

ABSCESO PERIORBITÁRIO E SINUSITE RELATO DE CASO *

Periorbital abscess and sinusitis A case report

ANADÃO, Carlos Augusto **
CARVALHO, Simone Vendemiatti ***
LAMBERT, Lisandro Caron ***
MIGUEL, Elsa de Jesus Mendes Gonçalves ***
SILAS, Marcelo Grandini ***

ANADÃO, C.A. et al. Abscesso Periorbitário e Sinusite: Relato de um caso. Arq. med. ABC, 13(1-2): 38-39, 1990.

RESUMO: Os autores descrevem um caso de abscesso palpebral secundário à parasinusopatia infecciosa, quadro pouco comum dentre as complicações das sinusites. Foi feita revisão da literatura médica a respeito do assunto, discutindo os pontos em comum e as divergências entre os diversos autores.

UNITERMOS: Sinusitis, complicações, abscesso palpebral e relato de caso.

INTRODUÇÃO

Com o advento dos antibióticos notou-se sensível redução na frequência de complicações decorrentes de processos infecciosos em seios paranasais. No entanto, ainda hoje são relativamente comuns, onde destaca-se o desenvolvimento de celulite e de abscessos periorbitários. Estas afecções apresentam-se concomitantes a processos sinusais em 84% dos casos, acometendo crianças e jovens, tratando-se pois de importante fato nosológico, o qual requer pronto diagnóstico e tratamento (1, 3, 4, 6, 10, 11).

Este estudo relata um caso de abscesso periorbitário conseqüente a sinusopatia crônica, diagnosticado e tratado no serviço de otorrinolaringologia da FMFUABC-SP.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 14 anos de idade, masculino, branco, procurou nosso serviço com a queixa "inchaço no olho". Há um mês apresentou quadro gripal, evoluindo assintomático até há 10 dias quando iniciou com dor na região periorbitária esquerda, em pontada profunda, intensa, que melhorava com analgésicos, piorando com a mudança de decúbito, sem fatores concomitantes. A dor periorbitária intensificou-se acompanhada de tumefação em pálpebra superior esquerda e cefaléia hemcraniana de tipo pulsátil. Não havia sintomas visuais ou neurológicos. Evoluiu com este quadro até há 1 dia, quando procurou auxílio médico, sendo internado em nosso serviço.

ISDA: Nada digno de nota
HABITOS: Nada digno de nota
ANTEC. PESSOAIS: Nada digno de nota
ANTEC. FAMILIARES: Nada digno de nota

Do exame físico (da admissão)

- A — Geral: REG consciente, ativo, descorado +/4, hidratado, anictérico, adianótico, gânglios cervicais, axilares e inguinais normais à palpação. Temperatura axilar 26,5°C, pulso 96 bat/min, PA = 110mmHg x 60mmHg.
- B — Especial: Cabeça e pescoço: edema periorbitário à esquerda +++/4+, predominantemente em pálpebra superior com hiperemia e hipertermia local. Abertura ocular diminuída; à palpação, observa-se área de flutuação em terço nasal de pálpebra superior esquerda, indolor, de consistência elástica.

Exames Complementares:

Radiografia simples fronto-naso-placa demonstrou área radiopaca em região de seios frontal e etmoidal à esquerda, sem alterações de contornos ósseos. O estudo radiológico em incidência mento-naso-placa mostrou área de radiopacidade em seio maxilar à esquerda.

O paciente foi então internado, em uso de antibioticoterapia para realização de drenagem de abscesso palpebral, feito no dia seguinte à internação. Um dia após o evento recebeu alta hospitalar. Retornou ao ambulatório sete dias depois para reavaliação do quadro, apresentando nítida melhora dos sintomas e regressão dos sinais, motivo pelo qual recebeu alta ambulatorial.

DISCUSSÃO

As complicações orbitárias das sinusopatias infecciosas em geral acometem indivíduos jovens, sendo que cerca de 85% dos casos ocorrem abaixo dos 20 anos de idade (10, 11).

Diversos autores relatam, como manifestação inicial da doença, dor orbitária ou periorbitária, cefaléia, edema palpebral predominante em pálpebra superior e sinais flogísticos locais, como primeiro sintoma da doença até então inaparente. Porém, história de estado gripal cerca de 20 dias antes do evento é fato comum, podendo ocorrer em até 80% dos casos, bem como manifestações alérgicas tais como asma, rinite, outros sintomas otorrinolaringológicos (10, 11, 12).

Apesar de haver quadro supuratório evidente, descreve-se a ausência de picos febris em grande maioria das séries publicadas, mas que pode surgir mais tardiamente, de modo crescente e proporcional à gravidade do processo (4, 6, 9, 10, 11, 12).

