

Dacriocistorrinostomia endoscópica – Factores preditivos de recidiva

Endoscopic dacryocystorhinostomy – Recurrence predictive factors

Sonia Pereira • Sara Baptista • Ana Casas Novas • Rudolfo Montemor • José Araújo Martins • Ezequiel Barros

RESUMO

A dacriocistorrinostomia (DCR) por via endoscópica tem ganho adeptos no tratamento da obstrução das vias lacrimais, condicionada pela elevada taxa de sucesso, pós-operatório rápido e ausência de cicatriz facial.

No intuito de analisar a taxa de sucesso das DCR endoscópicas efectuadas no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de São José e avaliar eventuais factores preditivos de recidiva, procedeu-se a um estudo retrospectivo dos doentes submetidos a esta cirurgia nos últimos quatro anos.

Obteve-se uma taxa de sucesso global semelhante à da literatura (86,5%). Nos doentes com patologia rinossinusal coexistente, a taxa de sucesso foi inferior (73,9%), mas quando submetidos a procedimentos concomitantes para correcção da patologia nasal, esta subiu para 90,9%.

Atendendo à elevada prevalência de patologia rinossinusal e à importância da realização simultânea de procedimentos cirúrgicos correctivos para diminuir o insucesso na DCR, advoga-se a atenção cuidada do Otorrinolaringologista na avaliação desta patologia, com vista à sua resolução atempada. Palavras-chave: dacriocistorrinostomia, endoscópica, taxa de sucesso, factores preditivos de recidiva, patologia rinossinusal, procedimentos concomitantes.

Sonia Pereira

Interno do Internato Complementar de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José

Sara Baptista

Assistente Hospitalar do Serviço de ORL do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José

Ana Casas Novas

Interno do Internato Complementar de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José

Rudolfo Montemor

Interno do Internato Complementar de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José

José Araújo Martins

Interno do Internato Complementar de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José

Ezequiel Barros

Chefe de Serviço do Serviço de ORL do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José

Correspondência:

Rua da Eira, n.º 6 R/C Esq Algés de Cima
1495-231 Algés
Tlm: 962604932
sonia.lopes.pereira@gmail.com

57º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de ORL e Cirurgia Cérvico-Facial

ABSTRACT

Endoscopic dacryocystorhinostomy (DCR) is increasing its popularity as the preferred treatment for lachrymal duct blockage, due to its high success rate, fast healing and avoidance of facial scar.

Aiming to analyse endoscopic DCR success rate in Hospital de São José's Otolaryngology Department and to establish eventual predictive factors for failure, we present a retrospective study of the last four years.

Our global success rate (86,5%) was similar to literature but inferior (73,9%) in patients with co-existent nasosinusal pathology. However, a higher success rate was accomplished by those patients (90,9%), when submitted to concomitant nasal procedures to correct their nasosinusal problems.

Regarding nasosinusal pathology prevalence and its importance to endoscopic DCR success rate, we defend that otolaryngologists should keep this pathology in mind, aiming to a prompt surgical correction.

Keywords: dacryocystorhinostomy, endoscopic, success rate, predictive factors for failure, nasosinusal pathology, concomitant procedures.

INTRODUÇÃO

A dacriocistorrinostomia (DCR) é um procedimento cirúrgico destinado a restabelecer a comunicação entre as vias lacrimais e as fossas nasais, nas situações de obstrução mecânica distal, nomeadamente saco lacrimal ou canal lacrimo-nasal. Descrita pela primeira vez em Itália por Toti (1904)¹, aperfeiçoada por Dupuy-Dutemps e Bourget em França (1921)¹ e Ohm na Alemanha (1921)¹, a DCR por via externa viria a impor-se como cirurgia de referência para a patologia das vias lacrimais, com taxas de sucesso rondando os 90-95%. Nos últimos 20 anos, no entanto, a via endoscópica tem vindo a ganhar um crescente número de adeptos, pelas vantagens que apresenta em termos de recuperação do doente e pela preservação da pele e estruturas do canto interno do olho (em particular, o sistema de bomba lacrimal). Descrita por West em 1911 mas logo abandonada por difícil visualização e acesso ao saco lacrimal, esta técnica desenvolveu-se rapidamente nos anos oitenta, com os avanços tecnológicos a permitir um

maior controlo visual da área lacrimo-nasal, assim como o tratamento de uma eventual patologia concomitante das fossas nasais, tornando-a a técnica de eleição na revisão de dacriocistorrinostomias por via externa¹⁻³. As taxas de sucesso aproximam-se da via externa¹⁻³, embora com necessidade frequente de procedimentos cirúrgicos simultâneos³ (nomeadamente, correcção de desvios do septo ou patologia dos cornetos), para um melhor acesso à via lacrimal e a prevenção de sinéquias entre as paredes externa e interna das fossas nasais.

