



Perspectivas Médicas

ISSN: 0100-2929

perspectivasmedicas@fmj.br

Faculdade de Medicina de Jundiaí

Brasil

Queiróz Lima, Murilo; Bill Primo, Osvaldo Vinícius; Pompeo Bueno de Godoy, Ricardo; Umemura, Adriana; Vargas, Ana Laura; Lourenço, Edmir Américo

Como diferenciar uma celulite periorbitária por rinossinusite de uma complicação mais grave

Perspectivas Médicas, vol. 17, enero-diciembre, 2006, pp. 37-39

Faculdade de Medicina de Jundiaí

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243217657012>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Como diferenciar uma celulite periorbitária por rinossinusite de uma complicação mais grave.

How to differentiate a periorbital infection caused by rhinosinusitis from a more severe complication.

Palavras-chave: rinossinusite, complicação, periorbitária.

Key words: rhinosinusitis, complication, periorbital.

Murilo Queiróz Lima *

Osvaldo Vinícius Bill Primo **

Ricardo Pompeo Bueno de Godoy ***

Adriana Umemura ****

Ana Laura Vargas ****

Edmír Américo Lourenço *****

*Aluno do 6º ano do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) —SP.

** Médico Residente do 1º ano da Disciplina de Otorrinolaringologia da FMJ.

*** Médico Residente do 2º ano da Disciplina de Otorrinolaringologia da FMJ.

**** Médicas Residentes do 3º ano da Disciplina de Otorrinolaringologia da FMJ.

***** Professor adjunto-Doutor regente da Disciplina de Otorrinolaringologia da FMJ.

Instituição: Faculdade de Medicina de Jundiaí —SP. Rua Francisco Telles, 250 —Bairro Vila Arens —Jundiaí —SP. CEP 13.202-550. www.fmj.br

Contato: Edmír Américo Lourenço - Rua do Retiro, 424 —5º andar, conjuntos 53 e 54 —B. Anhangabaú —Jundiaí —SP. CEP 13.209-000. e-mail: edmirlourenco@ibest.com.br

Artigo ainda não publicado.

RESUMO

A rinossinusite é definida como uma inflamação da mucosa que reveste a cavidade nasal e os seios paranasais e em consequência de suas íntimas relações com as cavidades craniana e orbitária, essa afecção pode acarretar complicações nesses locais. Apesar do surgimento de diversos antimicrobianos eficazes contra os agentes etiológicos das infecções nasossinusais, a rinossinusite é a principal causa de infecções orbitais⁽¹⁾, sendo principalmente decorrentes de afecções nos seios etmoidais e esfenoidais⁽¹⁾ e mais prevalente em crianças e adolescentes⁽²⁾. As complicações orbitais das rinossinusites são genericamente divididas em pré e pós-septais, de acordo com sua localização em relação ao septo orbital, sendo a tomografia computadorizada o padrão-ouro para confirmação diagnóstica e estadiamento da doença nesses casos, pois permite não apenas a diferenciação entre as complicações pré e pós-septais, mas também entre os subgrupos de celulites e abscessos, o que não é factível apenas pela avaliação clínica. Também subdivide as alterações pós-septais em subperiosteais e intraconais⁽³⁾. O objetivo deste trabalho é o de relatar uma criança de 13 anos, atendida no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí, portadora de celulite orbitária bilateral, a evolução da doença, sua correlação com os achados tomográficos e a importância da intervenção multidisciplinar nas sinusites complicadas, por otorrinolaringologistas, pediatras, oftalmologistas e eventualmente neurocirurgiões.

SUMMARY

nasal and paranasal sinus mucosa and due to its closed relation with endocranum and orbit, this disease may affect these places. In spite of the discovery of several antibiotics which are efficient against the etiological agents of these infections, rhinosinusitis is the main cause of orbital infections, due to ethmoidal and sphenoidal acute rhinosinusitis and its prevalence is bigger in kids and teens. The orbital complications of rhinosinusitis are divided in preseptal and afterseptal, according to its site, being the computerized tomography the better aid to diagnostic confirmation and seriousness of the disease. In this report, it's described a case of a teen affected by bilateral periorbital infection as frontal rhinosinusitis complication in the Hospital Universitário from the Faculdade de Medicina de Jundiaí.

