



Celulite da região orbitária. Revisão de 71 casos

Rita Cardoso, Maria Filipe Barros, Duarte Santos

Serviço de Pediatria. Hospital Distrital de Faro

Resumo

Introdução. A celulite da região orbitária é uma patologia que pode associar-se a complicações potencialmente graves.

Objectivo. Caracterização dos casos de celulite orbitária e periorbitária internados num Serviço de Pediatria.

Métodos. Revisão casuística dos casos de celulite orbitária ou periorbitária internados no Serviço de Pediatria nos anos de 1995 a 2005.

Resultados. Identificaram-se 71 casos – 65 celulites periorbitárias (92%) e seis celulites orbitárias (8%). A maioria ocorreu em crianças até os cinco anos de idade (73%) e no período do Outono/Inverno (68%). A infecção respiratória alta foi a patologia associada em 37% dos casos de celulite periorbitária e a sinusopatia em 100% dos casos de celulite orbitária. Solicitou-se tomografia computadorizada em 31% dos casos. A associação de sinusopatia à celulite orbitária esteve presente em seis casos, coincidente com o grupo que apresentava sintomas e sinais clínicos que fizessem suspeitar de uma situação de maior gravidade. A maioria das crianças foi tratada com monoterapia antibiótica (83%), sendo a mais frequente o cefuroxime (39%), seguido de amoxicilina-ácido clavulânico (37%). Todos os casos evoluíram sem complicações.

Conclusão. A sinusopatia foi a patologia associada em todos os casos de celulite orbitária. A tomografia computadorizada tem importância na investigação diagnóstica e apresenta indicações específicas para a sua solicitação.

Palavras-chave: celulite periorbitária; celulite orbitária; pediatria.

Acta Paediatr Port 2007;38(5):179-82

Orbital cellulites. Casuistic review of 71 cases

Abstract

Background. Orbital Cellulitis is a pathology that might lead to potentially serious complications.

Aim. To analyze the cases of orbital and periorbital cellulites admitted to the paediatric department.

Methods. Case review of the admissions with orbital or periorbital cellulitis to the paediatric department from 1995 to 2005.

Results. 71 cases were identified – 65 cases of periorbital cellulites (92%) and six cases of orbital cellulites (8%). The majority of these cases occurred in children under five years of age (73%) and in the autumn-winter (68%). Upper respiratory infection was the associated pathology in 37% of the cases of periorbital cellulites. Sinusitis was the associated pathology in 100% of the cases of orbital cellulites. A computed tomographic scan was obtained in 31% of the cases. Orbital cellulites associated to sinusitis were present in six cases and was coincident with the group that had signs and symptoms that could suggest some degree of severity. The majority of the children were treated with single antimicrobial therapy (83%), cefuroxime being the most frequently used (39%), followed by amoxicillin-clavulanate (37%). All cases recovered without complications.

Conclusion: Sinusitis was the associated pathology in every case of orbital cellulitis. The computed tomography scan has specific indications in this pathology.

Key-words: periorbital cellulitis, orbital cellulitis, paediatrics.

Acta Paediatr Port 2007;38(5):179-82

Introdução

A celulite da região orbitária apresenta-se sob a forma de celulite periorbitária ou orbitária, sendo esta última mais frequentemente associada a complicações potencialmente graves.

A celulite orbitária (CO) é uma infecção com localização posterior ao septo orbitário^{1,3}. Pode surgir após extensão de infecção de estruturas periorbitárias, inoculação directa da órbita por trauma ou disseminação hematogénica^{1,4}. Tem como principal causa a sinusopatia, principalmente a etmoidite^{5,6}. O espectro clínico pode abranger além de edema/eritema palpebral, motilidade ocular diminuída, dor ocular, diplopia, proptose e quemose. Pode evoluir com complicações intra-cranianas e oculares⁶.