A recidiva da patologia das vias lacrimais após DCR endoscópica persiste em 10 a 15% dos casos¹, encontrando-se habitualmente associada a 1) defeitos de cicatrização da mucosa – sinéquias, aderências ou granulações, condicionadas por exposição óssea desprovida de revestimento mucoso; 2) osteotomias pequenas ou limitadas à porção inferior do saco lacrimal; 3) ausência de abertura da agger-nasi, que permanece em contacto com a parede óssea da loca lacrimal em 85% dos casos, sendo causa frequente de restrição à drenagem lacrimal na fossa nasal.

Na perspectiva de rever procedimentos e boas práticas cirúrgicas, assim como identificar a existência de possíveis factores preditivos de recidiva, procedeu-se a um estudo retrospectivo de revisão do resultado cirúrgico dos doentes submetidos a DCR endoscópica no Serviço de Otorrinolaringologia (ORL) do Hospital de São José nos últimos quatro anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Efectuou-se um estudo retrospectivo observacional analítico dos doentes sujeitos a DCR endoscópica de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2009, através da consulta de processos, com avaliação das variáveis demográficas, antecedentes pessoais, apresentação clínica, exames complementares efectuados e evolução após a cirurgia. Foram definidos e caracterizados dois subgrupos, com base no sucesso cirúrgico destes doentes – os que recidivaram (“Recidiva” – R) e os que o não fizeram (“Não Recidiva” – NR).

RESULTADOS

Observaram-se 74 doentes, dos quais 22 do sexo masculino (29,7%) e 52 do sexo feminino (70,3%), com idade média de 63,3 anos (desvio padrão 14,3). Dez doentes recidivaram, o que perfaz uma taxa de sucesso cirúrgico global de 86,5%.

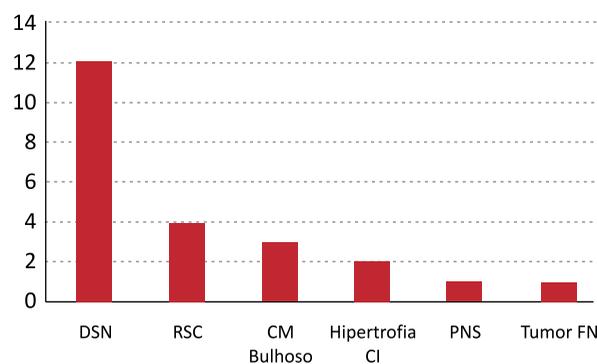
A distribuição por idade e sexo era semelhante entre os dois subgrupos (ver tabela 1). Relativamente a antecedentes pessoais, 23 doentes (31,1%) apresentavam patologia rinossinusal, sendo o desvio do septo e a rinossinusite crónica os problemas mais

TABELA 1
Caracterização demográfica dos doentes

	Sexo (%)		Idade		
	M	F	Média	Desvio Padrão	Mediana
Recidiva (n=10)	40,0	60,0	57,9	18,3	61,0
Não Recidiva (n=64)	28,1	71,9	63,0	13,6	64,0
Total (n=74)	29,7	70,3	62,3	14,3	64,0

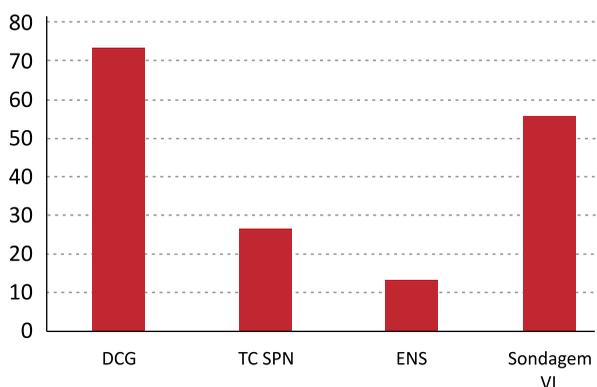
frequentes (figura 1). Destes, 6 doentes pertenciam ao subgrupo R e 17 ao subgrupo NR (60% e 26,6%, respectivamente).

FIGURA 1
Distribuição da patologia rinossinusal (Frequência Absoluta – FA)



A maioria dos doentes (48,6%) apresentava dacriocistites de repetição como motivo de consulta em ORL, sem diferenças significativas entre os dois subgrupos. Da mesma forma, não se verificaram diferenças entre os subgrupos quanto à lateralidade, com uma ligeira preponderância global à direita (45,9% versus 36,5% à esquerda e 17,6% bilateralmente). Efectuaram-se 122 exames complementares de diagnóstico para estudo destes doentes (uma média aproximada de 1,6 exames por doente), sendo a dacriocistografia (DCG) o exame mais requisitado (figura 2).

