

Canaliculite - Relato de casos e conduta

Canaliculitis - Case report and management

Mirelle Langier Benchimol¹
 Abelardo de Souza Couto Junior²
 Claudio Figueiredo Araújo Pereira³
 Alcir Carvalho de Melo⁴
 Rafael Siqueira Barbosa⁵

RESUMO

Objetivo: Descrever 5 casos clínicos com o diagnóstico de canaliculite, enfatizando a importância do diagnóstico como uma das causas de conjuntivite e/ou blefarite crônicas, como também demonstrar a eficácia do tratamento cirúrgico nos pacientes estudados. **Métodos:** Descrição de 5 casos clínicos e do tratamento cirúrgico aplicado. **Resultados:** O gram foi sugestivo de *Actinomyces israeli* e as culturas foram negativas. O tratamento cirúrgico proposto mostrou-se eficaz. **Conclusão:** A canaliculotomia com preservação do ponto lacrimal nos pacientes portadores de canaliculite mostrou-se eficaz.

Descritores: Infecções oculares bacterianas/cirurgia; Actinomicose/cirurgia; Relato de caso; Masculino; Feminino; Adulto

INTRODUÇÃO

A canaliculite é uma infecção rara do canalículo lacrimal, que na maioria das vezes não é adequadamente tratada devido à confusão em seu diagnóstico⁽¹⁻³⁾. Deve ser considerada como diagnóstico diferencial importante em casos de conjuntivite intermitente, principalmente quando a apresentação for unilateral, crônica e não responsiva ao tratamento convencional⁽⁴⁻⁶⁾.

O agente etiológico principal é o *Actinomyces israeli*^(1-2,7-8,10-11), bactéria Gram-positiva, anaeróbio de difícil isolamento e identificação que atinge a cavidade do canalículo formando concreções⁽¹⁾ e que no passado era classificada como fungo. Alguns autores consideram a canaliculite uma infecção mista⁽²⁾.

As manifestações clínicas mais frequentes são tumoração, hiperemia em tarso conjuntival e palpebral na área do canalículo afetado, presença de secreção mucopurulenta e em alguns casos dacriolitos visíveis no ponto lacrimal^(5-6,9) (Figura 1). Apesar dos achados clínicos serem característicos, uma avaliação laboratorial completa deve ser feita para obter o diagnóstico de certeza⁽²⁾.

O tratamento proposto em nosso trabalho é a canaliculotomia com preservação do ponto lacrimal^(5,9,12). Outras alternativas são o tratamento clínico com irrigação da via lacrimal com antibioticoterapia ou até mesmo o uso de antibióticos via oral.

MÉTODOS

Foram examinados 5 pacientes, 3 homens e duas mulheres, que apresentavam hiperemia ocular unilateral, secreção, prurido e apenas um deles com acometimento bilateral. Tais pacientes já tinham sido submetidos ao tratamento para conjuntivite com antibioticoterapia e até submetidos ao procedimento cirúrgico para drenagem de hordéolo. Ao exame, além do quadro descrito,

¹ Médica Oftalmologista da Clínica de Olhos Benchimol – RJ, Ex fellow do Departamento de Oftalmologia da McGill University- Montreal- Canadá.

² Chefe do Setor de Oculoplástica, Vias Lacrimais e Órbita do Instituto Benjamin Constant / IBC - RJ e Hospital da Piedade -RJ, Mestre e Doutor em Medicina. TCBC Chefe do Departamento de Bacteriologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁴ Médico Estagiário do Setor de Oculoplástica, Vias Lacrimais e Órbita do IBC - RJ

⁵ Médico Oftalmologista do Hospital de Olhos de Niterói - RJ.

Endereço para correspondência: Av. Nossa Senhora de Copacabana, 680/511 - Rio de Janeiro (RJ) CEP 22050-000. E-mail: mirellebenchimol@hotmail.com

Recebido para publicação em 05.01.2000

Aceito para publicação em 22.04.2002

Nota Editorial: Pela análise deste trabalho e por sua anuência sobre a divulgação desta nota, agradecemos à Dra. Simone H. D. Von Faber Visón.



Figura 1 - Tumoração palpebral na área dos canaliculos afetados

também apresentavam pequeno nódulo inflamatório em canto interno palpebral, linfonodo pré-auricular palpável e drenagem espontânea de secreção mucopurulenta à dilatação do ponto lacrimal próximo ao nódulo (Figura 2). Todos os pacientes apresentavam o quadro descrito há pelo menos 6 meses.

Os pacientes foram submetidos à canaliculotomia preservando-se o ponto lacrimal onde se observou a drenagem de grande quantidade de dacriolitos (Figura 3). Os pacientes foram orientados a suspenderem qualquer medicação tópica prescrita anteriormente por pelo menos 15 dias antes do procedimento cirúrgico e da coleta. O material colhido foi semeado nos meios de ágar sangue, ágar chocolate, Sabouraud, tioglicolato e coloração para Gram. Foi feita irrigação local com solução de penicilina G cristalina 1: 160.000U/ml² imediatamente após o procedimento cirúrgico. Foi prescrito cloranfenicol colírio durante 15 dias, 5 vezes ao dia.

RESULTADOS

Os pacientes apresentaram à bacterioscopia numerosos bastonetes gram positivos, por vezes ramificados, em forma de



Figura 2 - Nódulo inflamatório em canto interno palpebral com saída de secreção mucopurulenta



Figura 3 - Saída de dacriolitos do canaliculo afetado durante o procedimento cirúrgico

colar de pérolas e formando grumos o que é sugestivo de *Actinomyces sp.* Os resultados dos exames laboratoriais estão descritos no quadro 1. Nos pacientes cujas bacterioscopias foram sugestivas de *Actinomyces sp* e as culturas negativas, o diagnóstico baseou-se na bacterioscopia. Nos pacientes em cujas bacterioscopias e culturas foram negativas o diagnóstico foi baseado nos achados clínicos e cirúrgicos.

