

DACRIOCISTOCELE CONGÊNITA: RELATO DE CASO

CONGENITAL DACRYOCYSTOCELE: CASE REPORT

Emanuelle de Castro Almeida¹
Ricardo Lourenço Coelho²
Thaise de Abreu Brasileiro Sarmiento³
Kassandra Lins Braga⁴

RESUMO: Introdução: A dacriocistocele congênita é uma coleção do fluido amniótico ou muco no saco lacrimal causada pela imperfuração da válvula de Hasner. A apresentação clínica é perinatal, apresentando-se como uma tumoração azulada na região cantal medial ou abaixo dela, acompanhada de epífora. **Objetivo:** Relatar os aspectos clínicos, acompanhamento e tratamento de um caso referente à Dacriocistocele congênita. **Metodologia:** Consiste em uma pesquisa de campo de caráter exploratório, tipo relato de caso com uma abordagem qualitativa. A população-alvo foi uma única paciente (recém-nascido) com história de Dacriocistocele congênita, por meio de sua genitora, procedente e residente na cidade de Cajazeiras (PB). O local do estudo foi a residência da mãe da criança, localizada nessa cidade. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista contendo perguntas objetivas e subjetivas com ênfase nos objetivos desse estudo. A pesquisa obedeceu de maneira integral os princípios éticos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas e testes envolvendo seres humanos. **Resultados obtidos:** O estudo realizou a análise da efetividade da implementação da massagem de Crigler no tratamento dessa afecção em crianças.

Descritores: Oftalmologia; Mucocele; Obstrução de ductos lacrimais; Procedimentos cirúrgicos oftalmológicos; Pediatria.

¹ Acadêmica de Medicina da Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras - Paraíba (PB). Contato: manuzinha_castro@hotmail.com.

² Professor de ensino superior da Universidade Federal de Campina Grande - PB, professor da Faculdade Santa Maria e médico oftalmologista do Hospital Regional de Sousa - PB e do Hospital de Olhos de Cajazeiras com atuação nas áreas de saúde da família e coletiva e oftalmologia clínica e cirúrgica.

³ Médica pela FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (2011), com Residência em Pediatria pelo Hospital Universitário Osvaldo Cruz (HUOC). Docente no módulo Saúde da Criança e Coordenadora do Internato do curso de medicina na Faculdade Santa Maria de Cajazeiras-PB.

⁴ Médica pela FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO DE JUAZEIRO DO NORTE (2012). Professora da Faculdade Santa Maria de Cajazeiras - PB.

ABSTRACT: Introduction: Congenital dacryocystocele is a collection of amniotic fluid or mucus in the tear sac caused by imperforation of the Hasner valve. Its clinical presentation is perinatal, appearing as a bluish tumor in the medial or inferior corner region, accompanied by epiphora. **Objective:** To report the clinical aspects, follow-up and treatment of a case related to congenital Dacryocystocele. **Methodology:** It consists of an exploratory field research, case-report type, with qualitative approach. The target population was a single patient (newborn) with a history of congenital Dacryocystocele, from her mother, resident in the city of Cajazeiras (PB). The study site was the residence of the child's mother, located in that city. Data collection was performed through an interview script containing objective and subjective questions with an emphasis on the objectives of this study. The research fully complied with ethical principles, according to Resolution 466/12 of the National Health Council, which deals with researches and tests involving human beings. **Results:** The study evaluated the effectiveness of Crigler massage in the treatment of this condition in children.

Keywords: Ophthalmology; Mucocele; Lacrimal duct obstruction; Ophthalmic surgical procedures; Pediatrics.

INTRODUÇÃO

O saco lacrimal localiza-se na fossa lacrimal, sendo constituída pelo osso lacrimal e pelo processo ascendente da maxila. É um reservatório de lágrima responsável pela drenagem mecânica da lágrima. O trajeto da lágrima continua com o ducto lacrimonasal até o meato inferior da fossa nasal, formado por um canal membranoso e recoberto pelo canal ósseo de 3 a 4 mm de largura. O ducto lacrimonasal desemboca no meato inferior pela válvula de Hasner (MANIGLIA, 2011).