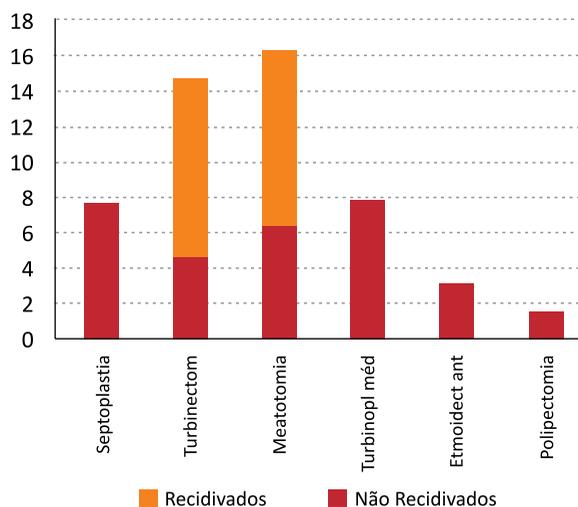
FIGURA 2
Distribuição dos exames efectuados (Frequência Relativa – FR)



A DCR endoscópica foi efectuada unilateralmente em 85,1% dos doentes e bilateralmente nos restantes, tendo havido apenas uma complicação: um caso de hematoma palpebral inferior temporário, sem alterações da visão. O tempo médio de internamento foi de 3,7 dias.

Efectuaram-se procedimentos cirúrgicos concomitantes em 11 (14,9%) doentes – 90,9% dos casos no grupo NR. Foi obtida uma taxa de correcção da patologia rinossinusal em 47,8% dos doentes que apresentavam esse antecedente pessoal previamente – 58,8% no subgrupo dos NR e 16,6% no dos R, respectivamente. No total foram efectuados 22 procedimentos (uma média de 2 procedimentos por doente), sendo mais frequentes a correcção do desvio do septo nasal e da concha bolhosa no subgrupo NR, e a correcção da hipertrofia dos cornetos inferiores e da sinusite maxilar no subgrupo R (figura 3).

FIGURA 3
Procedimentos concomitantes efectuados nos dois subgrupos (FR).



Olhando mais atentamente para o subgrupo R, a consulta dos processos permitiu constatar que, da primeira para a segunda intervenção, o nível de obstrução na DCG era mais proximal. De facto, verificou-se que, nos seis doentes deste subgrupo em que foi possível consultar as DCG efectuadas, 100% dos doentes apresentava obstrução distal (canal lacrimo-nasal) ou médio-distal (porção inferior do saco lacrimal) no primeiro exame, enquanto no exame subsequente o nível de obstrução era mais proximal (figuras 4 e 5).

Foram efectuadas 13 revisões de DCR nos 10 doentes do subgrupo (3 delas num doente com sintomatologia bilateral e que recidivou duas vezes). Efectuaram-se concomitantemente outros procedimentos cirúrgicos para correcção de patologia nasosinusal em 3 doentes –

FIGURA 4
Níveis de obstrução documentados nas dacriocistografias dos doentes do subgrupo "Recidiva". A – obstrução ao nível da transição do saco lacrimal para o canal lacrimo-nasal; B – obstrução ao nível da porção superior do saco lacrimal.

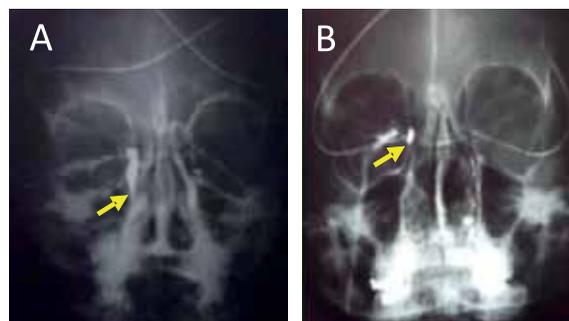
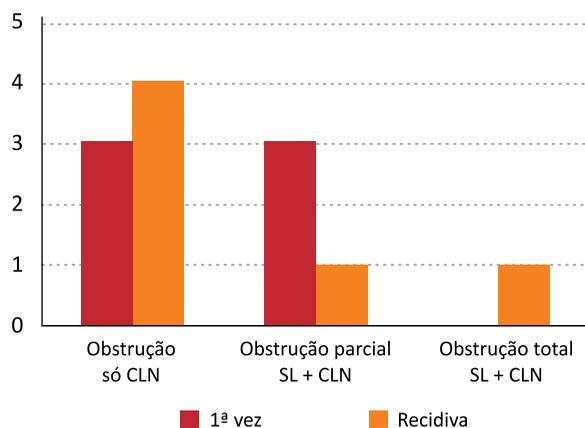


