

Canaliculite: relato de caso e conduta

Canaliculitis: case report and conduct

Silvia Helena Tavares Lorena¹, João Amaro Ferrari Silva²

RESUMO

A canaliculite é uma infecção rara e crônica do canalículo lacrimal, cuja etiologia mais comum é o *Actinomyces israeli* (bactéria gram positiva, anaeróbica). Esta afecção não apresenta cura espontânea. O diagnóstico diferencial se faz com: conjuntivite crônica recorrente, blefarite e hordéolo.

O tratamento definitivo é o cirúrgico (canaliculotomia), sendo realizado sob anestesia local.

Descritores: Canaliculite/ diagnóstico; Caniculite/cirurgia; Diagnóstico diferencial; Relatos de casos

ABSTRACT

The canaliculitis is a rare infection and chronicle lachrymal pathology, whose commoner etiology is *Actinomyces israeli* (bacteria anaeroby positive gram).

This pathology does not present cure espontany The diagnosis differential with is done: Recurring chronic conjunctivitis, blefarity and hordeoly.

The definitive treatment is the surgical (canaliculotomy), being accomplished under location anesthetizes.

Keywords: Canaliculitis/diagnosis; Caniculitis/surgery; Diagnosis, differential; Case reports

¹Médica Oftalmologista colaboradora do Setor de Vias Lacrimais da Universidade Federal de São Paulo – (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil;

²Chefe do Setor de Vias Lacrimais da Universidade Federal de São Paulo – (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil.

Trabalho realizado no Setor de Vias Lacrimais da Universidade Federal de São Paulo – (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil.

Os autores declaram inexistir conflitos de interesse

Recebido para publicação em: 7/6/2010 - Aceito para publicação em 28/8/2011

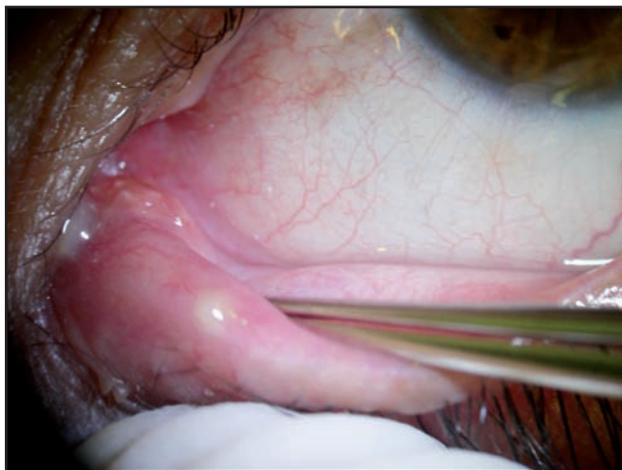


Figura 1: Secreção purulenta no ponto lacrimal inferior



Figura 2: Dacriocistografia

INTRODUÇÃO

A canaliculite é uma infecção rara e crônica do canalículo lacrimal, cuja etiologia mais comum é o *Actinomyces israelii* (bactéria gram positiva, anaeróbica)^(1,2).

O quadro clínico se caracteriza por epífora unilateral associada à uma conjuntivite mucopurulenta crônica, refratária ao tratamento convencional, edema e hiperemia em conjuntiva tarsal e palpebral na região do canalículo afetado e refluxo de secreção no ponto lacrimal com eventual exteriorização de dacriolitos (grânulos sulfurosos) pelo ponto lacrimal⁽²⁾.

Na dacriocistografia nota-se dilatação do canalículo afetado, com ausência de ectasia do saco lacrimal, e que o ducto lacrimo-nasal não está obstruído. Na maioria dos casos a via lacrimal excretora se mantém pérvia⁽²⁾.

Esta patologia não apresenta cura espontânea. O diagnóstico diferencial se faz com: conjuntivite crônica recorrente, blefarite e hordéolo.

O paciente sempre é orientado a suspensão de qualquer medicação tópica 15 dias antes da coleta do material. O material colhido é semeado nos meios de Águar Sangue, Águar Chocolate, Sabouraud, Tioglicolato e coloração para Gram. Quando a bacterioscopia (numerosos bastonetes Gram positivos, por vezes ramificados, em forma de colar de pérolas e formando grumos) é sugestiva de *Actinomyces israelii* e a cultura é negativa, o diagnóstico se baseia na bacterioscopia⁽²⁾.