A presença de sinais flogísticos locais, tais como edema, hiperemia, exoftalmia e diminuição de movimentação ocular ocorrem em quase todos os pacientes e com maior frequência do lado esquerdo. A prevalência de celulite periorbitária à esquerda tem sido notada por diversos autores, cogitando-se que haja nestes casos possíveis variações anatômicas originárias no processo de ossificação, que seriam compensadas mais tarde com o desenvolvimento craniano. No caso apresentado constatou-se fistulização de parasinusite para a região palpebral esquerda, o que justificava o processo local. Raramente a coleção purulenta se dirige para junto do nervo óptico, tendendo a drenar espontaneamente através da pele, formando fistula palpebral (9).

* Relato de caso laureado no XV COMUABC no ano de 1990.

** Professor da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

*** Acadêmicos do 6.º ano da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

O diagnóstico é baseado em história clínica e exame físico acurados, porém a complementação através de estudo radiológico é de grande valia, nas incidências: fronto-naso (seio frontal e celular etmoidais anteriores), mento-naso (seio maxilar), incidência de Hirtz (seios esfenoidal e seios etmoidais posteriores) e perfil (seios frontal, maxilar, etmóide e esfenóide), são importantes para confirmar a existência de sinusite, determinar quais os sítios afetados e informar sobre o volume e a extensão do processo, na orientação clínica cirúrgica.

Os agentes etiológicos mais comumente envolvidos no processo são *Haemophilus influenzae* (84%), *Pneu-*

mococcus (22%) e *Streptococcus* β Hemolíticos do grupo A, *Staphylococcus aureus* e *E. coli*, seguidos pelos *Peptoestreptococcus* e bacterióides (6, 11, 12).

Com base nestas informações nosso paciente foi submetido a esquema de antibioticoterapia, objetivando atingir tanto bactérias gram-positivas quanto gram-negativas. Concomitantemente realizou-se drenagem cirúrgica do abscesso palpebral à esquerda.

O paciente recebeu alta dois dias depois, retornando para reavaliação em completa remissão do quadro, fato que se repete em diversos relatos, revisados em literatura (6, 10).



FIGURA 1 — Edema intenso em região de pálpebra superior e inferior à esquerda.



FIGURA 2 — Processo flogístico acentuado à esquerda. Notar a proporção do edema em relação ao lado direito.



FIGURA 3 — Aspecto radiológico dos seios paranasais (AP e mentonasoplaca respectivamente em A e B). Notar velamento em seios frontal, etmoidal anterior e maxilar esquerdos.

ANADÃO, C.A. et al. Periorbital Abscess and Sinusitis: A case report. Arq. med. ABC, 13(1-2): 38-39, 1990.

SUMMARY: The authors report one case of the palpebral abscess secondary for general infection sinusitis, an unusual case among the several complications of sinusitis. They performed a medical literature review about the subject, discussing the common points of view and discords among several authors.

KEY WORDS: Sinusitis, complications, palpebral abscess, case reported.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DAWES, J.D. Complication of Acute and Chronic Sinusitis. In: BALLANTYNE, J. J. Diseases of the Ear, Nose and Throat. London, Brutter Works, 1979.
2. HARRINGTON, O.C. Complications of Sinusitis. Ear, Nose and Throat J., 63:163-70, 1984.
3. JUAN, E.; GREEN, R.; KLIFF, N.T. Allergic Periorbital Mucopyocele in Children. Am. J. Ophthalmol., 96:299-303, 1983.
4. LEOPOLD, D.A.; HELMAN, R.M.; GOULD, L.V. Retro-orbital Hematoma and Proptosis Associated with Chronic Sinus Disease. Arch. Otolaryngol., 106:442-3, 1980.
5. MILLS, R.P. Orbital Infection and Sinusitis. J. Royal Soc. of Med., 79:68-9, 1986.
6. NAPIER, B.L. Orbital Abscess Secondary to Ethmoidal Sinusitis. Ear, Nose and Throat J., 62:49-54, 1983.
7. NEVES-PINTO, E.M.; LANDEIRO, J.A.; LIMA, P.E. Complicações Orbitárias, Cranianas e Endocranianas das Sinusites — Parte II. F. Med. (Br.) 90(4):183-195, 1985.
8. NIYADRURUPOLA, T. Orbital Infection and Sinusitis. J. Royal Soc. Med., 80:194, 1987.
9. PROCÓPIO, E.S. Sinusites. An. Hospital Sider. Nac. Volta Redonda. 9(1):14-17, 1985.
10. SALINGER, S. Thionogenic Brain Abscess. In: COATES, S.M. Harper and Row Publishers, 1968.
11. SCHRAMM, V.L.; MYERS, E.N.; KENNERDELL, J.S. Orbital Complications of Acute Sinusitis: Evaluation, Management and Outcome. Orl., 86:221-8, 1978.
12. SHAHIN, J.; GULLANE, P.; HAYAL, V.S. Orbital Complications of Acute Sinusitis. J. Otolaryngol., 16(1):23-7, 1987.
13. WATKINSON, J.C.; DOUER, E.E.; CALVER, D.; NEVILLE, B.R. Frontal Sinus Abscess and Secondary Orbital Cellulitis. Br. J. Hosp. Med., 82:66, 1986.