INTRODUÇÃO

A rinossinusite é definida como uma inflamação da mucosa que reveste a cavidade nasal e os seios paranasais e em consequência de suas íntimas relações com as cavidades craniana e orbitária, essa afecção pode acarretar complicações nesses locais. Apesar do surgimento de diversos antimicrobianos eficazes contra os agentes etiológicos das infecções nasossinusais, a rinossinusite é a principal causa de infecções orbitais⁽¹⁾, sendo principalmente decorrentes de afecções nos seios etmoidais e esfenoidais⁽¹⁾ e mais prevalente em crianças e adolescentes⁽²⁾. As complicações orbitais das rinossinusites são genericamente divididas em pré e pós-septais, de acordo com sua localização em relação ao septo orbital, sendo a tomografia computadorizada o padrão-ouro para confirmação diagnóstica e estadiamento da doença nesses casos, pois permite não apenas a diferenciação entre as complicações pré e pós-septais, mas também entre os subgrupos de celulites e abscessos, o que não é factível apenas pela avaliação clínica. Também subdivide as alterações pós-septais em subperiosteais e intraconais⁽³⁾. O objetivo deste trabalho é o de relatar uma criança de 13 anos, atendida no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí, portadora de celulite orbitária bilateral, a evolução da doença, sua correlação com os achados tomográficos e a importância da intervenção multidisciplinar nas sinusites complicadas, por otorrinolaringologistas, pediatras, oftalmologistas e eventualmente neurocirurgiões.

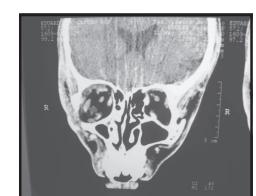
CASUÍSTICA E MÉTODO

Paciente do sexo masculino, 13 anos, internado pelo serviço de Pediatria do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí para avaliação de um grande aumento de volume periorbitário à direita há 5 dias e discreto aumento à esquerda há 2 dias (Figura 1), acompanhado de sinais flogísticos e prurido local. Apresentava-se em bom estado geral e febril ($38,8^{\circ}\text{C}$), sendo solicitada de imediato uma tomografia computadorizada de crânio com contraste e seios da face e exames laboratoriais, com hipótese diagnóstica de celulite periorbitária. A TC de seios da face mostrou imagem radiológica sugestiva de processo inflamatório da órbita direita, compatível com tecido de densidade de partes moles na região retro-orbitária e proptose ocular, sem extensão intracraniana, associada a processo inflamatório do seio frontal direito (Figuras 2 e 3). Os exames laboratoriais incluíram hemograma normal, coagulograma com discreto alargamento de TTPA e TAP, elevação da PCR. Seguiu-se então tratamento com oxacilina, ceftriaxone e metronidazol, associados à prednisolona. Após 2 dias de internação observou-se edema palpebral endurecido bilateral, mais acentuado em pálpebra superior e à direita, com rubor, calor e discreta dor à palpação (Figura 4). O edema estendia-se por toda a região frontoparietotemporal e cervical direitas, sem crepitações à palpação. Foi notada a presença de secreção purulenta entre as pálpebras e impossibilidade de abertura ativa de ambos os olhos, sendo possível apenas a abertura passiva do olho esquerdo, com acuidade visual preservada (Figura 5). Foi realizada uma nasofibroscopia, observando-se na fossa nasal direita um desvio septal nas áreas 3 e 4 de Cottle, conchas nasais inferiores hipertróficas (grau 2) com discreta palidez, drenagem de secreção mucóide de meato médio e em toda a fossa nasal direita, coanas e óstio tubário livres. Na fossa nasal esquerda foram observadas conchas inferiores hipertróficas (grau 2) com discreta palidez, presença de secreção hialina, meatos, recesso esfenoidetal, coana e óstio tubário livres. Após 3 dias de internação hospitalar foi realizada uma avaliação pelo Serviço de Oftalmologia e observadas proptose e imobilidade ocular à direita, associadas à diminuição da acuidade visual sob abertura palpebral passiva. O olho esquerdo apresentava quemose, edema palpebral e acuidade visual preservada. A princípio foi descartada a necessidade de drenagem cirúrgica e solicitada nova TC de crânio, a qual exibiu padrão radiológico semelhante ao do primeiro exame, com a presença de tecido com densidade de partes moles no seio frontal direito e imagem com densidade de ar em meio ao tecido celular subcutâneo na região parietal direita (Figura 6). Durante a internação o paciente apresentou quatro picos febris, sendo a temperatura máxima atingida de $38,5^{\circ}\text{C}$. Após 13 dias de internação, o paciente foi submetido a nova avaliação da Oftalmologia, que sugeriu drenagem do abscesso periorbitário. A drenagem foi realizada no 15º dia de internação, no centro cirúrgico, sob anestesia local. Na ocasião foram drenados cerca de 30ml de secreção purulenta, com melhora do edema frontoparietotemporal e periorbitário. O paciente evoluiu bem, sem febre, com melhora rápida do edema facial e ausência de queixas em 24 horas. No 21º dia de internação e 6º PO foi solicitada nova TC de crânio com contraste, que exibiu imagem radiológica compatível com sinusopatia frontal direita, sem sinais de osteomielite ou coleções periorbitárias ou orbitárias bilateralmente (Figura 7). No 22º dia de internação, sob tratamento por 21 dias

