

Canaliculitis

Canaliculitis

Irene Rojas Rondón^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1609-6804>

Yailín Audivert Hung² <https://orcid.org/0000-0003-0816-1346>

Maritza Miqueli Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-5268-2336>

Manuel Alejandro Múzquiz¹ <https://orcid.org/0000-0002-7323-7717>

Yudelkis Noa Fernández¹ <https://orcid.org/0000-0002-2865-364X>

Roxana Martínez Rojas³ <https://orcid.org/0000-0002-0197-1875>

¹Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”. La Habana, Cuba.

²Policlínico Docente Municipal. Santiago de Cuba, Cuba.

³Facultad de Ciencias Médicas “Victoria de Girón”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: irojas@infomed.sld.cu

RESUMEN

La canaliculitis es una entidad rara, con frecuencia mal diagnosticada por su similitud con otras enfermedades. Se reporta una paciente femenina, de 56 años de edad, remitida a la Consulta de Oculoplastia del Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”, por secreciones purulentas y epífora del ojo izquierdo. Al examen se observó hiperemia conjuntival, secreción purulenta, punto lagrimal inferior hiperémico, dilatado, y se constató salida de concreciones por este al comprimir el canaliculo. Se confirmó el diagnóstico de canaliculitis aguda supurada con concreciones. Se indicó tratamiento quirúrgico, que consistió en la canaliculotomía con remoción de las concreciones. Un examen clínico detallado, con adecuado conocimiento de la vía lagrimal excretora, permitió el diagnóstico certero, con un tratamiento quirúrgico eficaz y una evolución satisfactoria.

Palabras clave: Canaliculitis; epífora; concreciones; canaliculotomía.

ABSTRACT

Canaliculitis is an uncommon infectious disease. It is often misdiagnosed due to its overlapping presentation to other common entities. A 56-year-old female patient is reported. She was referred to Ramón Pando Ferrer Cuban Ophthalmologic Institute, Ocular Plastic Surgery consultation, suffering from punctal swelling, discharge, and epiphora. At ocular examination was described conjunctival hyperemia, *pouting punctum* and mucopurulent discharge. Punctal regurgitation of concretions appears under syringing. It was confirmed acute canaliculitis with concretions in the left eye. A canaliculotomy was performed, and the concretions were removed. Routine clinical examinations helped to get a right diagnosis of canaliculitis and the surgical result was satisfactory.

Key words: Canaliculitis; epiphora; concretions; canaliculotomy.

Recibido: 16/09/2019

Aceptado: 05/03/2020

Introducción

La canaliculitis es la inflamación crónica del canalículo lagrimal. Puede ser uni o bilateral y afecta con más frecuencia al canalículo inferior que al superior, aunque puede comprometer ambos. Es una afección poco frecuente que puede aparecer a cualquier edad, pero con predominio por encima de los 50 años.^(1,2,3) En su etiología se plantean causas infecciosas, alérgicas, iatrogénicas, traumáticas, tumorales e idiopáticas.⁽³⁾

El agente causal más frecuente de la canaliculitis crónica es el *Actinomyces israelii*, bacteria anaerobia grampositiva, pero también puede ser causada por otras especies de *Actinomyces*: *A. odontoliticus*, *A. naeslundii*, *Propionibacterium propionicus* y otras bacterias como el *Fusobacterium Spp.*, *Bacteroides Spp.* y *Peptococcus Spp.* En ocasiones también puede ser originada por hongos, enterobacterias y herpes simple (este último más relacionado con la canaliculitis aguda).⁽⁴⁾

Esta afección ocular es con frecuencia mal diagnosticada, ya que puede confundirse con dacriocistitis, conjuntivitis crónica, blefaritis, chalazión y procesos micóticos, lo que da lugar al fracaso terapéutico.^(3,5) Se presenta como una epífora unilateral, asociada a la

conjuntivitis mucopurulenta crónica, refractaria al tratamiento convencional. Hay enrojecimiento de la piel del canto medial, edema pericanalicular y el punto lagrimal está prominente (*pouting punctum*). Al presionar el canalículo se observa secreción mucopurulenta y en ocasiones concreciones de color amarillento (gránulos de azufre), productos del metabolismo de actinomicetes y otras bacterias que utilizan sulfuro de hidrógeno.⁽⁵⁾

El diagnóstico se establece por la clínica y el examen microbiológico mediante frotis y cultivos del material obtenido (tinción de Gram y de Giemsa, cultivos en tioglicolato y Sabouraud, frotis de KOH), además de estudios imagenológicos como la ecografía y la dacriocistografía, que confirman el canalículo dilatado y la presencia de dacriolitos y/o divertículos.