A terapia consiste de: antibióticos tópicos como a ciprofloxacina quatro vezes ao dia por dez dias, porém raramente apresenta bom resultado⁽³⁾. O tratamento definitivo é o cirúrgico (canaliculotomia), sendo realizado sob anestesia local, a canaliculotomia é feita na margem

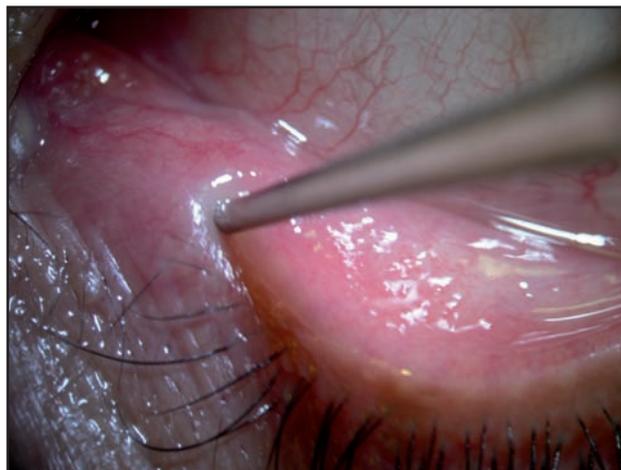


Figura 3: Dilatação do ponto lacrimal

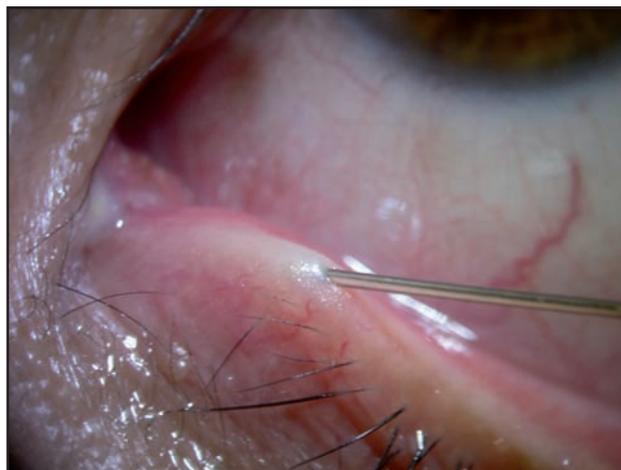


Figura 4: Introdução da sonda de Bowman



Figura 5: Canaliculotomia

livre da pálpebra, internamente, junto a conjuntiva tarsal, a partir do ponto lacrimal, sobre uma sonda de Bowman, previamente introduzida, seguida da curetagem das secreções e dacriolitos e irrigação local com solução de penicilina G cristalina 1:160.000 U/ml.⁽³⁻⁹⁾

O objetivo desta apresentação é relatar um caso de canaliculite, do setor de Vias Lacrimais da UNIFESP.

Relato do caso

LNG, 42 anos, sexo feminino, branca, do lar, natural e procedente de São Paulo, com queixa de secreção e lacrimejamento em olho esquerdo há 2 anos, afirmando abaulamento em canto medial da pálpebra inferior do OE, que na compressão digital da referida região, provocava refluxo de secreção purulenta para a conjuntiva bulbar (Figura 1), quando então procurou o setor de vias lacrimais da UNIFESP.

Ao exame oftalmológico apresentava:

Ectoscopia: abaulamento em canto medial da pálpebra inferior do OE;

AV: 20/20 AO;

PIO: 12mmHg AO;

MEO: sem alterações.

Biomicroscopia anterior:

-OD: sem alterações;

-OE: hiperemia de conjuntiva bulbar;

Teste de Milder (o teste foi igual em ambos os olhos):

-OD: +

-OE: +

Secreção purulenta em ponto lacrimal inferior: OE.

Cateterismo: “hard stop” OD e OE.

Teste de Jones I: + OD e OE.

É importante salientar que no ambulatório de vias lacrimais da UNIFESP, foram solicitados os exames: cultura da secreção do ponto lacrimal inferior esquerdo,



Figura 6: Retirada de dacriolitos

cujo resultado foi positivo para cocos Gram +, bacterioscopia identificando o *Actinomyces israeli* e a dacriocistografia (Figura 2), que revelou via lacrimal excretora esquerda pérvia, sendo prescrito, ciprofloxacina 1gt 4x/dia por 10 dias e expressão mecânica do canalículo. Como não houve melhora do quadro, realizou-se o tratamento cirúrgico (canaliculotomia).

Passos da Canaliculotomia

- Anestesia local;
- Dilatação do ponto lacrimal (Figura 3);
- Introdução da sonda de Bowman (Figura 4);
- Canaliculotomia na margem livre da pálpebra (incisão horizontal posterior do canalículo com 5 a 8 mm de extensão) (Figura 5);
- Retirada de dacriolitos (Figura 6);
- Irrigação com solução de penicilina G cristalina(1:160.000U/ml);
- Colírio de cloranfenicol 5 vezes ao dia por 15 dias.

DISCUSSÃO

A canaliculite é uma infecção rara do canalículo lacrimal cujo diagnóstico é baseado nas manifestações clínicas e exames laboratoriais⁽¹⁾.

