

# Propedêutica Diagnóstica Moderna das Vias Lacrimais e Manejo da Epífora

Tutorial avançado para oftalmologistas

## 1. Introdução e conceitos básicos

Epífora é o lacrimejamento excessivo com transbordamento de lágrima sobre a borda palpebral, de forma persistente ou recorrente. Do ponto de vista fisiopatológico, resulta de dois mecanismos principais: (a) aumento de produção lacrimal (hipersecreção) e (b) diminuição da drenagem pelas vias lacrimais excretoras (obstrução anatômica ou disfunção funcional). O objetivo da propedêutica moderna é diferenciar com precisão esses mecanismos, localizar o nível da falha (superfície ocular, pálpebra, pontos, canalículos, saco ou ducto nasolacrimal, cavidade nasal) e selecionar a terapêutica mais adequada, minimamente invasiva e com melhor prognóstico de longo prazo.

## 2. Causas de epífora

### 2.1. Classificação geral

De forma prática, podemos classificar a epífora em quatro grupos principais:

- Epífora reflexa: secundária a estímulos irritativos da superfície ocular (ceratoconjuntivites, olho seco evaporativo, corpo estranho, blefarite, alergia).
- Epífora obstrutiva: devida a estreitamento ou obstrução verdadeira em qualquer segmento da via lacrimal excretora (ponto, canalículo, saco, ducto nasolacrimal ou cavidade nasal na região do óstio).
- Epífora funcional: vias anatomicamente pervias aos testes de irrigação, porém com esvaziamento lento ou incompleto em condições fisiológicas (alteração da bomba lacrimal, complacência anômala, estenoses leves ou alterações nasais).
- Hipersecreção primária: produção lacrimal aumentada sem causa ocular identificável (situação rara, diagnóstico de exclusão).

### 2.2. Causas congênitas

A obstrução congênita do ducto nasolacrimal é a causa mais frequente de epífora no primeiro ano de vida, frequentemente por falha de ruptura da membrana de Hasner. Manifesta-se com lacrimejamento constante, secreção mucosa e, às vezes, dacriocistocele. Outras causas raras incluem atresia puntal, agenesia ou atresia canalicular e malformações craniofaciais associadas.

### 2.3. Causas adquiridas obstrutivas

Nas formas adquiridas, a principal causa em adultos é a obstrução nasolacrimal primária idiopática, frequente em mulheres de meia-idade e idosos. Outras causas incluem: estenose puntal senil, canaliculite (actinomicótica), traumas palpebrais, cicatrizes por doenças inflamatórias (pênfigo, síndrome de Stevens-Johnson), sequela de cirurgias nasais, rinossinusites crônicas, pólipos, desvio de septo e tumores do saco lacrimal ou cavidade nasal.

### 2.4. Causas não obstrutivas

Aqui se incluem alterações da posição palpebral (ectropion, entropion, pálpebra flácida), insuficiência do músculo orbicular (paralisia facial, senilidade), olho seco com epífora reflexa, conjuntivites alérgicas e condições neurológicas raras, como lacrimejamento gustatório. Nesses casos, a via lacrimal está estruturalmente pervia, mas a dinâmica de drenagem está comprometida ou há estímulo de produção exagerada.

### 3. Avaliação clínica inicial

A anamnese dirigida fornece pistas decisivas: • Idade e tempo de evolução. • Lado acometido (uni ou bilateral). • Padrão temporal (intermitente, contínuo, sazonal). • Fatores de piora (vento, frio, ambientes climatizados, leitura prolongada). • Presença de secreção, dor no canto medial, episódios de dacriocistite aguda. • Antecedentes de trauma facial, cirurgia nasal, doenças inflamatórias sistêmicas e uso de colírios crônicos.

No exame físico, devem ser avaliados sistematicamente: • Superfície ocular: sinais de olho seco, ceratite, blefarite, meibomite. • Pálpebras: ectropion, entropion, triquíase, laxidade palpebral (teste do snap-back). • Pontos lacrimais: posição em relação ao menisco lacrimal, calibre, eventuais estenoses ou inversões. • Saco lacrimal: palpação e compressão suave para pesquisar refluxo de secreção pelo ponto (teste de regurgitação). • Menisco lacrimal: menisco elevado sugere drenagem deficiente; menisco muito baixo sugere olho seco.