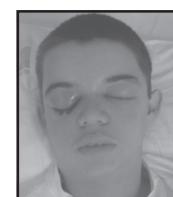
o paciente recebeu alta hospitalar em bom estado geral, afebril, com abertura ocular espontânea bilateral (Figura 8) e orientação para tratamento com levofloxacino e prednisolona até completar 30 dias, regressando para acompanhamento ambulatorial inicial após 5 dias.



Figura 1: Grande aumento de volume da região periorbitária à direita e discreto à esquerda.



Figuras 2 e 3: TC de seios da face mostra tecido com densidade de partes moles na região retro-orbitária e proptose do olho direito.



Figuras 4 e 5: Edema palpebral bilateral e outros sinais flogísticos, mais intensos à direita.

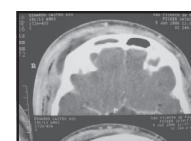


Figura 6: TC de crânio mostrando velamento do seio frontal direito e ar no subcutâneo parietal à direita.



Figura 7: TC de crânio no 6º PO de drenagem de abscesso periorbitário à direita.

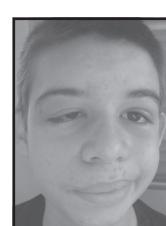


Figura 8: Abertura ocular espontânea bilateral-aspecto no 7º PO de drenagem de abscesso periorbitário à direita.

DISCUSSÃO

Complicações de doenças nasossinusais envolvendo as órbitas ou o cérebro são infreqüentes, porém potencialmente graves e até mesmo letais. O envolvimento

seio frontal é acometido, existe um perigo de que a infecção chegue ao endocrâneo via espaços medulares ósseos e por via venosa. Enquanto o edema periorbitário e periosteal geralmente respondem ao tratamento conservador, o abscesso subperiosteal, o flegmão orbitário e o abscesso cerebral requerem tratamento cirúrgico com rigorosa cobertura antibiótica. O tratamento de escolha para a osteomielite do frontal é a remoção do osso afetado, além da antibioticoterapia⁽⁵⁾.

É de suma importância estabelecermos as possibilidades diagnósticas diferenciais nos pacientes portadores de complicações de sinusites, em virtude do potencial letal principalmente da tromboflebite dos seios cavernosos, que se manifesta por exoftalmo uni e depois bilateral, grande queda do estado geral, toxemia, evoluindo para coagulação intravascular disseminada, o que requer auxílio intensivista para a heparinização do doente. Outras complicações, como os abscessos epidurais e cerebrais requerem o auxílio de um neurologista ou de um neurocirurgião.

