



DACRIOCISTITE AGUDA DECORRENTE DE SINUSITE MAXILAR

Henry Ugadin Koishi, Médico Residente da Disciplina de Clínica Otorrinolaringológica do HCFMUSP.
Adriane Lurck Zonato, Médica Residente da Disciplina de Clínica Otorrinolaringológica do HCFMUSP.
Fabiana Araújo Sperandio, Médica Residente da Disciplina de Clínica Otorrinolaringológica do HCFMUSP.
Rodrigo Bizelli, Médico Residente da Disciplina de Clínica Otorrinolaringológica do HCFMUSP.
Ossamu Butugan, Professor associado da Disciplina de Clínica Otorrinolaringológica da FMUSP.
Richard Voegels, Médico assistente da Disciplina de Clínica Otorrinolaringológica da FMUSP.

Trabalho realizado na Disciplina de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:

*CEDAO - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 - sala 6021 - 6º andar - Cerqueira César - São Paulo - SP
- CEP 05403-000*

INTRODUÇÃO

Complicações de sinusites podem ocorrer em pacientes com doença aguda, subaguda ou crônica. Felizmente, o nível de complicação é baixo; entretanto, a incidência precisa é desconhecida. Complicações são usualmente loco-regionais ao seio envolvido, manifestando-se como alterações orbitárias ou como osteomielite e, mais raramente, podendo acometer o sistema nervoso central¹.

Apresentamos o caso de um paciente com dacriocistite aguda, secundária a sinusite maxilar e mimetizada pela presença de celulite periorbitária que mascarou as características clínicas da dacriocistite, ressaltando a dificuldade diagnóstica, bem como a importância desta devido ao tratamento distinto que a dacriocistite requer.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, de 62 anos, branco, hígido, apresentou-se ao Serviço de Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo com história de edema bipalpebral direito, cefaléia holocraniana e obstrução nasal direita há 5 dias, negando febre e rinorréia. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, corado, hidratado, normocárdico e normotenso, com edema, hiperemia e calor bipalpebral. A conjuntiva do olho direito estava hiperemiada, não apresentando saída de secreção à expressão da região correspondente ao saco lacrimal. A rinoscopia anterior mostrou desvio

septal anterior importante para a direita, discreta hiperemia de mucosa nasal, não sendo visualizada secreção em fossas nasais. Foi realizado Rx simples de seios da face que evidenciou velamento maxilo-etmoidal à direita (Fig. 1 e 2), sendo então levantada a hipótese de sinite maxilo-etmoidal complicada com celulite periorbitária. O paciente foi internado para receber antibioticoterapia intravenosa (penicilina cristalina e cloraranfenicol) e anti-inflamatório não hormonal, além de realização de tomografia computadorizada de seios da face. Foi submetido à punção do seio maxilar direito, com saída de secreção purulenta 12 horas após o início da antibioticoterapia, e a cultura, tanto para bactérias, como para fungos foi negativa. A tomografia computadorizada mostrou velamento parcial do seio maxilar direito (Fig. 3), espessamento e realce da região pré-septal orbitária direita, principalmente em região medial (Fig. 4), com os demais seios de aspecto normal, inclusive os seios etmoidais (Fig. 5). O paciente evoluiu com diminuição do edema palpebral e localização do processo inflamatório no canto interno da órbita direita, abaixo do ligamento cantal, mantendo-se desta forma apesar da antibioticoterapia intravenosa. O tratamento foi mudado para clindamicina intravenosa, tendo o paciente apresentado evolução satisfatória com posterior drenagem de secreção purulenta na região do saco lacrimal.

DISCUSSÃO

A patologia infecciosa dos seios paranasais é relativamente freqüente, com curso geralmente benigno, sendo que poucos pacientes evoluem



Figura 1 - Radiografia de seios paranasais, incidência de Waters, mostrando velamento do seio maxilar direito.



Figura 2 - Radiografia de seios paranasais, incidência de Caldwell, mostrando velamento do seio etmoidal direito.