Recebido: 05.01.2007

Aceite: 05.08.2007

Correspondência:

Rita Cardoso
Hospital Distrital de Faro – Serviço de Pediatria
Rua Leão Penedo
8000-385 Faro
Telefone: 289713723
ritacardoso@hotmail.com

A celulite periorbitária (CPO), de localização anterior ao septo orbitário, é a forma de apresentação mais frequente, não apresentando os sinais de gravidade sugestivos de CO¹. A infecção respiratória alta, conjuntivite e lesão cutânea local são as principais responsáveis pela CPO⁵.

Os microorganismos mais implicados são *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus* e *S. pyogenes*, sendo estes dois últimos os mais prováveis no caso da porta de entrada ser uma lesão cutânea^{6,7}. Na CO deve-se ter em conta ainda a *M. catarrhalis* e os anaeróbios⁵. Após o início da vacinação contra o *H. influenzae* tipo b, tem sido verificada a redução da frequência e do isolamento deste agente na celulite da região orbitária⁶.

A celulite da região orbitária deve ser reconhecida e tratada precocemente devido à gravidade das suas potenciais complicações. É uma patologia aguda que tem motivado alguns estudos nos últimos anos⁸⁻¹².

O objectivo deste estudo é caracterizar os casos de celulite orbitária e periorbitária internados no Serviço de Pediatria dum Hospital Geral de nível III.

Material e métodos

Revisão casuística dos casos de celulite orbitária e periorbitária internados no Serviço de Pediatria de Janeiro de 1995 a Dezembro de 2005, sendo incluídas todas as crianças internadas neste período. Foram analisados os seguintes parâmetros: idade, sexo, época do ano, características clínicas de apresentação, antibioticoterapia prévia, tempo decorrido entre o início do quadro e o diagnóstico, presença de leucocitose > 15000, proteína C reactiva positiva (> 5 mg/l), exame imagiológico, terapêutica efectuada, tempo de internamento e complicações decorridas.

Foram classificadas com o diagnóstico de CO as crianças que apresentavam algum sinal ou sintoma compatível com os critérios de gravidade sugestivos de CO e tomografia computadorizada que revelava comprometimento posterior ao septo orbitário, sendo as restantes incluídas no grupo de CPO.

Resultados

Durante este período de onze anos foram identificados 71 casos: 65 com o diagnóstico de CPO (92%) e seis com CO (8%). A CPO representou 0,6% e a CO 0,05% de um total de 11807 internamentos em Pediatria. A taxa de incidência acumulada da patologia na população infantil servida pela instituição foi de 20,4 por 100.000 crianças.

Na distribuição anual verifica-se alguma regularidade no número de internamentos, porém com um aumento de casos em 2004 (Figura 1).

Verificou-se um maior número de internamentos no Outono/Inverno (68%), com 27 casos no Outono (38%), 21 no Inverno (30%), doze na Primavera (22%) e sete no Verão (10%).

A idade variou entre os 6 meses e 13 anos. A média de idade para a CPO foi de 3,7 anos e para a CO foi de 7 anos. A maioria dos casos ocorreu em crianças até os 5 anos de idade

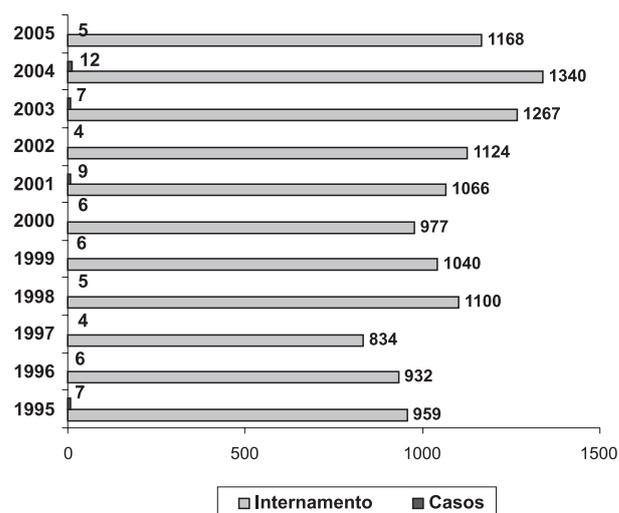


Figura 1 – Distribuição anual dos casos e número total de internamentos, verificando-se alguma regularidade no número de casos internados.

