RELATO DE CASO

Massa paranasal congênita – dacriocistocele: relato de caso clínico e revisão de literatura

Congenital paranasal mass – dacryocystocele: case report and literature review

Aldo Benjamim Rodrigues Barbosa[1], Rogério Silva Pereira[2], Névio Edinir Cola[3]

RESUMO

O edema facial em criança é uma condição clínica comum, podendo ser progressivo ou não, de causas congênitas e/ou adquiridas. Lesões não-progressivas e congênitas do epicanto medial se restringem a: dacriocistocele, menigoencefalocele frontoetmoidal e cisto dermoide. Relata-se o caso de um paciente com dacriocistocele congênita, descrevendo-se as características da lesão, suas manifestações clínicas e aspectos de imagem. Apresenta-se, ainda, breve revisão da literatura relevante.

Palavras-chave: Ducto Nasolacrimal/patologia; Ducto Nasolacrimal/ diagnóstico; Dacriocistite; Ultrassonografia; Tomografia Computadorizada por Raios-X.

ABSTRACT

The facial swelling in children is a common clinical condition and may be progressive or not, from congenital or acquired causes. Medial epicanthus non-progressive and congenital lesions are restricted to: dacryocystocele, menigoencefalocele frontoethmoidal and dermoid cyst. This is a case report of a patient with congenital dacryocystocele, describing the lesion characteristics, its clinical manifestations and image aspects. There is also a brief review of the relevant literature.

***Key words**: Nasolacrimal Duct/diagnosis; Nasolacrimal Duct/patolgy; Dacryocystitis; Ultrasonography; Tomography, X-Ray Computed.*

[1] Médico Radiologista do Corpo Clínico da Santa Casa de Misericórdia de Ituverava - SP, Brasil, e aluno especial do Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Patologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro em Uberaba - MG, Brasil.
[2] Médico Radiologista do Corpo Clínico da Santa Casa de Misericórdia de Ituverava - SP, Brasil.
[3] Médico Oftalmologista do Corpo Clínico da Santa Casa de Misericórdia de Ituverava - SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O edema facial em criança é uma condição clínica comum, podendo ser progressivo ou não e de causas congênitas e/ou adquiridas.

A dacriocistocele congênita faz parte do espectro das obstruções congênitas do ducto nasolacrimal. Trata-se de uma lesão incomum, não-progressiva e congênita.[1,2]

A anamnese e o exame físico são as bases para a elaboração dos possíveis diagnósticos. Cabe aos métodos de imagem estabelecer, quando possível, o diagnóstico mais provável, além de caracterizar a natureza da lesão e seus limites anatômicos, norteando o planejamento terapêutico.[1]

Os autores relatam o caso de um paciente com dacriocistocele congênita, descrevendo as características da lesão, suas manifestações clínicas e aspectos de imagem e apresentam breve revisão da literatura relevante.

Recebido em: 19/10/2008
Aprovado em: 24/06/2009

Instituição:
Trabalho realizado no Departamento de Diagnóstico de Imagem da Santa Casa de Misericórdia de Ituverava, SP

Endereço para correspondência:
Aldo Benjamim Rodrigues Barbosa
Rua: Coronel José Bernardino Ferreira, 1.011
Bairro: Jardim Independência
CEP: 14500-000
Ituverava - SP, Brasil
Email: dr-aldo@uol.com.br

RELATO DE CASO

Recém-nascido a termo, do sexo feminino, peso de 2.850 gramas, apresentou ao nascimento uma lesão nodular de coloração discretamente azulada localizada no epicanto medial da órbita direita. Notaram-se sinais discretos de processo inflamatório, bem como lacrimejamento excessivo.

Ao exame físico, a lesão apresentava morfologia nodular e de consistência elástica, imóvel, irredutível e não-pulsátil, medindo aproximadamente 1,5 cm de diâmetro. A análise quanto à sua transluscência mostrava lesão homogênea, de aspecto cístico (Figura 1).



Figura 1 - Recém-nascido apresentando lesão azulada, tensa, localizada no epicanto medial da órbita (setas).

Achados de imagem

A ultrassonografia (US) realizada com transdutor linear de alta frequência evidenciou lesão anecoide, de paredes finas, contornos regulares, medindo dêem torno 1,0 x 1,2 x 1,1 cm, com volume de 0,5 mL, localizada no epicanto medial da órbita direita. Observou-se umbilicação posterior medindo aproximadamente 0,3 cm. Não existia vascularização anômala da lesão ao estudo com doppler colorido. A reconstrução tridimensional (3D *free hand*) mostrou o aspecto cístico da lesão com a umbilicação posterior (Figura 2).

A tomografia computadorizada (TC) sem contraste das órbitas evidenciou lesão predominantemente cística, com densidade em torno de 20 UH, medindo 1,1 x 1,2 cm, localizada no epicanto medial, insinuando-se para o conduto nasolacrimal, alargando-o. Não existiam calcificações patogênicas no seu interior (Figura 3).