En las de origen bacteriano el tratamiento médico consiste en compresas tibias 4 veces al día en el área canalicular, irrigar el canalículo con penicilina cristalina 100 000 U/mL o solución yodada 1 %. Si se detecta la presencia de hongos se utiliza nistatina 1:20 000 (gotas) 3 veces al día o irrigar 3-4 veces a la semana, y trifluorotimidina al 1 %, 1 gota 5 veces al día por varias semanas, en las de etiología viral.^(3,5)

El tratamiento de elección en la canaliculitis supurada con concreciones es el quirúrgico y consiste en la canaliculotomía (incisión lineal en la cara conjuntival del canalículo), con preservación del punto lagrimal o no, con legrado del canalículo, remoción de concreciones y estudio anatomopatológico de las concreciones.^(3,6)

Caso clínico

Paciente de 56 años de edad, femenina, con antecedentes personales de hipertensión arterial compensada y antecedentes familiares de madre hipertensa. Acudió remitida desde su área de salud al Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”, al Departamento de Cirugía Plástica Ocular por presentar secreción purulenta y lagrimeo en el ojo izquierdo (OI), de quince días de evolución, con antecedentes de haber recibido tratamiento con cloranfenicol colirio, sin mejoría de la sintomatología.

En el examen oftalmológico se observó aumento de volumen a nivel del canalículo inferior (Fig. 1), hiperemia conjuntival bulbar nasal, punto lagrimal inferior hiperémico y dilatado

(Fig. 2), acompañado de abundante secreción purulenta. Al presionar la zona del canaliculo afectado se observó salida de concreciones por punto lagrimal (Fig. 3). Al explorar las vías lagrimales, estas resultaron permeables.



Fig. 1 - Aumento de volumen a nivel del canaliculo inferior.



Fig. 2 - Punto lagrimal inferior hiperémico.



Fig. 3 - Salida de material mucopurulento con concreciones y dilatado al presionar el canaliculo.

Se confirma el diagnóstico de canaliculitis aguda supurada, con concreciones del ojo izquierdo.^(3,7,8)

Discusión

En esta paciente se diagnosticó canaliculitis aguda supurada con concreciones en párpado inferior del OI, confirmada por los hallazgos al examen físico y la sintomatología referida por la paciente, de quince días de evolución.

La canaliculitis consiste en la inflamación del sistema canalicular del ojo y según plantean algunos autores,⁽⁷⁾ el canaliculo inferior es por lo general el más afectado, lo que coincide en el caso que se presenta. Un adecuado diagnóstico es importante y necesario para una estrategia quirúrgica de tratamiento en esta entidad clínica, ya que el medicamentoso no suele ser curativo de manera aislada.

En esta paciente se decidió realizar como tratamiento quirúrgico una canaliculotomía bajo anestesia local (lidocaína al 2 %), con incisión en la cara conjuntival del canaliculo inferior del OI y conservación del punto lagrimal inferior (Fig. 4). Luego se procedió al legrado con cucharilla de las concreciones (Fig. 5) y lavado del canaliculo con solución salina al 0,9 %. Se colocó ungüento oftálmico de cloranfenicol al 1 % y se ocluyó con apósito estéril.

Aunque otros autores prefieren extender la incisión hasta el punto lagrimal,⁽⁷⁾ en esta paciente se prefirió no comprometer este, para conservar su anatomía y función. Los autores del trabajo, con experiencia en este tipo de cirugía, obtienen resultados satisfactorios con esta técnica, que les da la posibilidad de no utilizar sonda monocanicular ni suturas.

