

TENTATIVA DE RECANALIZAÇÃO NOS INSUCESSOS PÓS-OPERATÓRIOS DA DACRIOCISTORRINOSTOMIA

Prof. PAULO BRAGA MAGALHÃES — São Paulo (*)
Dra. EGLE RENATA ATTADIA — São Paulo (**)

O tratamento médico cirúrgico da dacriocistite crônica 1, constitui sem dúvida, um dos capítulos mais interessantes da oftalmologia.

Hipócrates, 4 séculos antes de Cristo, já possuía métodos médicos e cirúrgicos para tratamento das dacriocistites. Métodos estes que ainda são empregados em nossos dias.

No tratado de Medicina e Cirurgia de Celsus, contemporâneo de Jesus Cristo, já há referência do procedimento cirúrgico dos casos de fistula lacrimal, no qual ele recomendava a curetagem de todos os tecidos até chegar ao osso.

Após este período 10 séculos se passaram sem muito progresso.

No século XVII dois anatomistas Fallopio e Simon, descreveram o aparelho lacrimal secretor e excretor, tal qual o conhecemos na atualidade, fornecendo bases racionais e científicas para o tratamento de suas afecções.

No século XVIII, Anel, inventou uma seringa, que se continuava com uma sonda de ouro, tendo em sua extremidade uma oliva, que servia para o cateterismo da via. Assim fazia amplas lavagens com uma solução adstringente.

Em 1750, Cavanus e Pauluccio descreveram um engenhoso método para permeabilizar a via. Introduziram, desde o ponto lacrimal até o canal nasal, um estilete de ouro de extremos rombos. Num dos extremos do estilete encontrava-se um orifício, por onde passava uma corda de violino. Retirava-se o estilete pelas fossas nasais, ficando assim a dupla corda nas vias lacrimais por determinado tempo.

Em 1734, o cirurgião francês, Luiz Petit, abriu uma via de acesso direta ao saco lacrimal, pois até Bowmann não se sabia agir sobre os canalículos. Fazia uma incisão, através da pele, no canto interno do olho, abria a parede anterior do saco e introduzia sondas de diversos tamanhos.

(*) Professor-adjunto de Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

(**) Médica-assistente do Hospital das Clínicas (Clínica Oftalmológica) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Fouret em 1753, seguia a mesma técnica, introduzindo sondas de demora.

Em 1883 Dupuytren e Joubert, introduziram no canal sondas de couro e prata e as deixavam permanentemente na via lacrimal.

A dacriocistectomia foi praticada em 1725 por João Zacarias Platner de Leipzig. Este procedimento levou mais de dois séculos para generalizar-se entre os oftalmólogos.

Depois de Bowmann, que deu a conhecer em 1850, suas sondas e seu cateterismo progressivo, que até hoje encontram-se adeptos, vamos encontrar Weber que se utilizava de cateter com diâmetro superior ao da sonda de Bowmann. Weber incisava o canalículo superior e a parte correspondente da parede externa do saco lacrimal e em seguida introduzia no canal nasal sua conhecida sonda cônica.

Finalmente nos devemos lembrar da dacriocistorrinostomia, proposta por Toti em 1909, cuja finalidade é estabelecer uma drenagem permanente do saco lacrimal para a cavidade nasal, mediante uma abertura óssea, obtida através do osso unguis e da apófise montante do maxilar superior.

Devemos também nos lembrar da técnica de Blascovicz que consiste na extirpação completa do saco lacrimal, fazer-se uma abertura óssea e ressecar a pituitária correspondente. O autor obteve 15 a 20% de bons resultados.

Mosher-Toti fez sutura com catgut da borda da óssea do saco, ao bordo anterior da abertura óssea, passando os fios, pelos tecidos imediatamente contíguos ao osso.

A técnica de Dupuy Dutemps 2 marcou uma etapa decisiva na permeabilização das vias lacrimais e sua principal originalidade, é a sutura bordo a bordo em dois planos anterior e posterior, unindo diretamente a mucosa pituitária ao do saco lacrimal. Este método aumenta consideravelmente a porcentagem de sucesso.

Gaillard 3 empregou a técnica de Dupuy Dutemps, mas para obter melhores resultados e mais duráveis, ele inclui na anastomose uma sonda de borracha que saia pelo nariz e era retirada cinco dias após.

Gill e White 4. Raverdino 5 não praticam sutura. Colocam um tubo ou dreno de borracha, onde uma das extremidades penetra 3 mm no saco lacrimal incisado e aí deixado livremente ou fixado à parede interna; a extremidade inferior, através da osteotomia vai a fossa nasal, para sair pela narina onde é fixada ao lábio superior, com esparadrapo. Este tubo é retirado no 7.º dia.

Em nosso meio Willmersdorf 6 adotou a técnica de Dupuis Dutemps, introduzindo uma borracha conta-górias, entre as suturas anterior e posterior. Além disso, tornou mais anatômica a cirurgia, pois divulsiona todos os planos até atingir o osso, dando especial relevo a incisão e descolamento do periosteio que é suturado no final da cirurgia.

Summerskill 7 aconselha associar à dacriocistorrinostomia, um tubo de matéria inerte (polietileno de 6 mm de diâmetro), que passado através do saco alcança a fosa nasal. Esta idéia de se introduzir um canal artificial não é nova e foi tentada há mais de um século. O material utilizado provocava fehnômenos de intolerância o que dificultava o seu emprêgo na prática. Este procedimento que nunca foi totalmente abandonado, trazia resultados bastante desanimadores, até que com o aparecimento de substâncias inertes, metálicas ou plásticas, levou alguns autores a afirmar a superioridade da intubação sobre a dacriocistorrinostomia.