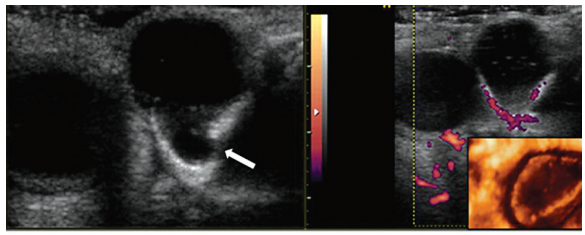


Figura 2 - Lesão anecoide localizada no epicanto medial, apresentando umbilicação posterior. (seta) Não se observa vascularização anômala ao Doppler de energia. Note inferiormente a esquerda, aspecto tridimensional da lesão.

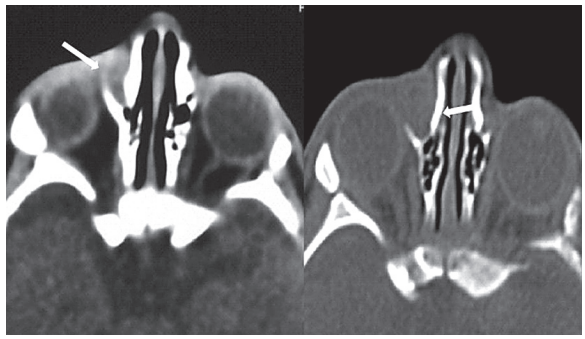


Figura 3 - Cortes axiais das órbitas, com janelas para partes moles e óssea, mostrando lesão com densidade de partes moles no epicanto medial. (setas) Observe como a lesão molda o canal nasolacriamal.

A principal hipótese diagnóstica foi de dacriocistocele congênita, sendo realizado tratamento conservador consistindo na realização de massagem da nodulação e utilização de antibioticoterapia tópica. Após sete dias, verificou-se completa regressão da lesão (Figura 4).



Figura 4 - Observe regressão da lesão após tratamento clínico com compressão local.

DISCUSSÃO

A glândula lacrimal é a menor glândula salivar localizada na porção súpero-lateral da órbita, originada do primeiro arco faríngeo, cuja principal função é a produção da lágrima, fluido aquoso com a função de lubrificar a região pré-septal do globo ocular. Trata-se de uma glândula serosa e de contornos bilobulados, medindo aproximadamente 2,0 x 1,5 x 0,5 cm. [2]

Após ser produzida, parte da lágrima sofre evaporação no contato com o meio externo. A outra parte é drenada através de um sistema de canalículos denominado sistema nasolacrimal ou via lacrimal, localizado no epicanto medial da órbita. Esses canalículos se unem, originando o ducto nasolacrimal, que apresenta extensão de 1,2 a 1,9 cm, com trajeto intraósseo de 1,0 cm, desembocando no meato nasal inferior através da válvula de Hasler.[2,3] O sistema nasolacrimal é responsável por remover o excesso de fluido do espaço pré-septal. Pacientes com anormalidade desse sistema apresentam lacrimejamento excessivo e, em determinados casos, estão associados a edema e celulite. [1,4]

Entre as patologias do sistema nasolacrimal, as obstruções são as mais comuns e classificam-se como completas ou incompletas. As principais causas de obstruções das vias lacrimais são: estenoses congênitas, doenças inflamatórias, corpo estranho e tumores. [3]

Neste contexto, a dacriocistocele, uma incomum complicação, faz parte do espectro da obstrução nasolacrimal congênita. Ela é provocada pela dilatação do saco lacrimal, decorrente de reação inflamatória, determinada por obstrução proximal (no nível da válvula de Rosenmüler) e distal da via lacrimal (válvula de Hasner). Quando o saco lacrimal está preenchido por muco, é denominado mucocele; e quando está preenchido por âmnio, é denominado aminiotocele. [4]

Clinicamente, a dacriocistocele se apresenta como uma lesão nodular de coloração azulada, localizada no epicanto medial da orbital, de consistência elástica, não-redutível e não-pulsátil. Numa classificação didática de causas de edema facial em criança, a dacriocistocele congênita se enquadra em uma das causas de edema facial não-progressivo. As lesões não-progressivas e congênitas do epicanto medial se restringem basicamente a dacriocistocele, meningo-encefalocele frontoetmoidal, cisto sudorífero, cisto dermoide e hemangioma capilar. [2,4,5]

O diagnóstico pré-natal de lesão cística no epicanto medial da órbita pode ser realizado na US obstétrica de rotina, sobretudo no corte para o estudo dos globos oculares. Em alguns casos devidamente triados, pode-se utilizar a ressonância magnética fetal.[6]

Vários métodos de imagem estão envolvidos na avaliação anatômica e funcional das glândulas lacrimais, tais como: dacriocistografia convencional; ultrassonografia; tomografia computadorizada; dacriocistotomografia computadorizada; ressonância magnética; dacriocistorressonância magnética e cintilografia.[2,7]

Em virtude das dimensões dos canalículos lacrimais e por dificuldade técnica, a dacriocistografia convencional não foi realizada, apesar de ser um exame de baixo custo e de baixa dose de radiação, que permite diagnosticar o nível da obstrução e a existência de dilatação.