Se citó a la paciente al posoperatorio a las 24 horas de intervenida, según protocolo de tratamiento; se indicó ungüento de cloranfenicol al 1 % dos veces al día y prednisolona colirio al 0,5 % una gota cada cuatro horas en el ojo izquierdo.



Fig. 4 - Incisión canalicular y preservación.



Fig. 5 - Concreciones canaliculares del punto lagrimal, cucharilla con numerosas concreciones removidas del canalículo.

A los 7 días se examinó nuevamente a la paciente en consulta. Se encontraba asintomática, sin signos de infección y discreto aumento de volumen en la región del canalículo. Al mes acudió a la consulta, con evolución satisfactoria. A los 3 meses se evaluó y no se observó evidencia de recurrencia (Fig. 6).



Fig. 6 - Posoperatorio a los 3 meses. No se observa recurrencia.

La canaliculitis puede ser mal diagnosticada por la similitud clínica con otras enfermedades.⁽⁸⁾ por eso se debe sospechar esta entidad ante toda clínica de conjuntivitis crónica unilateral que no responde al tratamiento convencional. La canaliculotomía, con legrado de las concreciones, combinada con antibióticos tópicos, es el tratamiento estándar.^(8,9,10)

A pesar del desarrollo tecnológico y de los medios diagnósticos, en la actualidad el método clínico es fundamental para el diagnóstico de estas afecciones. Una evaluación clínica minuciosa es esencial para el diagnóstico de la canaliculitis en la mayoría de los casos.^(7,10)

Referencias bibliográficas

1. Fulmer NL, Neal JG, Bussard GM. Lacrimal canaliculitis. *Am J Emerg Med.* 1999;17(4):385-6.
2. Lin SC, Kao SC, Tsai CC, Cheng CY, Kau HC, Hsu WM, et al. Clinical characteristics and factors associated the outcome of lacrimal canaliculitis. *Acta Ophthalmol.* 2011;89(8):759-63.
3. Río Torres M, Fernández Argones L, Hernández Silva R, López Ramos M. *Oftalmología. Diagnóstico y tratamiento.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018.
4. Gogandy M, Al-Sheikh O, Chaudhry I. Clinical features and bacteriology of lacrimal canaliculitis in patients presenting to a tertiary eye care center in the Middle East. *Saudi J Ophthalmol.* 2014;28(1):31-5.
5. García-Layana A, Munuera JM, Moreno J, Sainz A. Canaliculitis por Actinomyces: diagnóstico y tratamiento quirúrgico. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 1997;72:291-4.
6. Tost F, Bruder R, Clemens S. Clinical diagnosis of chronic canaliculitis by 20- MHz ultrasound. *Ophthalmologica.* En: Lee MJ, Choung HK, Kim NJ, Khwarg SI. One-snip

punctoplasty and canalicular curettage through the punctum: A minimally invasive surgical procedure for primary canaliculitis. *Ophthalmology*. 2009;116:2027-30.

7. Herrera M, Gómez C, Agramonte I, Canaliculitis: diagnóstico clínico y resultados quirúrgicos. *Rev Cubana Oftalmol*. 2004;17(1):2.

8. Basilio AL, Cabugueira A, Borges B, Flores R, Chronic lacrimal canaliculitis. The answer to a three-year history of red eye. *Arq Bras Oftalmol*. 2018;81(4):5.

9. Kanski J, Browling B. *Oftalmología Clínica*. Barcelona: Elsevier Saunders; 2016.

10. Asociación Americana de Oftalmología. *Orbit, eyelids, and lacrimal system*. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2017.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Irene Rojas Rondón: Responsable de la idea de la publicación, del diseño de la investigación y redactor de la versión final.

Yailín Audivert Hung: Redactó borrador del trabajo, especialista responsable del diagnóstico y tratamiento quirúrgico del caso presentado.

Maritza Miqueli Rodríguez: Revisión crítica de la versión final.

Manuel Alejandro Muzquiz: Responsable de la búsqueda de información actualizada y de las referencias bibliográficas.

YudelkisNoa Hernández: Búsqueda de información actualizada.

Roxana Martínez Rojas: Toma de imágenes.