Não foi observado crescimento de fungos apesar da realização de várias culturas e incubação por pelo menos 20 dias.

Após o tratamento cirúrgico proposto houve a resolução do quadro inicial.

DISCUSSÃO

A canaliculite é uma afecção rara cujo diagnóstico é baseado em achados clínicos e laboratoriais. Seu quadro clínico consiste em tumoração na área do canaliculo afetado com saída de secreção mucopurulenta, espontânea ou não. O diagnóstico diferencial é feito com casos de conjuntivites crônicas

Quadro 1		
Paciente	Bacterioscopia	Cultura
1	Raros cocos Gram + isolados, aos pares em cadeias curtas. Numerosos bastonetes Gram +, longos, por vezes ramificados, em forma de colar de pérolas e formando grumos, sugestivo de <i>Actinomyces sp.</i>	<i>Enterococcus casseliflavus</i>
2	Idem paciente 1	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
3	Numerosos bastonetes Gram +, longos por vezes ramificados, em forma de colar de pérolas e formando grumos, sugestivo de <i>Actinomyces sp.</i>	Negativa
4	Idem paciente 3	Negativa
5	Não foram observadas bactérias	Negativa

recorrente, blefarite e hordéolo. Muitas vezes não é feito o tratamento adequado devido às dificuldades no diagnóstico etiológico⁽¹⁾.

O agente etiológico mais encontrado é o *Actinomyces israeli*. Apesar da cultura ter sido negativa em 4 pacientes, o diagnóstico foi baseado na bacterioscopia e/ou no aspecto clínico. Sabe-se que a cultura negativa não invalida o diagnóstico microbiológico quando a bacterioscopia é conclusiva, pois o *Actinomyces israeli* é de difícil isolamento e identificação^(5,7,11). A ausência de crescimento microbiano pode ter ocorrido devido à não suspensão da antibioticoterapia tópica 15 dias antes do procedimento e da colheita do material.

Várias técnicas foram propostas para o tratamento da canaliculite e a conduta cirúrgica mostrou-se mais eficaz do que o tratamento conservador^(5,9,12). O tratamento realizado na presente casuística baseou-se naquele proposto por Pavilack, Frueh (1992) e consiste na canaliculotomia com posterior irrigação com solução de penicilina G cristalina (1: 160.000U/ml)^(2,5,12). Epífora e a recidiva do quadro clínico são as principais complicações da canaliculotomia.

Este trabalho teve como finalidade mostrar a eficácia do tratamento cirúrgico da canaliculite nos pacientes estudados e lembrar da canaliculite como diagnóstico diferencial importante de casos de conjuntivite crônicas.

ABSTRACT

Purpose: To describe 5 cases with the diagnosis of canaliculitis, emphasising the diagnosis of canaliculitis as an important cause of chronic conjunctivitis and blepharitis and also to

demonstrate the efficacy of the surgical treatment in these patients. **Methods:** Surgical management of 5 cases with diagnosis of canaliculitis. **Results:** The gram results were suggestive of *Actinomyces israeli* and the culture results were negative. The surgical treatment was shown efficacious. **Conclusions:** The surgical treatment proposed was shown efficacious.

Keywords: Eye infections, bacterial/surgery; Actinomycosis/surgery; Case report; Male; Female; Adult

REFERÊNCIAS

- Hass C, Pittasch K, Handrick W, Tauchnitz R. Actinomycetes canaliculitis – case reports. *Immun Infekt* 1995;23:222-3.
- Struck HG, Hohne C, Tost M. Diagnosis and therapy of chronic canaliculitis. *Ophthalmologe* 1992;89:233-6.
- Richards WW. Actinomycotic lacrimal canaliculitis. *Am J Ophthalmol* 1973; 75:155-7.
- Alves MR, Kara Jose N. Conjuntivite crônica in: Alves MR. Conjuntiva cirúrgica - atualidades oftalmologia. São Paulo: Rocca; 1999. p.1-5.
- Mc Kellar MJ, Abum NS. Cast-Froming *Actinomyces israeli* canaliculitis. *Aust N Z J Ophthalmol* 1997;25:301-3.
- Demant E, Hurwitz JJ. Canaliculitis: review of 12 cases. *Can J Ophthalmol* 1980; 15:73-5.
- Hirst LW, Merz WB, Kaufmann CS. Actinomyces/Arachnia lacrimal canaliculitis. *Cornea* 1982;1:259.
- Smith RL, Henderson PN. Actinomycotic canaliculitis. *Aust J Ophthalmol* 1980; 8:75-9.
- Vécsei VP, Huber-Spitzy V, Abrocker-Metinger C, Steinkoger FJ. Canaliculitis: difficulties in diagnosis, differential diagnosis and comparison between conservative and surgical treatment. *Ophthalmologica* 1994;208:314-7.
- Jones DB, Robinson NM. Anaerobic ocular infections. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaringol* 1977;83:309-31.
- Schaal KP, Schofield GM, Pulverer G. Taxonomy and clinical significance of Actinomycetaceae and Propionibacteriaceae. *Infection* 1980; 8 Suppl 2:s122-30.
- Pavilack MA, Frueh BR. Through curettage in the treatment of chronic canaliculitis. *Arch Ophthalmol* 1992;110:200-2.

ENCONTRO

AMAZÔNICO

DE

OFTALMOLOGIA

12 e 13 de Outubro de 2002

**Auditório da Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade do Amazonas - Manaus**

INFORMAÇÕES: Tel.: (92) 633-2954 (Sras. Marilza ou Sandra)

Fax.: (92) 232-0166