A US dos globos oculares é um método inócuo, acessível, de baixo custo e não utiliza radiação ionizante. É extremamente útil para determinar a natureza cística ou não da lesão. O estudo com doppler colorido fornece informações sobre a existência ou não de componente vascular associado. A ultrassonografia 3D *free hand*, embora sem aplicações concretas, possibilita a aquisição de imagens tridimensionais ilustrativas, além de imagens em 2D multiplanares. [2]

Tanto a TC quanto a dacriocistotomografia são importantes para determinar as relações anatômicas da lesão, sua contiguidade com o SNC para exclusão de meningo-encefaloce frontoetmoidal e na avaliação de sua densidade. Estes métodos são úteis na avaliação das vias lacrimais associadas a doenças intranasais, fraturas faciais e tumores maxilofaciais. As principais desvantagens são o alto custo e a alta dose de radiação ionizante. [2,7]

A ressonância magnética e a dacriorressonância são exames "padrão-ouro" no estudo da órbita e das vias lacrimais; porém, a sua utilização é limitada pelo seu alto custo e baixa acessibilidade pela maior parte da população.[7]

O tratamento é controverso na literatura médica. A conduta conservadora consiste na compressão manual e, quando não há cura espontânea, sugere-se ressecção endocóspica ou marsupialização para prevenção de infecção secundária.[1,4,5,8,9]

Os principais diagnósticos diferenciais incluem: meningo-encefalocele anterior e cisto dermoide.

A meningo-encefalocele anterior representa cerca de 10% das cefaloceles e tem incidência mais elevada em pacientes asiáticos (1:5.000 nascidos vivos/ano). Geralmente se manifesta como edema facial

não-progressivo, podendo a massa ser pulsátil e aumentada durante a compressão da veia jugular (sinal de Furstenberg).

Os cistos dermoides representam 5% de todas as massas orbitárias, possuem relação com a sutura frontozigomático e raramente acometem neonatos. Possuem densidade de gordura e crescimento lento.[1,4,8,9,10]

CONCLUSÃO

Diante de uma massa paranasal congênita no epicanto medial da órbita, devem-se considerar como principais possibilidades: obstrução congênita do canal lacrimal – dacriocistocele, cisto dermoide e cefalocele frontoetmoidal.

A adequada semiologia, associada à significativa variedade de método de imagem para o estudo das vias lacrimais, possibilita diagnóstico e tratamento precoces, reduzindo, assim, a ansiedade dos familares.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Profª. Me Maria Eunice Barbosa Vidal Mendonça e à Profª. Me Maria do Carmo Rodrigues Barbosa pela revisão gramatical e adequação às normas da reforma ortográfica.

REFERÊNCIAS

1. Khanna G, Sato Y, Smith RJH, Bauman NM, Nerad J. Causes of facial swelling in pediatrics patients: correlation of clinical an radiologic findings. RadioGraphics 2006; 26:157-71.
2. Hughes G, Miszkiel K. Imaging of the lacrimal gland. Semin Ultrasound CT MRI 2006; 27(6):476-91.
3. Rothman MI, Zoarski GH. The orbit in textbook of radiology and imagind. 7th ed. New York: Churchill Livingstone; 2003. p.1573-95.
4. Shiratori CA, Schellini AS, Palhares A, Schellini , Yamashita S. Massa paranasal: Dacriocistocele congenita? – Relato de caso. Arq Bras Oftalmol. 2004; 67(5): 835-7.
5. Shashy RG, Durauraj V, Holmes JM, Hohberger GG, Thompson DM, Kasperbauer JL. Congenital dacryocystocele associated with intranasal cysts: diagnosis and management. Laryngoscope. 2003; 113: 37-40.
6. Bianchini E, Zirpoli S, Righini A, Rustico M, Parazzini C, Triulzi F. Magnetic Resonance Imaging in Prenatal Diagnosis of Dacryocystocele. Report of 3 Cases. J Comput Assist Tomogr. 2004; 28: 422-7.
7. Francisco FC, Carvalho ACP, Torres Neto G, Francisco VFM, Souza LAM, Francisco MC, Fonseca LMB, *et al*. Avaliação da via lacrimal pelos métodos radiológicos. Radiol Bras. 2007;40(4):273-8.
8. Teixeira C, Dias R, Santos M. Dacriocistocelo Congénito com Extensão Intranasal. Acta Oftalmol. 2003, 13:13-7.
9. Ugurbas SH, Zilelioglu G, Saatçi M. Otolaryngological findings in congenital nasolacrimal duct obstruction and implications for prognosis. Br J Ophthalmol. 2000; 84: 917-8.
10. Wojno TH. Congenital dacryocytocele in identical twin. Ophthalmic Plast Reconst Surg. 1985; 1: 263-6.