Justificamos a extensão do precedente histórico, pela necessidade de mostrar a recanalização com tubos de substâncias várias que tem sido tentada há mais de um século.

Observando alguns casos de insucesso da Dacriocistorrinostomia em nosso serviço, imaginamos tentar a sua recanalização. Como são várias as causas, que levam ao insucesso, encaminhamos estes pacientes à cirurgia com a finalidade de no ato operatório, aclararmos a causa da obliteração pós-cirúrgica.

Os 30 casos por nós reoperados, nos autorizam a discordar de Gunther 8, quando se refere ser a abertura óssea insuficiente, a única causa de insucesso.

Não podemos atribuir essa causa como único fator de insucesso, pois houve casos em que constatamos ampla abertura óssea, estando este então relacionado com aderências, pela proliferação de tecido fibroso em vários pontos da via e com a reformação do saco lacrimal e mesmo outras causas que escaparam à nossa observação.

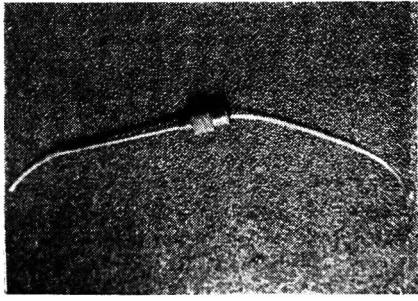
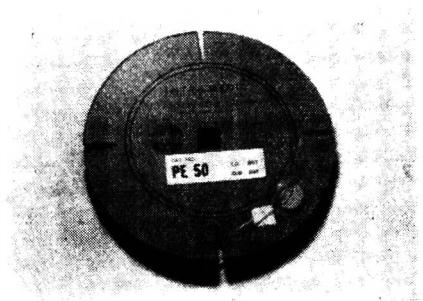
Dos 30 casos por nós operados não nos foi possível obter a recanalização em 5 deles.

A técnica por nós utilizada foi a seguinte: Procuramos fazer a nova incisão sobre a linha antiga de sutura. Divulsionamos os planos subjacentes, onde encontramos áreas cicatrizadas, até nos depararmos com o plano ósseo, que em muitos casos encontramos praticamente refeito. Fizemos nova osteotomia. Em seguida inspecionamos o campo operatório, desfazendo aderências e então incisando o saco, quando este se encontrava reformado.

Partindo deste ponto, pudemos orientar a continuação da cirurgia, refazendo a via através dessas novas estruturas com o auxílio de um tubo de polietileno, com diâmetro interno de 023" e diâmetro externo de 038" através de uma agulha (40-15). O polietileno funciona como mandril e a agulha como cateter. Este tubo de plástico é introduzido através do ponto lacrimal, passando através do saco ou restos deste e daí para a mucosa do nariz, saindo pela narina correspondente. As duas extremidades do

tubo são unidas e fixadas à face do paciente, por meio de esparadrapo. Esta prótese é mantida durante dois meses, após a qual é retirada, esperando-se alguns dias, que varia de 4 a 5, para processarmos a lavagem da vía.

Nos 5 casos nos quais não foi possível a recuperação, verificamos que eles poderiam ser incluídos naquela grupo em que não fomos capazes de diagnosticar a sua etiologia.



BIBLIOGRAFIA

1. **ARGANARAZ, R.** — Estudio crítico sôbre el tratamiento médico-quirúrgico en la dacriocistorrinostomia.
In: Oftalmologia, conferências preferidas na biblioteca dos Laboratórios "Otto", B. Aires. vol. 1, 1936.
2. **PEREIRA, R. F.; ADROGUE, E.** — Tratado de Quirurgia Ocular.
El Ateneo — B. Aires, 1948.
3. **GAILLARD, M. T.** — The use of a rubber insert in dacryocystorhinostomy.
Medican Times, n.º 7. 1947, 75-4, pág. 96-98.
4. **GILL, E. C., WHITE, F. D.** — Traitement chirurgical de la dacryocystite chronique opération de Toti-Mosher. Eye Ear Nose Throat Mon., 1951, 70-4, pág. 197-199.
5. **RAVERDINO, E.** — Sopra il metodo de dacriocistorrinostomia con intubazione del sacco lacrimale.
L'Ospedale Maggiore 36, 7 jul. 1948, pág. 334.
6. **WILLMERSDORF, J. C.** — De uma nova técnica da dacriocistorrinostomia. Tese de livre-docênciia apresentada à Fac. de Med. da U.S.P., 1953.
7. **SUMMERSKILL, W.** — Dacryocystorhinostomy by intubation.
Brit. J. Ophth., 1952, 36, 5 pág. 240-244.
8. **GUNTHER, G.** — Ueber Reoperationen beim Versagen der Dakryocystorrhinostomie (nach Toti).
Klin. Monatsbl. f. Augenh. 131 (3) 343-350, 1957.

V Á R I A S

CURSO PARA GRADUADOS DA SOCIEDADE ARGENTINA DE OFTALMOLOGIA

Sob a presidência do Dr. Pedro Garcia Nocito e secretariado pelo Dr. Enrique Malbran realizou-se, no periodo de 15 a 20 de julho um Curso para graduados. A freqüência foi de 157 assistentes, o que bem demonstra o êxito do mesmo e o programa foi o seguinte: