

Celulite orbitária bilateral: relato de caso

Bilateral Orbital Cellulitis: a Case Report

Recebido em 11/03/2008
Aprovado em 09/06/2008

Carlos Umberto Pereira^I
José Carlos Pereira^{II}
Edvaldo Dória dos Anjos^{III}
Ricardo Wathson Feitosa de Carvalho^{III}
Artur de Oliveira Ribeiro^{IV}
Rui Medeiros Júnior^V

RESUMO

Celulite orbitária é o processo infeccioso dos tecidos orbitários, de etiologia das mais variadas possíveis. É uma afecção importante, devendo ser rapidamente diagnosticada e tratada em virtude do caráter progressivo, podendo comprometer estruturas anatômicas nobres e, em alguns casos, levar o indivíduo a óbito. O presente estudo teve como objetivo relatar um caso raro de celulite orbitária bilateral e fazer uma revisão breve da literatura, enfatizando pontos importantes no tocante às características clínico-imagiológicas e discutindo, de forma clara e sucinta, a conduta adotada no caso em questão, ressaltando a importância do tratamento precoce.

Descritores: Celulite Orbitária/terapia. Celulite Orbitária/complicações. Antibióticos/terapia.

ABSTRACT

Orbital cellulitis is the infectious process of the orbital tissues, of extremely varied etiology. It is an important pathosis, which should be promptly diagnosed and treated by virtue of its progressive nature, for it may compromise major anatomic structures and even, in some cases, lead to death. The aim of the present study is therefore to report a rare case of bilateral orbital cellulitis and make a review of the literature, emphasizing the clinical and imaging features of the lesion, the management adopted and the importance of early treatment.

Keywords: Orbital Cellulitis/therapy. Orbital Cellulitis/complications. Antibiotic/therapy.

INTRODUÇÃO

O globo ocular e a órbita são frequentemente afetados por processos inflamatórios e infecciosos percebidos por aqueles que executam cirurgia facial¹. Denomina-se celulite orbitária o processo infeccioso dos tecidos orbitários de etiologia variada (bacteria-

na, viral, fúngica, etc)². É uma condição grave que comumente ocorre secundariamente a uma infecção dos seios maxilar e etmoidal³ e que, se não tratada, pode levar a complicações importantes, como trombose do seio cavernoso, amaurose, meningite ou abscesso cerebral^{4,5}.

^IMédico. PhD. Professor Adjunto da Disciplina de Neurocirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – UFS - Aracaju/SE

^{II}Cirurgião-Dentista. MSc. Prof. da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade Tiradentes – UNIT - Aracaju/SE

^{III}Cirurgião-Dentista graduado pela Universidade Tiradentes – UNIT - Aracaju/SE

^{IV}Graduando em Odontologia pela Universidade Federal de Sergipe – UFS - Aracaju/SE

^VCirurgião-Dentista graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN - Natal/RN

Cinco estágios classificam bem este tipo de acometimento patológico. O estágio 1, celulite pré-septal, é a infecção confinada às pálpebras e ao tecido mole periocular, anterior ao septo orbital. A órbita pode mostrar-se inflamada secundariamente, mas não é diretamente infectada. O estágio 2 é a celulite orbital com proptose em que são encontradas limitações nos movimentos e possível comprometimento do nervo óptico. No estágio 3, observa-se um abscesso subperióstico. O 4 é a celulite orbital com um verdadeiro abscesso orbital dentro da gordura orbital, e o estágio 5 ocorre quando se verifica disseminação retro-orbital da infecção para dentro do seio cavernoso¹.

O exame físico demonstra proptose junto a edema periorbitário, que é também eritematoso, restrição da motricidade e dor à tentativa de movimento ocular. Comumente, há leucocitose e febre. Com o aumento da pressão na cavidade orbitária, a função do nervo óptico pode deteriorar-se rapidamente, causando déficit visual^{6,7}. Além da anamnese e do exame físico, exames de imagem se fazem fundamentais para uma ideal localização e delimitação loco-regional do processo infeccioso, permitindo não só a classificação como o estadiamento da evolução do quadro clínico⁸. Assim, tanto a tomografia computadorizada e/ou a ressonância nuclear magnética (RNM) devem ser utilizadas para uma acurada avaliação.

Havendo a hipótese de celulite orbitária de origem bacteriana, tratamento imediato com antibioticoterapia endovenosa deve ser instituído, a fim de se evitar a progressão da infecção e complicações neurológicas, potencialmente letais. Em geral, utilizam-se antibióticos de largo espectro⁹.

Por conseguinte, o presente estudo tem como objetivo relatar o caso de celulite orbitária bilateral com evolução a partir de um trauma, abordando aspectos importantes, como características clínico-imagiológicas da lesão, a conduta e o tratamento adotado.

RELATO DO CASO

Paciente de 36 anos, gênero masculino, feoderma, de procedência interiorana, deu entrada no serviço de emergência do Hospital Governador João Alves Filho (HGJAF), Aracaju-SE, Brasil, vítima de acidente motociclístico, sem história de episódio emético e/ou inconsciência. Inicialmente avaliado através do protocolo do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), descartou-se a existência de lesões politraumáticas, sendo solicitada avaliação do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Ao exame físico facial, observou-se ferimento corto-contuso em pálpebra superior direita, edema e ferimento lácero-contuso em supercílio esquerdo, sem sinais clínicos e radiográficos de fraturas maxilofaciais (Figura 1). Foi realizada antisepsia e sutura dos ferimentos. Na oportunidade, foi realizada profilaxia antitetânica (VAT 0,5 ml IM). Para uso domiciliar foram prescritos Nimesulida 100mg de 12/12 horas e Dipirona Sódica 500mg de 06/06, por 3 e 2 dias, respectivamente.



Figura 1. Exame físico facial em vista frontal, no primeiro atendimento.

Aproximadamente após 20 dias do atendimento inicial, o paciente retornou com queixa de aumento de volume nos olhos e febre, com evolução de aproximadamente 12 dias. Relatava episódios frequentes de cefaleia e náuseas, sem déficits neurológicos focais. No momento da segunda admissão, apresentava-se consciente, orientado, deambulando, eupneico, normotenso, acianótico, porém febril (38,5° C).

Ao exame físico local, observou-se aumento de volume em região periorbital, bilateralmente, consistente e sintomática à palpação, com drenagem purulenta espontânea por meio da pálpebra superior direita (Figuras 2a, 2b, 2c). A acuidade visual apresentava-se preservada, porém com restrição e dor à movimentação dos globos oculares.



Figura 2. Aumento de volume em região periorbital, bilateralmente, com drenagem purulenta espontânea, em vista frontal (a), lateral esquerda (b) e direita (c).

Foram solicitados exames hematológicos e imaginológicos, iniciando antibioticoterapia empírica endovenosa, com oxacilina 2g associada à ceftriaxona 1g. Os exames hematológicos revelaram leucocitose. As imagens obtidas através de ressonância nuclear magnética apresentavam lesão intracraniana, unilocular, sagital, localizada na região frontal, de contornos nítidos, com conteúdo hipointenso em T1, hiperintenso em T2 e isoíntenso no FLAIR (Figura 3).

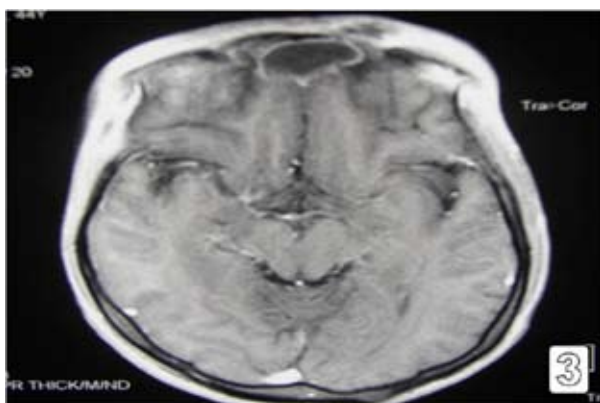


Figura 3. Lesão intracraniana, unilocular, sagital, localizada na região frontal à RNM.

Sob anestesia geral, foi realizada craniotomia e drenagem neurocirúrgica (Figura 4a, 4b). No pós-operatório, evoluiu com estabilidade, regressão progressiva do processo infeccioso, recebendo alta hospitalar após 14 dias (Figuras 5 e 6), não sendo observados sinais de processo infeccioso e déficit neurológico, apresentando acuidade visual e movimento ocular preservado.

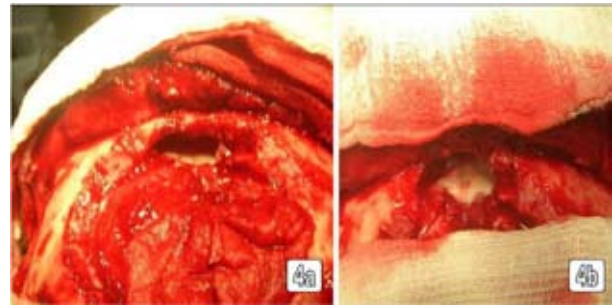


Figura 4 (a,b). Craniotomia e drenagem neurocirúrgica.



Figura 5. Ferida cirúrgica em curso cicatricial sem alterações.



Figura 6. Pós-operatório de 14 dias, sem sinais de processo infeccioso.

DISCUSSÃO

A celulite orbitária comumente ocorre secundariamente a uma infecção do seio maxilar e etmoidal em 60 a 90% dos casos^{3,5}. Outras causas menos comuns, como traumas e manifestações odontogênicas, também estão associadas⁹. No presente caso, o paciente não apresentava quadro de sinusite no momento do primeiro atendimento, tendo desenvolvido a infecção orbitária posteriormente, decorrente de ferimentos periorbitais que evoluíram com infecção.

Em virtude de a periórbita estar pouco inserida ao osso, ela pode ser elevada facilmente por acúmulos de pus na região, tornando o edema frequente nesses casos. Os dados clínicos encontrados foram similares aos da literatura consultada¹. Nos casos de celulite orbitária, costuma haver presença de quadro febril e leucocitose, e as funções do nervo óptico podem ficar comprometidas. Trombose do seio cavernoso com cefaleia importante, náusea, vômito e toxicemia são outras manifestações que podem ocorrer^{6,7}.

Topazian et al.¹ descreveram uma peculiar classificação para as infecções orbitais que avalia alguns aspectos, como: a localização do processo, o envolvimento de estruturas anatômicas adjacentes bem como o comprometimento da acuidade e motricidade visual. O caso descrito encontrava-se no estágio 2, em que se pode notar proptose e limitações nos movimentos oculares.

Os exames imaginológicos juntamente com os dados da anamnese e clínicos são de fundamental importância para o correto e preciso diagnóstico⁸. Alguns autores^{2,4,8} referem o uso da tomografia computadorizada como exame adequado no diagnóstico da celulite orbitária, ao mostrar, claramente, a localização e a extensão do processo infeccioso. Utilizou-se, no presente estudo, a imagem por ressonância nuclear magnética, por esta ser mais precisa para demonstrar abscesso orbital, corpos estranhos orgânicos, morfologia dos tecidos moles e lesões na área do seio cavernoso.

Uma vez cogitada a hipótese de celulite orbitária de origem bacteriana, tratamento imediato com antibioticoterapia endovenosa deve ser instituído, a fim de se evitar a progressão da infecção e complicações neurológicas, potencialmente letais^{2,9}. Com base nisso, foi adotado, de imediato, antibioticoterapia empírica endovenosa com oxacilina 2g associada e ceftriaxona 1g. Como o paciente apresentava envolvimento intracraniano importante, a drenagem neurocirúrgica sob anestesia geral também se mostrou indispensável para o perfeito controle do quadro infeccioso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infecções envolvendo a órbita podem evoluir, em alguns casos, com graves conseqüências. Sinusites paranasais, traumatismo de tecido mole bem como manifestações odontogênicas se enquadram como possíveis causas.

Exames de imagens especializados são fundamentais para um diagnóstico precoce e preciso, com o intuito de agilizar e otimizar o tratamento definitivo, possibilitando resultados favoráveis.

REFERÊNCIAS

1. Topazian RG, Goldberg MH, Hupp JR. Infecções orais e maxilofaciais. 4 ed. São Paulo: Editora Santos; 2006.
2. Cruz AAV, Chahud F, Guimarães FC. Oftalmologia para o clínico. Medicina. 1997;30(1):36-51.
3. Howe L, Jones NS. Guidelines for the management of periorbital cellulitis/abscess. Clin Otolaryngol. 2004;29(6):725-8.
4. Ben Simon GJ, Bush S, Franzco DS, Franzco AAMN. Orbital cellulites: a rare complication after orbital blowout fracture. Ophthalmology. 2005;112(11):2030-4.
5. Hayer BR, Sitole S, Andreoli M, Banich A, Ahmad

AZ. Bilateral eyelid edema and orbital cellulitis associated with Pott's puffy tumor. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2007;23(2):163-5.

6. Silva EDO, Gomes ACA, Gomes DO, Vianna K, Melo P. Trauma no idoso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2001;1(2):7-12.

7. Dhariwal DK, Kittur MA, Farrier JN, Sugar AW, Aird DW, Laws D. Post-traumatic orbital cellulitis. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2003;41(1):21-8.

8. Lago CA, Cauas M, Brainer D, Lobo M. Lesões periorbitárias. Relatos de casos clínicos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2002;2(2):47-50.

9. Youssef OH, Stefanyszyn MA, Bilyk JR. Odontogenic orbital cellulitis. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2008;24(1):29-35.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carlos Umberto Pereira

Av. Augusto Maynard, 245/404- São José

Aracaju/SE – Brasil

CEP 49015-380

E-mail: umberto@infonet.com.br