A obstrução do canal nasolacrimal provavelmente é melhor denominada de canalização tardia, pois, na maioria dos casos, resolve-se espontaneamente. A extremidade inferior do ducto nasolacrimal (no nível da válvula de Hasner) é o último segmento do sistema de drenagem das vias lacrimais a se canalizar, concluído geralmente logo após o nascimento (KANSKI, 2012).

Segundo Lorena e Silva (2011), muitas crianças apresentam esse problema na drenagem lacrimal no primeiro mês de vida, podendo ser uni ou bilateral, ocorrendo em ambos os sexos de maneira semelhante. A obstrução do canal nasolacrimal em crianças pode apresentar origem congênita, adquirida ou idiopática. É importante ressaltar que as más formações congênitas no sistema lacrimal são consideradas mais graves quando surgem mais precocemente, sendo que as alterações mais graves no sistema lacrimal de drenagem nessas crianças são a ausência ou a agenesia total das vias lacrimais de drenagem.

Segundo Seca *et al.* (2013), aproximadamente 70% dos recém-nascidos apresentam obstrução do canal nasolacrimal, porém apenas 6 a 20% apresentam sintomas, pois, a obstrução resolve-se espontaneamente antes que inicie a secreção lacrimal. A causa mais frequente consiste em uma imperfuração de uma membrana na região da válvula de Hasner.

A dacriocistocele congênita (amniontocele) é uma coleção do fluido amniótico ou muco no saco lacrimal ocasionada pela imperfuração da válvula de Hasner. A

apresentação clínica é perinatal, apresentando-se como uma tumoração azulada na região cantal medial ou inferior, acompanhada de epífora. (KANSKI, 2012).

A obstrução congênita do ducto nasolacrimal causa epífora (lacrimejamento constante), com ou sem secreção nos fundos-de-saco da conjuntiva. A secreção pode ocorrer quando realiza-se a expressão do local referente ao saco lacrimal, denotando uma dilatação dessa estrutura. Houve nesse relato de caso, a saída gradativa de coleção purulenta e de odor fétido na ocasião em que a genitora realizou a massagem de Crigler no seu bebê (LORENA; SILVA, 2011).

Segundo Lima *et al.* (2008), o diagnóstico da obstrução congênita do canal nasolacrimal ocorre por meio da clínica do paciente e através do exame clínico (Teste de Milder e TOFO), que consiste na instilação de um corante em forma de colírio (fluoresceína), para a visualização do escoamento da lágrima. A dacriocistografia é um exame complementar que evidencia o local da obstrução, porém é pouco usada, por necessitar de anestesia geral.

Segundo Seca *et al.* (2013), a resolução espontânea da obstrução do canal nasolacrimal ocorre em aproximadamente 80 - 90% das crianças até um ano de idade. Caso isso não ocorra, o tratamento de primeira linha consiste na massagem de Crigler e a administração de antibiótico tópico, o que reverte 90% dos casos. Se não houver resolução com o referido tratamento, a sondagem do canal lacrimal (SCL) é tratamento cirúrgico de primeira escolha. A massagem de Crigler proporciona um aumento da pressão hidrostática, levando dessa forma à ruptura da membrana que obstrui o canal nasolacrimal.

Diante do exposto, a referida pesquisa pretende relatar um estudo de caso com essa temática de obstrução do ducto nasolacrimal, mais especificamente uma patologia conhecida como dacriocistocele congênita, bem como o seu acompanhamento (realização de exames e consultas periódicas) e a resolução do caso. O estudo visa a avaliar a efetividade da implementação da massagem de Crigler no tratamento dessa afecção em crianças, bem como a possibilidade da cura do caso por meio de SCL ou Dacriocistorrinostomia (tratamento cirúrgico).

METODOLOGIA

A referida pesquisa consiste em uma pesquisa de campo de caráter exploratório, tipo relato de caso com uma abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado com uma paciente (recém-nascida), procedente e residente na cidade de Cajazeiras (PB), assistida pela sua genitora. O local da pesquisa foi a residência da mãe do bebê.