O agente etiológico mais comum é o *Actinomyces israeli*, apesar da cultura ter sido negativa neste trabalho, o diagnóstico se baseou na bacterioscopia positiva para este agente etiológico e quadro clínico. É importante salientar que a cultura negativa não invalida o diagnóstico microbiológico quando a bacterioscopia é conclusiva, visto que o *Actinomyces israeli* é de difícil isolamento⁽²⁾. Em relação aos trabalhos nacionais, a cultura da secreção coletada, nos casos de canaliculite, foi negativa para *Actinomyces israeli* na maioria dos casos e o diagnóstico foi baseado na bacterioscopia positiva para este agente etiológico e também levando em consideração o quadro clínico⁽²⁻⁵⁾.

O tratamento da canaliculite pode ser conservador (massagens e antibioticoterapia tópica) ou cirúrgico (canaliculotomia)^(5,6).

Conforme a literatura⁽¹⁰⁾, o tratamento conservador apesar de ser um método não invasivo, consistindo da expressão mecânica do canalículo e uso de antibioticoterapia tópica, na grande maioria das vezes há recorrência do quadro clínico.

O tratamento cirúrgico compreende a curetagem do canalículo ou canaliculotomia.

A curetagem é realizada através do ponto lacrimal dilatado ou punctoplastia, sob anestesia local. Quando a passagem da cureta não é mais produtiva, usa-se colírio antibiótico.

A canaliculotomia é realizada sob anestesia local, sendo feita uma incisão horizontal do canalículo afetado, a partir do ponto lacrimal em direção ao canto medial, com extensão de 5 a 8 mm na margem livre da pálpebra. Logo após é realizada a curetagem das concreções e posterior irrigação com solução de penicilina G cristalina (1:160.000 U/ml)⁽⁶⁻¹¹⁾.

A técnica cirúrgica empregada (canaliculotomia) neste relato de caso, condiz com a técnica relatada pela

literatura, com seguimento de 1 ano⁽⁶⁻¹¹⁾.

Neste relato de caso, o tratamento cirúrgico (canaliculotomia) mostrou-se eficaz na cura da canaliculite, corroborando com os dados da literatura, concluindo que o tratamento cirúrgico através da canaliculotomia é o método mais eficaz na cura definitiva da canaliculite^(8,9,11,12).

A finalidade deste relato de caso é enfatizar a importância do diagnóstico da canaliculite e a maior eficácia do tratamento cirúrgico (canaliculotomia) em comparação ao conservador (massagem) na cura desta patologia.

REFERÊNCIAS

1. Sullivan TJ, Hakin KN, Sathanathan N, Rose GE, Moseley IF. Chronic canaliculitis. Aust N Z J Ophthalmol. 1993;21(4):273-4
2. Hass C, Pittasch K, Handrick W, Tauchnitz R. [Actinomycetes canaliculitis—case reports]. Immun Infect. 1995;23(6):222-3. German.
3. Vécsei VP, Huber-Spitzy V, Arock-Mettinger E, Steinkogler FJ. Canaliculitis: difficulties in diagnosis, differential diagnosis and comparison between conservative and surgical treatment. Ophthalmologica. 1994;208(6):314-7.
4. Pavilack MA, Frueh BR. Through curettage in the treatment of chronic canaliculitis. Arch Ophthalmol. 1992;110(2):200-2.
5. Jones DB, Robinson NM. Anaerobic ocular infections. Trans Sect Ophthalmol Am Acad Ophthalmol Otolaryngol. 1977;83(2):309-31.
6. Carvalho RMLS, Fernandes JBVD, Volpini M, Matayoshi S, Moura EM. Tratamento cirúrgico das canaliculites crônicas: relato de nossa experiência em 7 casos. Arq Bras Oftalmol. 2001;64(6):519-21.
7. Demant E, Hurwitz JJ. Canaliculitis: review of 12 cases. Can J Ophthalmol. 1980;15(2):73-5.
8. Struck HG, Höhne C, Tost M. [Diagnosis and therapy of chronic canaliculitis]. Ophthalmologie. 1992;89(3):223-6. German.
9. Benchimol ML, Couto Junior AS, Pereira CFA, Melo AC, Barbosa RS. Canaliculite - Relato de casos e conduta. Arq Bras Oftalmol. 2002;65(4):471-3.
10. Carneiro RC, Macedo EMS, Oliveira PPDG. Canaliculite: relato de caso e conduta. Arq Bras Oftalmol. 2008;71(1):107-9.
11. Hirst LW, Merz WB, Kaufmann CS. Actinomyces/Arachnia lacrimal canalitis. Cornea. 1982;1:259.
12. Herrera Soto M, Gómez Cabrera C, Agramonte Centelles I. Canaliculitis: diagnóstico clínico y resultados quirúrgicos. Rev Cuba Oftalmol. 2004;17(1):1-2.