(73%): quinze crianças abaixo de um ano, 21 entre 1 e 3 anos de idade, 16 entre os 3 e 5 anos e 19 acima dos 5 anos. Não encontramos diferença estatisticamente significativa relativamente ao sexo, tendo o sexo masculino representado 56% dos casos.

O tempo decorrido entre o início do quadro clínico e o diagnóstico variou desde 1 até 7 dias, sendo que 63% das crianças recorreram ao médico no primeiro dia de doença.

Em relação às características clínicas de apresentação, todas as crianças apresentavam edema/eritema palpebral, sendo unilateral em 94%. A febre esteve presente em 53% das crianças com CPO e em 50% das crianças com CO. Das seis crianças com CO, quatro apresentavam proptose (67%), uma queixava-se de dor ocular e outra apresentava-se sonolenta.

A patologia mais frequente associada à CPO foi a infecção respiratória alta, que ocorreu em 26 casos (37%). Outra patologia associada à CPO foi a conjuntivite purulenta em quinze casos (21%), ferida periorbitária (13%), sem causa aparente (11%), picada de insecto (4%), abscesso dentário (3%), abscesso supra auricular (1%) e dacriocistite (1%). Em relação à CO, a sinusopatia foi a patologia associada em 100% dos casos (50% pansinusite e 50% etmoidite). Em relação aos antecedentes pessoais, ressalta-se uma criança com CO e outra com CPO.

Foram medicadas previamente ao internamento 20 crianças (28%), uma com CO, na qual fora utilizado a flucloxacilina, e 19 com CPO, sendo o antibiótico mais prescrito a associação amoxicilina-ácido clavulânico (42%). A tomografia computadorizada (TC) foi solicitada em 22 casos (31%): quatro por proptose, um por dor ocular, um por sonolência excessiva e em 16 não se encontrou referência específica para a requisição deste exame. As TC efectuadas revelaram associação de sinusopatia à CO em seis casos (27%), sinusopatia associada à CPO em dez (45%) e imagem compatível com CPO em seis (27%). A radiografia dos seios perinasais foi solicitada em 8% dos casos e revelou sinusopatia em 50% das crianças.

O estudo analítico foi solicitado em 96% dos casos, revelando leucocitose em 41% e proteína C reactiva (PCR) positiva em 80% das crianças. Refere-se que duas crianças com CO não apresentavam leucocitose. A hemocultura foi solicitada em 34 casos (48%), não tendo havido isolamento de qualquer agente; em sete crianças havia sido iniciada antibioterapia previamente ao internamento, entre elas uma criança com CO.

A maioria das crianças foi submetida a monoterapia antibiótica (83%), sendo a mais frequente o cefuroxime (39%), seguido de associação amoxicilina-ácido clavulânico (37% (Quadro I). Houve necessidade de drenagem cirúrgica de ferida periorbitária em um caso.

Quadro I – Terapêutica antibiótica utilizada em internamento nos casos de CO e CPO, sendo mais utilizada a monoterapia.

