



Abscesso orbitário intraconal secundário a rinossinusite aguda: Relato de caso

Thiago Dornelas de Oliveira¹; Tainá de Souza Negri Machado¹; Ana Carolina Araújo Silva²;

Ana Beatriz Araújo Lucca²; Yaskara Lessa Lisbôa Ballard³

1. Residente de Clínica Médica pelo Hospital Municipal de Governador Valadares; 2. Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora/ Campus Governador Valadares; 3. Residente de Clínica Médica pelo Hospital Municipal Carlos Chagas

Introdução/Fundamentos

Entre as complicações de maior gravidade nas rinossinusites, encontram-se os abscessos orbitários intraconais, caracterizados por exoftalmia irreduzível e dolorosa, com importante prejuízo da acuidade visual. Geralmente a tomografia computadorizada evidencia uma formação hipodensa com captação periférica de contraste em topografia intraconal. O tratamento com antibiótico endovenoso é fundamental, sendo a cirurgia e exploração orbitária indicadas na presença de abscessos orbitários.

Foi realizado nova TC de crânio, evidenciando espessamento de partes moles intra e extraconal a esquerda. Sendo instituído um novo esquema antimicrobiano, com vancomicina e ceftriaxona. A ressonância magnética de órbita realizada no sétimo dia de internação, evidenciou sinusopatia maxilar e etmoidal a esquerda, com a presença de material isoíntenso infraorbitário com captação de contraste, provável ruptura da lâmina papirácea e invasão da gordura intraconal a esquerda. No décimo primeiro dia de internação, a paciente foi transferida para outra unidade hospitalar sendo realizado drenagem cirúrgica convencional do abscesso orbitário esquerdo pela equipe de otorrinolaringologia, evoluindo com melhora dos sintomas e sem sequelas.

Objetivos

Descrever os aspectos clínicos, propedêuticos e terapêuticos envolvidos na abordagem de um abscesso orbitário secundário a rinossinusite aguda.



Figura 1

Figura 2

Figura 3

Figura 1. Tomografia axial de crânio evidenciando sinusopatia etmoidal com material hipodenso invadindo gordura intraconal esquerda. Figura 2. Tomografia coronal de face evidenciando sinusopatia etmoidal e maxilar com material hipodenso invadindo gordura intraconal esquerda. Figura 3. Ressonância axial de crânio evidenciando sinusopatia etmoidal e maxilar com material isoíntenso invadindo gordura intraconal esquerda.

Conclusões/Considerações Finais

É preciso ressaltar que o diagnóstico precoce, através de achados clínicos e radiológicos, associado ao tratamento antimicrobiano e a indicação cirúrgica adequada são condições essenciais para se prevenir sequelas irreversíveis ou evolução fatal nestes casos.

Referências Bibliográficas

- Anselmo-Lima WT, Sakano E, Anselmo-Lima WT, et al. Rhinosinusitis: evidence and experience. Braz J Otorhinolaryngol. 2015, v. 81, n. 1, pp. 1-49.
- Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. Rhinology. 2012, v. 50, n. 1, pp. 1-12.
- Marconato F, Mangussi-Gomes J, Balsalobre L. Complicações das rinossinusites. Revista do HUPE. 2016, v. 15, n. 4, pp. 349-355.

Descrição do caso

Paciente sexo feminino, 46 anos, diabética tipo II, deu entrada com quadro de cefaleia hemcraniana esquerda persistente há aproximadamente 45 dias de evolução, iniciada após quadro de COVID-19. Na admissão queixava-se também de dor ocular esquerda, otalgia esquerda, odinofagia e hipoestesia facial esquerda. Ao exame, presença de edema periorbitário discreto à esquerda, sem sinais flogísticos exuberantes. Oroscoopia e otoscopia sem alterações. A tomografia computadorizada (TC) de crânio revelou espessamento da mucosa das células etmoidais a esquerda e seio maxilar esquerdo. Foi iniciado um esquema de amoxicilina com clavulanato de potássio endovenoso, antiinflamatório não-esteroidal e analgesia oral. Os exames laboratoriais do quarto dia de internação, revelavam leucócitos: 6820/mm³; hemoglobina: 11,4g/dl; plaquetas: 234000/mm³; proteína C reativa: 27mg/dl. No sexto dia de internação, a paciente evoluía sem melhora da cefaleia, associada a dor ocular intensa, fotofobia, visão turva, diplopia e proptose leve a esquerda.