FIGURA 5
Níveis de obstrução documentados nas dacriocistografias dos doentes do subgrupo "Recidiva" (FA).
CLN – canal lacrimo-nasal; SL – saco lacrimal



nomeadamente uma septoplastia e duas turbinoplastias médias –, conseguindo uma taxa de correcção final de antecedentes nasosinuais de 50% no subgrupo "Recidiva".

O tempo médio de internamento para a cirurgia de revisão foi de 3,1 dias, não se registando complicações. A taxa de recidiva foi de 20%, o que perfaz uma taxa de sucesso global na cirurgia de revisão de 80%.

DISCUSSÃO

A distribuição por idade e sexo dos nossos doentes foi semelhante à da literatura³, assim como a taxa de sucesso obtida através da DCR endoscópica (86,5%), comparável à da via externa. Foram efectuados procedimentos concomitantes em 14,9% dos doentes (principalmente septoplastia e turbinoplastia média), aumentando a taxa de sucesso da cirurgia endoscópica para 90,9%, contrariamente ao defendido na literatura¹, na qual outros procedimentos poderiam aumentar a recidiva por risco de sinéquias e aderências. Nos

doentes com antecedentes de patologia rinossinusal não corrigida, a taxa de sucesso da DCR baixou para 73,9%. O tempo médio de internamento foi semelhante ao da literatura¹⁻³, mas as complicações foram menos graves e em menor número.

No subgrupo “Recidiva”, constatou-se que 60% dos doentes apresentavam patologia nasossinusal concomitante, tendo sido efectuada a correcção cirúrgica da mesma na primeira DCR apenas num doente (16,6%). Não se verificou aparente relação da recidiva com idade, quadro clínico inicial (epífora ou dacriocistite) ou lateralidade, nem com o nível de obstrução documentado na dacriocistografia.

A taxa de sucesso cirúrgico foi inferior na revisão (embora superior à cirurgia de revisão da DCR externa, segundo a literatura¹⁻³). Tal pode relacionar-se com um nível de obstrução tendencialmente mais alto, como se confirmou nas dacriocistografias subsequentes, ou com alterações da cicatrização da mucosa, sujeita a agressão repetida. Houve necessidade de efectuar procedimentos concomitantes em 50% destes doentes, sendo novamente a correcção do desvio do septo nasal e da hipertrofia do corneto médio as patologias mais frequentemente corrigidas (perfazendo um total de 56% dos procedimentos cirúrgicos concomitantes). O tempo de internamento e as complicações não aumentaram.

CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho, ficou patente a reduzida amostra do subgrupo “Recidiva” (semelhante à da literatura), o que condiciona a significância das conclusões apuradas. Não foi determinada significância dos factores idade, sexo, quadro clínico inicial, lateralidade e nível de obstrução inicial na dacriocistografia para a ocorrência de recidiva. Constatou-se que o factor de risco aparentemente mais significativo era a existência de patologia rinossinusal concomitante (especial relevância do desvio do septo nasal e hipertrofia do corneto médio), desde que não corrigida simultaneamente. Os procedimentos para a correcção cirúrgica deste antecedente, quando efectuados durante a DCR endoscópica, aumentaram a taxa de sucesso da mesma.

Assim, e atendendo à elevada prevalência de patologia rinossinusal concomitante e à importância, nestes doentes, da realização simultânea de procedimentos cirúrgicos nasais de correcção para diminuir os casos de insucesso na dacriocistorrinostomia, advoga-se a atenção cuidada do especialista de ORL no despiste e caracterização deste tipo de patologia, com vista a terapêutica cirúrgica atempada. Mais estudos e com maior amostra de doentes são necessários para definir seguramente factores preditivos de recidiva.

Referências bibliográficas:

1. Klap P, Bernard JA, Cohen M, Ameline V et al. Dacryocystorhinostomie endoscopique. In: *Encycl Méd Chir, Techniques chirurgicales – Tête et cou*, Paris, Elsevier. 2003; 46-185:pp1-14.
2. Fernandes SV. Dacryocystorhinostomy. 2008; www.emedecine.com. Acedido em Abril 1, 2010.
3. Nussbaumer M, Schreiber S, Yung M. Concomitant nasal procedures in endoscopic dacryocystorhinostomy. *Journal of Laryngology and Otology*. 2004 Apr; 118:267-269.