Terapêutica	Diagnóstico		Total
	CO	CPO	
Amoxicilina – ácido clavulânico	1	25	26
Cefuroxime	0	28	28
Ceftriaxone	0	3	3
Flucloxacilina	0	2	2
Flucloxacilina+Azitromicina+Cefuroxime	0	1	1
Ceftazidima+Gentamicina	0	1	1
Amoxicilina - ácido clavulânico +Clindamicina	2	0	2
Flucloxacilina + Gentamicina	0	1	1
Ceftriaxone +Metronidazol	0	1	1
Cefuroxime +Gentamicina	1	0	1
Cefuroxime+Clindamicina	1	0	1
Cefradina+Gentamicina	0	1	1
Amoxicilina - ácido clavulânico + Clindamicina +Gentamicina	1	0	1
Amoxicilina - ácido clavulânico +Metronidazol	0	2	2
Total	6	65	71

O tempo médio de internamento foi de 5,3 dias (mínimo de 2 dias e máximo de 15 dias), sendo mais prolongado nos casos de CO. Todos os internamentos decorreram sem complicações.

Discussão

A maioria dos casos de internamento por celulite da região orbitária correspondeu ao diagnóstico de CPO, enquanto a CO representou uma parcela significativamente menor (8%), o que está de acordo com outros autores^{8,11,12}. A maioria dos casos ocorreu no Outono/Inverno, como é referido na literatura¹²⁻¹⁴, provavelmente devido a maior incidência de infecções respiratórias altas que ocorre neste período^{4,6}. No presente estudo, a infecção respiratória alta foi a principal patologia associada para a CPO, tendo sido diagnosticado em 38% deste grupo a presença de sinusopatia. Nos casos de CO, a sinusopatia foi a patologia associada em 100% dos casos, e tem sido referido na literatura como a principal responsável pela CO^{3,5,6}. A média de idade para as crianças com CO foi de sete anos, o que está de acordo com a literatura^{4-6,11}, devido a maior incidência de sinusopatia a partir desta faixa etária, enquanto a CPO tende a ocorrer em crianças mais jovens⁵.

A maioria das crianças recorreu à assistência médica no primeiro dia de sintomas, o que provavelmente contribuiu para a boa evolução.

Ressalta-se que, apesar da maior gravidade da CO, com maior repercussão no estado geral e febre, apenas três crianças com CO apresentavam febre neste estudo (50%). Em relação às restantes três crianças que não apresentavam febre, uma criança havia iniciado flucloxacilina previamente ao internamento. Tal achado foi referido também em um estudo recente em que cerca de um terço das crianças admitidas com CO não apresentavam febre¹⁵. No que se refere aos sinais de gravidade, a proptose foi o achado mais frequente.

No nosso estudo, a avaliação analítica foi solicitada em 96% dos casos e 41% das crianças tinham leucocitose. Conforme tem sido descrito na literatura, os exames analíticos, apesar de serem um meio auxiliar e poderem indicar a gravidade do processo^{5,10}, não devem ser utilizados como um critério diferencial entre CO e CPO¹¹. Levando em consideração as limitações que um estudo retrospectivo impõe, não é possível precisar o motivo da não realização de avaliação analítica em 4% dos casos. Nas hemoculturas solicitadas não foram identificados agentes etiopatogénicos, o que aparentemente não tem relação com a utilização de antibioterapia previamente ao internamento, uma vez que 80% dos casos não receberam terapêutica anterior. Também tem sido referido noutras séries da literatura um baixo índice de isolamento de agentes^{4,9}.

Nas TC solicitadas com base em sintomas e sinais clínicos definidos, que fizessem suspeitar de uma situação de maior gravidade, encontraram-se alterações correspondentes à gravidade da doença (27%), o que corrobora a tendência actual para a especificação dos critérios de realização de TC, como os sinais de gravidade sugestivos da possibilidade de uma CO, suspeita de corpo estranho intraorbitário, suspeita de complicações e sempre que a evolução clínica não é favorável^{7,10}.