Na pesquisa em questão, por se tratar de um estudo de caso, a população alvo considerada consistiu em uma única pessoa com diagnóstico de Dacriocistocele congênita, em que o recém-nascido desenvolveu os sintomas nos primeiros dias de vida. A primeira consulta realizada com o profissional oftalmologista foi no quinto dia de vida da criança.

A coleta de dados da paciente foi realizada após anuência do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria apresentando número de parecer 69393317.6.0000.5180 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela participante da pesquisa (mãe da criança). Para a realização da coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista contendo perguntas objetivas, buscando traçar o perfil sócio-demográfico da participante, e questões subjetivas que visam à análise dos objetivos propostos no estudo.

A coleta dos dados foi realizada diretamente com a genitora da paciente com Dacriocistocele congênita, na sua respectiva residência, em momento acordado pela participante do estudo a partir da disponibilidade da mesma.

Esta pesquisa obedeceu às diretrizes e às normas éticas determinadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos em vigor no país, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, bem como ao seu anonimato e ao sigilo de dados confidenciais.

A participante (mãe da criança) do estudo foi informada sobre os seguintes aspectos: objetivo do estudo, justificativa, procedimento, contribuição, garantia do anonimato, fidedignidade na análise dos dados e o direito à liberdade de participar

ou não da pesquisa, além da garantia de poder desistir de participar do estudo, a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza.

RELATO DE CASO

A criança foi acompanhada em um centro médico especializado em Oftalmologia, localizado na cidade de Cajazeiras - Paraíba, no quinto dia de vida. Recém-nascida, sexo feminino, branca, nascida de parto cesáreo, a termo, apresentou peso adequado para idade gestacional e parto sem intercorrências segundo informações da mãe do bebê. A genitora relatou início dos sintomas na criança no segundo dia de vida. Os sintomas relatados pela mãe do bebê foram dificuldade respiratória, presença de tumefação de coloração arroxeadada e de consistência endurecida no canto médio-inferior no olho direito e lacrimejamento constante em ambos os olhos. A mãe relata que, na própria maternidade, o médico obstetra prescreveu um colírio antibiótico, porém não soube informar o nome da medicação. Segundo ela, o referido colírio não proporcionou melhora do quadro do recém-nascido, havendo uma piora significativa depois de três dias de uso do referido colírio. A primeira consulta com o oftalmologista foi no quinto dia de vida da criança. Na ocasião, o médico suspendeu o uso do colírio, realizou a massagem de Crigler em ambos os olhos para demonstrar para a mãe como deveria ser feita corretamente, orientou a realização de compressas mornas e a frequência correta para a realização da massagem de Crigler. A genitora relatou que fazia a massagem três vezes ao dia, com drenagem gradativa de secreção purulenta e de odor fétido, havendo melhora progressiva com o passar dos dias. Mediante esse tratamento conservador, houve resolução total do caso após um mês e quinze dias.

DISCUSSÃO

A dacriocistocele é uma rara anomalia congênita localizada na região medial da órbita, tendo como etiologia a obstrução distal (ao nível da válvula de Hasner) e proximal (a nível da válvula de Rosenmuller) do sistema lacrimal, havendo, dessa forma, dilatação do saco lacrimal. Essa patologia também é conhecida como dacriocelo neonatal com cisto endonasal, mucocele do saco nasolacrimal, amniotocele, amniocele ou dacriocelo, sendo uma obstrução rara do canal nasolacrimal, com ocorrência de 0,1% na população (GONÇALVES; VAZ; REIS, 2014).

A dacriocistocele congênita unilateral representa aproximadamente 73% dos casos e a bilateral, aproximadamente 27% dos casos. Em 25% dos casos, ocorre inicialmente unilateral e torna-se contralateral. Nessa pesquisa, o recém-nascido apresentou a obstrução do canal nasolacrimal somente no olho direito, apesar de haver epífora em ambos os olhos. Houve resolução do caso com o tratamento conservador (massagem de Crigler) e não ocorreram recidivas ou acometimento contralateral posteriormente (GONZALEZ, 2012).