### 4. Testes funcionais das vias lacrimais

4.1. Testes secretores (Schirmer I e II) Os testes de Schirmer quantificam a produção lacrimal e ajudam a identificar componente de olho seco. Resultados muito baixos em paciente cuja queixa é “lacrimejamento” indicam epífora reflexa secundária a secura ocular, e não obstrução da via excretora.

4.2. Teste de desaparecimento do corante (Dye Disappearance Test) Instila-se fluoresceína em ambos os olhos e avalia-se após cerca de 5 minutos. No olho normal, o corante praticamente desaparece da superfície ocular. Persistência de intensa coloração no olho sintomático sugere drenagem insuficiente, sendo um teste simples para triagem de obstrução.

4.3. Testes de Jones I e II Os testes de Jones avaliam se, em condições fisiológicas, o corante atinge a cavidade nasal. Embora com uso menos frequente na prática atual, ainda podem auxiliar na distinção entre obstrução parcial distal e falhas proximais ou funcionais.

4.4. Irrigação e sondagem A irrigação das vias lacrimais com soro fisiológico, após dilatação do ponto, é o exame funcional mais importante. Permite classificar a via como: • Patente: passagem fácil de soro para nasofaringe, sem refluxo significativo. • Estenótica: passagem com resistência parcial e algum refluxo. • Obstruída: refluxo imediato pelo ponto, sem passagem nasal. A direção do refluxo (mesmo ponto, ponto oposto) e a sensação de “hard stop” ou “soft stop” na sondagem ajudam a definir o nível anatômico da obstrução (canicular alta, comum, saco ou ducto nasolacrimal).

4.5. Dacrioendoscopia A dacrioendoscopia utiliza endoscópios muito finos introduzidos pela via lacrimal, permitindo visualização direta intraluminal. Ajuda a localizar membranas, estenoses segmentares, dacríolios e alterações mucosas, além de permitir intervenções terapêuticas minimamente invasivas em centros especializados.

### 5. Exames de imagem modernos

5.1. Dacriocistografia (DCG) A DCG com contraste hidrossolúvel delineia a anatomia da via lacrimal, mostrando o ponto exato da obstrução, dilatações proximais e eventuais irregularidades do saco lacrimal. É um exame anatômico, útil sobretudo na programação cirúrgica.

5.2. Dacriocistografia tomográfica (TC-DCG) A TC com injeção de contraste pelas vias lacrimais combina a informação anatômica detalhada do osso e dos seios paranasais com a opacificação do trajeto lacrimal. É especialmente indicada quando há suspeita de trauma ósseo, anomalias nasais complexas ou tumores.

5.3. Ressonância magnética da via lacrimal (RM-DCG) A RM, com gadolínio instilado na superfície ocular ou injetado na via, permite avaliar de forma não invasiva a dinâmica da drenagem, além de caracterizar tecidos moles (como tumores de saco lacrimal). É útil em casos de suspeita oncológica ou quando se deseja evitar radiação.

5.4. Cintilografia lacrimal A cintilografia lacrimal é um exame funcional que utiliza pertecnetato de tecnécio instilado como “lágrima radioativa”. Acompanhando-se a progressão do traçador com câmera gama, é possível detectar obstruções funcionais e

retardos de esvaziamento que podem não ser vistos na DCG. É particularmente útil em epífora funcional e em casos em que a propedêutica anatômica é inconclusiva.

5.5. Endoscopia nasal A nasofibrosopia avalia diretamente o meato inferior e médio, identificando desvio de septo, hipertrofia de cornetos, pólipos e alterações mucosas adjacentes ao óstio nasolacrimal. É fundamental no planejamento de cirurgias endonasais (DCR endoscópica) e na avaliação de falhas cirúrgicas.

## 6. Fluxogramas diagnósticos – raciocínio prático

Fluxograma 1 – Abordagem inicial da epífora 1. Confirmar queixa de epífora verdadeira (lacrimejamento sobre a face) e excluir secreção purulenta predominante (conjuntivite). 2. Avaliar superfície ocular, pálpebras e pontos lacrimais. • Se houver ectropion, entropion, blefarite severa ou olho seco importante, tratar essas condições e reavaliar. 3. Se a epífora persistir, realizar teste de desaparecimento da fluoresceína. • Se normal → investigar causas de hipersecreção (olho seco reflexo, alergia, irritantes ambientais). • Se alterado → seguir para irrigação das vias lacrimais. 4. Irrigação: • Patente → suspeitar epífora funcional ou causas nasais; considerar cintilografia lacrimal e endoscopia nasal. • Estenótica ou obstruída → complementar com imagem (DCG, TC-DCG ou RM-DCG) para localização precisa e planejamento terapêutico.