Apesar da diversidade terapêutica encontrada, o que provavelmente se deve ao facto de ser um estudo retrospectivo de vários anos que reflecte a orientação de diversos profissionais, os antibióticos mais utilizados foram o cefuroxime e a associação amoxicilina-ácido clavulânico e houve boa resposta terapêutica em relação à antibioterapia utilizada. Em relação à terapêutica na CPO, quando há evidência de hordéolo ou porta de entrada cutânea uma das opções terapêuticas preconizadas na abordagem inicial tem sido a utilização de flucloxacilina ou se a patologia associada for uma conjuntivite ou uma infecção respiratória, a utilização da associação amoxicilina-ácido clavulânico⁷. Em relação à CO, uma das terapêuticas preconizadas na abordagem inicial tem sido a utilização da associação amoxicilina-ácido clavulânico⁷.

Conclusão

A infecção respiratória alta foi a patologia associada mais frequente no grupo com CPO e a sinusopatia foi a patologia associada em todos os casos de CO. A TC tem importância na investigação diagnóstica e apresenta indicações específicas para a sua solicitação, nomeadamente sinais clínicos de gravidade e suspeita de complicações.

Agradecimentos

Ao Dr. Luís Gonçalves e ao Dr. José Gonçalo Marques, pela revisão do manuscrito.

Referências

1. Olitsky SE, Nelson LB. Disorders of the Eye. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed. Philadelphia: Saunders Company; 2003. p2123-4.
2. Traboulsi EI, Maumenee IH. Eye problems. In: McMillan JA, DeAngelis CD, Feigin RD, Warshaw JB, eds. *Oski's Pediatrics, Principles and Practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.p660-81.
3. Berman S, Gross RD. Orbital Cellulitis or Abscess. In: Berman S, ed. *Pediatric decision making*. 4th ed. Philadelphia: Mosby; 2003. p686-7.
4. Harrington JN. Orbital Cellulitis. Phillipotts BA, Fong DS, Duffy MT, Brown LL, Roy H, eds. [Updated 2004 June 7; Cited 2005 Aug 27]. Acessível em: <http://www.emedicine.com/oph/topic205.htm>.
5. Marques JG, Fernandes A. Abordagem Prática da Celulite da Órbita na Criança. In: Souza JS, ed. *A Pediatria Prática e a Prática da Pediatria*. Lisboa: Monografia Beecham; 1996. p31-7.
6. Coats DK, Carothers TS, Brady-McCreery K, Paysse EA. Ocular infectious Diseases. In: Feigin RD, Cherry JD, et al. eds. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2004. p790-2.
7. Pinto M, Marques JG. Celulite da Órbita. In: Correia M, Gomes AL, Oom P, Pedro JCG, eds. *Protocolos de Urgência em Pediatria*. 2^a ed. Lisboa: ACSM; 2003. p184-6.
8. Abrantes M, Fonseca H, Pedro E, Mota L, Valente P, Pinheiro M et al. Celulite da órbita. *Rev Port Pediatr* 1991;22:115-20.
9. Ribeiro A. Celulites orbitárias e periorbitárias. *J Med (Oporto)* 1991; 131:519-21.
10. Fernandes A, Marques JG. Celulite da órbita na criança. *Acta Pediatr Port* 1997;28:325-30.
11. Fernandes A, Faria D, Rocha G, Lemos L. Celulite da Região Orbitaria. *Rev Port Doenças Infecc* 1996;19(3-4):201-8.
12. Pedrosa C, Marques E. Celulite da Região Orbitaria – Estudo Retrospectivo de 43 Casos. *Acta Pediatr Port* 2003;34:9-12.
13. Madalena C, Costa M, Oliva T, Guedes M, Monteiro T. Celulite da Região Orbitaria. *Saúde Infantil* 1998;20(3):33-51.
14. Ferran LR, Vallhonrat RP, Youssef WF, Aristazábal JLR, Cubells CL, Fernández JP. Celulitis Orbitaria y Periorbitaria – Revisión de 107 casos. *An Esp Pediatr* 2000;53:567-72.
15. Nageswaran S, Woods CR, Benjamin DK, Givner LB, Shetty AK. Orbital Cellulitis in Children. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:695-9.