A apresentação clínica desta patologia é, numa fase inicial, pouco indicativa do diagnóstico final, podendo incluir: dificuldade na amamentação, dificuldade respiratória com estridor e infecção (dacriocistite). No presente estudo, a mãe relatou inicialmente desconforto respiratório no recém-nascido, bem como dificuldades quanto à amamentação e ocorrência de saída de secreção purulenta e fétida após a expressão da região cantal médio-inferior do olho direito da criança e lacrimejamento constante em ambos os olhos (LORENA; GONÇALVES; SILVA, 2014).

O diagnóstico da dacriocistocele congênita é clínico. Observa-se uma lesão cística tensa, abaixo do tendão cantal medial, que apresenta uma coloração azul-acinzentada, rosa ou vermelha acompanhada de epífora (lacrimejamento constante), desde o nascimento. A criança participante dessa pesquisa apresentou esses sintomas logo após o nascimento, sendo o diagnóstico realizado na maternidade, e iniciada a conduta terapêutica. Apesar desse diagnóstico ser essencialmente clínico,

pode-se utilizar exames de imagem para auxiliar nesse diagnóstico como tomografia computadorizada, ressonância magnética e ultrassonografia. No caso relatado, o diagnóstico foi meramente clínico, não necessitando de exames complementares (LORENA; GONÇALVES; SILVA, 2011).

As complicações da dacriocistocele congênita incluem: epífora, dacriocistite, conjuntivite, celulite e desconforto respiratório. Como o tratamento utilizado na maternidade não foi o adequado, a criança poderia ter apresentado complicações mais severas como as citadas acima. De fato, a mãe do recém-nascido relatou uma piora significativa do quadro clínico do bebê, havendo aumento da tumefação e da saída de secreção purulenta e fétida do saco lacrimal, compatível com um quadro de dacriocistite (LORENA; GONÇALVES; SILVA, 2014).

Segundo Maniglia (2011), o diagnóstico diferencial da dacriocistocele inclui meningoencefalocele, encefalocele, hemangioma capilar, glioma nasal e cisto dermóide.

O tratamento da dacriocistocele ainda é bastante controverso; não há um protocolo de atuação baseado em estudos controlados e randomizados que façam uma comparação entre os diferentes tratamentos para essa afecção (LORENA; GONÇALVES; SILVA, 2011).

O tratamento conservador inclui a massagem de Crigler no canal lacrimal com a saída de conteúdo, compressas mornas e a implementação de antibiótico tópico, que pode promover a resolução em cerca de 76% dos casos. Nesse estudo, o tratamento inicialmente implementado foi o tratamento conservador, onde foi orientada a realização da massagem de Crigler, três vezes ao dia e o uso de compressas mornas. A mãe da criança relata que houve resolução do caso em aproximadamente um mês e quinze dias (GONÇALVES; VAZ; REIS, 2014).

Nas crianças onde não há uma resolução da obstrução com a massagem de Crigler, com a implementação das compressas mornas e/ou com a antibioticoterapia, a sondagem do canal nasolacrimal é o tratamento de primeira escolha. Como dito anteriormente, o presente caso teve resolução com o tratamento conservador, sendo implementada a massagem de Crigler, porém sem uso de colírios antibióticos, não sendo necessário custos adicionais referentes a tratamentos mais invasivos, como a

sondagem das vias lacrimais, sendo, assim, o custo desse tratamento praticamente nulo (GONÇALVES; VAZ; REIS, 2014).

O tratamento cirúrgico consiste na exploração do canal nasolacrimal, identificação do cisto endonasal e a remoção da mucosa excedente. Quando a sondagem e a entubação não apresentam resultados satisfatórios, ou quando há dacriocistite aguda, a dacriocistorrinostomia (DCR) pode ser realizada pelas vias externa ou endonasal. No relato de caso, não foram necessários tratamentos cirúrgicos mais invasivos como a dacriocistorrinostomia, já que o tratamento conservador promoveu a resolução total do referido caso (KANSKI, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dacriocistocele congênita é uma patologia rara que necessita ser diagnosticada precocemente para que o seu tratamento seja implementado de forma rápida e efetiva. Dessa forma, as consequências mais severas dessa afecção, como dacriocistites de repetição, conjuntivites e celulites, podem ser evitadas no recém-nascido.