Fluxograma 2 – Decisão terapêutica após confirmação de obstrução 1. Criança com obstrução congênita: • Até 12 meses: massagem de Crigler + higiene; sondagem se falha após período de observação. • Recidiva após sondagem: considerar nova sondagem com intubação ou balão. • Persistência excepcional: DCR (externa ou endoscópica) em centro especializado. 2. Adulto com obstrução baixa (saco/ducto nasolacrimal): • Obstrução parcial leve: balonoplastia e/ou intubação podem ser consideradas. • Obstrução completa ou recidiva após métodos minimamente invasivos: DCR externa ou DCR endoscópica, conforme experiência do serviço e preferência estética. 3. Obstrução canalicular extensa ou ausência de pontos: • Considerar conjuntivodacriocistorrinostomia com tubo de Jones, após discussão detalhada com o paciente.

## 7. Opções terapêuticas – não cirúrgicas e cirúrgicas

7.1. Tratamentos não cirúrgicos • Controle de superfície ocular: lágrimas artificiais, tratamento de blefarite e meibomite, controle de alergias oculares. • Massagem de Crigler e antibioticoterapia tópica em obstrução congênita não complicada. • Dilatação puntal, sondagem e intubação com tubo de silicone em estenoses puntuais e caniculares parciais. • Balonoplastia em obstruções parciais de ducto nasolacrimal, especialmente em crianças e alguns adultos selecionados.

7.2. Dacriocistorrinostomia (DCR) externa A DCR externa é considerada o padrão-ouro para obstruções do saco e ducto nasolacrimal. Apresenta taxas de sucesso em torno de 90–95% em grandes séries, com visualização direta do saco, possibilidade de remoção de dacríolitos e biópsia de lesões suspeitas. A principal desvantagem é a incisão cutânea, embora geralmente pequena e pouco visível.

7.3. Dacriocistorrinostomia endoscópica endonasal A DCR endonasal, realizada por via endoscópica, evita cicatriz cutânea, permite tratar simultaneamente alterações nasais (desvio de septo, pólipos) e, em mãos experientes, atinge taxas de sucesso comparáveis à via externa. É hoje a primeira escolha em muitos centros para obstrução nasolacrimal primária idiopática em adultos.

7.4. DCR por laser transcanicular A DCR a laser cria o óstio por via transcanicular, com mínima agressão tecidual e pouco sangramento. Entretanto, apresenta sucesso global inferior quando comparada à DCR externa e à DCR endoscópica convencional, sendo reservada para casos selecionados ou reoperações.

7.5. Conjuntivodacriocistorrinostomia com tubo de Jones Indicada quando há obstrução proximal irreversível (agenesia ou destruição de canículos), cria uma comunicação direta conjuntiva–cavidade nasal. O tubo de Jones deve ser mantido indefinidamente e exige seguimento regular para limpeza e reposicionamento, mas oferece boa chance de controle da epífora em casos extremos.

## 8. Comparação resumida entre técnicas

• DCR externa: maior tradição, alta taxa de sucesso, cicatriz cutânea discreta; ideal em tumores de saco lacrimal e casos complexos. • DCR endoscópica: sucesso similar, sem cicatriz, ideal em obstruções primárias em adultos e quando há patologia nasal associada; requer domínio de cirurgia endonasal. • DCR laser: menos invasiva, mas com sucesso inferior; opção apenas em nichos específicos. • Balanoplastia: ótima alternativa em crianças e em estenoses parciais; eficácia limitada em obstruções completas crônicas. • Intubação isolada: útil em estenoses parciais e epífora funcional, muitas vezes como etapa intermediária antes de DCR.

## 9. Referências essenciais (para leitura complementar)

• Schellini SA, et al. Propedêutica radiológica e cintilográfica das vias lacrimais. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia. • Francisco FC, et al. Avaliação radiológica da via lacrimal. Radiologia Brasileira. • Burkat CN, et al. Dacryocystorhinostomy. EyeWiki, American Academy of Ophthalmology. • Diretrizes de prática clínica em oculoplástica e vias lacrimais – AAO Preferred Practice Patterns. • Revisões recentes sobre epífora funcional e balanoplastia em periódicos internacionais de oculoplástica.