meses)	% Sucesso
1986	El Mansoury et al	13-84 (média 22)	93,5
1986	Katovitz and Welsh	0-6	98,2
		7-12	95,9
		13-18	76,8
		19-24	54,1
		mais de 24	33,3
1992	Stager et al	1-6	95
		7-12	88,5
		13 e acima	86,5
1998	Robb	12-14	88,9
		15-17	96,8
		18-23	90,7
		24-35	96,4
		36-111	92,6
1998	Kushner	18-48	70
1999	Mannor et al	0-12	92
		13-24	89
		25-36	80
		37-48	71
2000	Honavar et al	24-186	73,3
2002	Kashkouli et al	0-12	92
		13-24	84,4
		25-36	65
		37-60	63,6