No caso descrito, o paciente apresentou, dentre as complicações possíveis de rinossinusites, uma complicação orbitária de pouca repercussão clínica, que é a celulite localizada, tendo apresentado boa evolução com antibióticos, corticoterapia e drenagem do abscesso estabelecido durante a evolução.

CONCLUSÃO

O acompanhamento do paciente portador de complicações de rinossinusites deve ser cauteloso, devendo ser incluída uma avaliação e acompanhamento da evolução por tomografia computadorizada e preferencialmente multidisciplinar, com atuação do otorrinolaringologista, pediatra ou clínico, oftalmologista, neurocirurgião e/ou intensivista, quando necessário, para que seja desenvolvida uma ação sinérgica entre as diferentes especialidades, prevenindo agravamentos e culminando invariavelmente com maior benefício para o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BUTUGAN, O.; BALBANI, A. P. S.; VOEGELS, R. L.-Classificação das Complicações Orbitais das Rinossinusites. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 67:551-5, 2001.
- 2- KNIPPING, S. & BLOCHING, M.- Management of periorbital and orbital infections. *Klin Monatsbl Augenheilkd*, 221:953-9, 2004.
- 3-CAMPOS, C.A.H. & COSTA, H.O.O. -Tratado de Otorrinolaringologia, vol3:107, 2003.
- 4- HUANG, S.F.; LEE, T.J.; LIN, K.L. - Concomitant bilateral orbital and brain abscesses- unusual complications of pediatric rhinosinusitis, *Chang Gung Med J*; 28(1):51-5, 2005.
- 5- GREVERS, G & KLEMENS,A.-Complications of rhinosinusitis. *MMW Fortschr Med*, 144(4):36-8, 2002.

RELATO DE CASO

Atresia coanal congênita recidivada: como prevenir a reestenose.

Recurrent congenital choanal atresia: preventing the new stenosis.

Palavras-chave: atresia coanal, estenose, tratamento.

Key words: choanal atresia, stenosis, treatment.

Edmir Américo Lourenço *

Adriana Umemura **

Ana Laura Vargas **

Marcelo Henrique de Oliveira **

Karen de Carvalho Lopes ***

* Professor Adjunto-Doutor Regente da Disciplina de ORL da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) - SP.

** Médicos Residentes do 3º ano da Disciplina de Otorrinolaringologia da FMJ.

*** Médica ORL ex-Residente da Disciplina de ORL da FMJ.

Instituição: Faculdade de Medicina de Jundiaí. Rua Francisco Telles, 250 —B. Vila Arens —Jundiaí —SP. CEP 13.202-550.

Contato: Edmir Américo Lourenço —Rua do Retiro, 424 —5º andar —conjuntos 53 e 54 —B. Anhangabaú —Jundiaí —SP. CEP 13.209-000. e-mail: edmirlourenco@ibest.com.br

Artigo ainda não publicado.

congênita é uma falha no desenvolvimento da abertura de comunicação entre a porção posterior das cavidades nasais e a nasofaringe. É uma anomalia rara, sendo mais comum no sexo feminino^(2,1). Material e Método: Os autores relatam um paciente do sexo masculino com três meses de idade e história de cirurgia prévia para correção de atresia coanal com onze dias de vida, sem sucesso, apresentando quadro clínico de dificuldade respiratória e respiração ruidosa. Discussão: Tratando-se de uma anomalia congênita freqüentemente associada a outras, são discutidos aspectos relacionados ao quadro clínico, diagnóstico e tratamento e em conclusão a conduta cirúrgica mais adequada para a prevenção da reestenose, que consiste na remoção da placa óssea atrésica em conjunto com o septo ósseo posterior. O objetivo deste trabalho é o de sugerir a investigação diagnóstica e a melhor técnica cirúrgica para a correção da atresia coanal.