

TESTE DE PERVIABILIDADE DOS CANAIS LACRIMAIS

ALBERTO AFFONSO FERREIRA

A demora da abertura das vias de drenagem lacrimal nos primeiros meses de vida leva à epífora. (8) É devida, nestes casos, à imperfuração das vias lacrimais inferiores que, normalmente, abrem-se nos primeiros dias de vida. A lágrima começa a ser produzida a partir do 2.º dia de vida. (1-2-4-8-10).

A infecção das vias lacrimais, por inúmeras razões, é outra causa de epífora. (2-3-10). A sequência do tratamento abrange tres fases, que se tornam consecutivas conforme o fracasso da fase anterior. (8-10).

Na fase de sondagem dos canais lacrimais é necessária, nas crianças, a anestesia geral, para diminuir os riscos de traumatismos sérios e de criar-se falsas vias. (7-8-10).

A certeza de termos adentrado essas vias tem sido conseguida por inúmeras manobras, algumas trabalhosas e perigosas, como a injeção de contraste e posterior radiografia. (1-3). Não apareceu ainda um processo que garanta com certeza uma correta sondagem dos canais lacrimais. (9). O autor propõe uma técnica que vem desenvolvendo nos últimos anos, no Instituto Penido Burnier, que parece ser ideal pois em mais de suas centenas de casos se mostrou absolutamente precisa.

MATERIAL E TÉCNICA

248 pacientes do Instituto Penido Burnier, crianças entre zero e 13 anos, em regime ambulatorio foram submetidas a anestesia geral para cateterismo e lavagem dos canais lacrimais, como propedêutica e tratamento de epífora.

Anestesia com halotane, pelo vaporizador universal de Takaoka, método de Baraka ou Jackson-Rees ou Paul Boyan; em crianças maiores de 5 anos suplementada por tiopental intravenoso, a 2,0% ou por metohexital a 1,0%.

Mais de 50% das crianças já tinha sido submetida a uma ou mais tentativas infrutíferas de sondagem das vias lacrimais. (5-6).

Ainda sob plano superficial de anestesia o paciente, em decúbito dorsal, foi sondado pelo Oftalmologista, sempre começando pelo ponto lacri-

mal inferior, uma cânula foi inserida e injetados no saco lacrimal 1 a 3 ml de solução de cloranfenicol a 1%, corada com azul de metileno ou com solução iodo-iodetada. No momento preciso desta injeção, o anestesista já tendo retirado a máscara facial e substituída por cateter no vestibulo nasal contralateral, suspendia a vaporização de halotano, aumentava o fluxo de O_2 para 10-12 ml, obstruía com a mão os lábios da criança, obrigando este grande volume de O_2 a escapar pela narina do lado doente. Este alto fluxo turbilhonar, promovia um verdadeiro mecanismo injetor-Venturi, carreando a solução antibiótico-corante para o exterior, onde uma pequena gaze branca confirmava sua saída, corando-se.



Sondagem dos canais lacrimais
Teste Affonso Ferreira

RESULTADOS

Todos os pacientes submetidos ao teste de perviabilidade dos canais lacrimais tiveram esclarecido a suspeita de obstrução (9). Os que mostraram passagem da solução antibiótico-corante foram divididos em dois grupos: aqueles que tinham realmente obstruções parciais, aliviados e tratados pela sondagem e pelo antibiótico injetado e aquele grupo de crianças que tinha patologia canalicular lacrimal obstrutiva, necessitando correção cirúrgica (3).

A gaze colocada defronte a fossa nasal do lado doente coletou, além da solução antibiótico-corante, em alguns casos, pus e sangue (nos casos iterativos).

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

A constatação de perviabilidade lacrimal nos recém-natos e adultos não oferece maiores dificuldades quando são injetadas nos canais lacrimais, soluções coloridas (azul de metileno) ou de gosto forte (cloranfenicol) durante o cateterismo.

Sob anestesia geral, entretanto, no decúbito dorsal, a quantidade de líquido a ser injetado nas vias lacrimais é grande, trazendo risco de inalação, obstrução das vias aéreas e infecção traqueopulmonar. (3-5-6).

O teste apresentado é extremamente simples, comprovado em mais de duas centenas de casos (248); é elegante e atraumático, podendo ser realizado fora do centro cirúrgico, na sala de recuperação, e não deixa dúvida quanto a via que foi explorada.

A presença de maior ou menor quantidade de sangue vivo, diluído pela solução antibiótica-corante, é o melhor índice da habilidade e delicadeza do cirurgião durante a constatação de perviabilidade dos canais lacrimais.

BIBLIOGRAFIA

1. ARRUGA, H. — Ocular surgery. 3rd ed MacGray Hill Book Co. New York, Toronto-London 1953:312-213.
2. BOADIAN, M. — Causes and treatment of epiphora Course 120 American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology 1974.
3. JONES, L. T. & LINN, M. L. — Diagnosis of causes of epiphora. The Year Book of Ophthalmology — Year Book Medical Publishers Chicago 1970:10-11.
4. JONES, L. T. & WOBG, J. L. — The lacrimal system: Diagnosis and treatment; 2. Conjunctivo dacryocystorhinostomy Course 48 American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, 1974.
5. MIL HOMENS COSTA, J. D. — Re-operações em dacriostomias. XV Congresso Brasileiro de Oftalmologia. Porto Alegre, 1969:331-333.
6. ——— — Dacriostomias em crianças. Anais do XVI Congresso Brasileiro de Oftalmologia. Campinas 1971:171-173.
7. ——— — A dacriostomia na infância. Anais do 2º Congresso Luso-Hispano-Brasileiro de Oftalmologia. Rio de Janeiro, 1972:93-97.
8. NEUSTEIN, I. — Oftalmologia pediátrica. Alguns aspectos. Suplemento de Ars Curandi — Janeiro 1974: 164-166.
9. PICÓ, G. — Disorders of the lacrimal passages Course 67 American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology 1974.
10. VEIRS, E. R. & CUNNINGHAM, R. D. — Diagnosis and treatment of lacrimal disorders Course 101 American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology 1974.