Diante do contexto da dacriocistocele congênita, é essencial uma adequada semiologia que, associada ou não, conforme a necessidade do caso, a uma variedade de métodos de imagem possa realizar o estudo das vias lacrimais, possibilita o diagnóstico e o tratamento precocemente, reduzindo a ansiedade dos familiares quanto a esse problema que acomete essas crianças. É importante salientar que os pediatras saibam reconhecer essa patologia para realizarem uma conduta correta quanto a esses casos ou promover o encaminhamento para um oftalmologista o mais rapidamente possível.

No tocante ao diagnóstico da dacriocistocele congênita, na maioria dos casos, é essencialmente clínico, onde a criança apresenta os sintomas logo após o nascimento e a família geralmente procura ajuda especializada em clínicas oftalmológicas ou unidades básicas de saúde nos primeiros dias de vida da criança.

O tratamento dessa patologia ainda é bastante controverso, porém a implementação do tratamento conservador, que consiste na massagem de Crigler ainda é a primeira escolha dentro da área de Oftalmologia pediátrica. Esse tratamento é bastante resolutivo na maioria dos casos de dacriocistocele congênita, como ocorreu no referido relato de caso.

Em relação à contribuição da medicina a esses pacientes portadores de dacriocistocele congênita, é essencial que a criança com essa patologia seja assistida e consultada o mais rapidamente possível, para que o profissional oftalmologista possa fornecer um diagnóstico precoce, através do quadro clínico da criança e dos exames complementares, caso sejam necessários. Dessa forma, o oftalmologista deve fornecer à família do paciente as devidas orientações acerca dessa patologia, bem como o diagnóstico precoce e o tratamento adequado diante dessa afecção, objetivando a resolução dessa patologia congênita e consequente melhoria da qualidade de vida dessas crianças e de seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GONÇALVES, C., VAZ, A., REIS, M.E. **Dificuldade respiratória neonatal: um caso para a Oftalmologia?** Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto. Departamento de Ensino, Formação e Investigação. v.23, n.3, 2014.

GONZALEZ, F. M. **Dacriocistorrinostomia Endoscópica em Crianças.** IX Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da Iapo. Disponível em: http://www.iapo.org.br/manuals/br_dacriocistorrinostomia-endoscopica-em-criancas.pdf. Acesso em: 20 de abril de 2016.

KANSKI, J. J. **Oftalmologia Clínica: uma abordagem sistemática.** 6ª edição. Editora Elsevier, Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, A. L. H., MOELLER, C. T. A, FREITAS, D., MARTINS, E. N. **Manual de Condutas em Oftalmologia** - UNIFESP - Instituto da Visão. Editora Atheneu, São Paulo, 2008.

LORENA, S. H. T., GONÇALVES, E. D., SILVA, J. A. F. **Dacriocistocele congênita: relato de caso de conduta.** Rev Bras Oftalmol; 73 (4): 243-5. São Paulo, 2014.

LORENA, S. H. T., SILVA, J. A. S. **Estudo retrospectivo da obstrução congênita do ducto lácrimonasal.** Rev Bras Oftalmol. v; 70 (2): 104-8, São Paulo, 2011.

MANIGLIA, F. F. **Avaliação de pacientes submetidos à dacriocistorrinostomia usando o protocolo SINPE®.** Curitiba, 2011.

NETO, E. C. B., BRANCO, B. C., CARVALHO, R. G., MOTA, E., BRANCO, A. C. **Tratamento das obstruções congênitas do ducto nasolacrimal.** Arq Bras Oftalmol. v;72(1):75-8,

Salvador, 2009.

SHELLINI, S. A., NARIKAWA, S., RIBEIRO, S. C. F., NAKAGIMA, V., PADOVANI, C. R. **Obstrução nasolacrimal congênita: fatores relacionados com a melhora após sondagem terapêutica.** Arq Bras Oftalmol. v;68(5):627-30, Botucatu, São Paulo, 2005.

SECA, M., MIRANDA, V., PARREIRA, R., MENÉRES, P. **Sondagem nasolacrimal em crianças: resultados com mais de 14 anos de follow-up.** Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia - Vol. 37: pp.245-250, Porto, 2013.