Figura 3 - CT de seios paranasais, corte coronal, mostrando espessamento mucoso e acúmulo de secreção em seio maxilar direito.



Figura 4 - CT de seios paranasais, corte axial, mostrando espessamento e realce da região pré-septal orbitária, à direita.

apresentando complicações que envolvam a órbita, sistema nervoso central ou estruturas ósseas adjacentes. Chandler classificou as complicações orbitárias das sinusites agudas em: celulite periorbitária, abscesso periorbitário, abscesso subperiosteal, abscesso orbitário e trombose de seio cavernoso². As complicações orbitárias das sinusites são freqüentemente vistas em nosso Serviço, porém dacriocistite aguda é complicação extremamente rara em nossa experiência.

No caso descrito, o paciente apresentou quadro de celulite periorbitária, suspeitando-se inicialmente tratar-se de complicação de sinusite maxilo-etmoidal vista ao Rx simples dos seios da face. Após a internação do paciente para antibioticoterapia intravenosa, realizou-se tomografia computadorizada que evidenciou comprometimento dos seios maxilar direito e processo inflamatório das vias lacrimais (Fig. 4), sendo que os seios etmoidais estavam normais (Fig. 5).

Devido aos achados tomográficos e ao fato de,

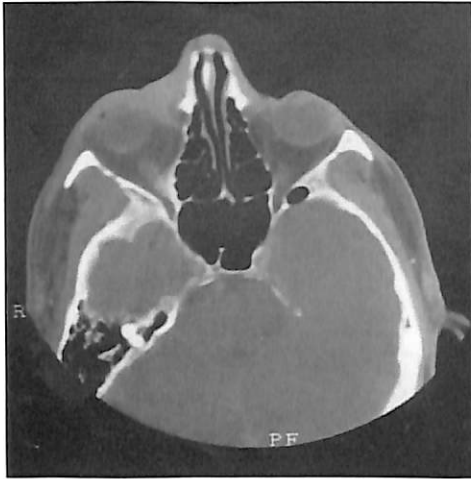


Figura 5 - CT de seios paranasais, corte axial, mostrando seios etmoidal anterior e posterior juntamente com seio esfenoidal sem comprometimento.

cl clinicamente, o paciente ter evoluído com melhora da celulite periorbitária, mas permanecendo com edema localizado em canto interno da órbita direita, associado a sinais flogísticos locais, foi levantada a hipótese de dacriocistite aguda em decorrência de sinusite maxilar.

A dacriocistite aguda é inflamação do saco lacrimal, geralmente decorrente de obstrução das vias de drenagem, causada mais freqüentemente por mucocele, cálculo ou tumor³. Porém, sabe-se que inflamação da mucosa nasal decorrente de sinusopatia ou rinite pode levar à obstrução das vias lacrimais com estase e infecção secundária⁴. Clinicamente, o paciente vai apresentar-se com dor local e lacrimejamento, além de

edema, eritema e hiperemia conjuntival. No caso descrito, o processo inflamatório nasal causado pela sinusite maxilar pode ter sido o fator desencadeante do processo em vias lacrimais e, conseqüentemente a esta, ter-se desenvolvido celulite periorbitária. Williams e Harrison observaram que a ausência ou a pouca manifestação de sinais e sintomas de rino-sinusite não excluem a possibilidade de desenvolvimento de complicação sinusal⁵.

A dacriocistite é infreqüente como causa de celulite periorbitária⁶, sendo esta mais freqüentemente vista como complicação de sinusite etmoidal, o que dificulta o diagnóstico. Na avaliação inicial do paciente, o velamento etmoidal, observado no Rx simples dos seios da face, era resultado do processo inflamatório das partes moles circunjacentes e não de sinusopatia etmoidal, como mostrou a tomografia computadorizada.

O caso ilustra situação rara, onde a dacriocistite foi conseqüência da sinusite maxilar, sendo importante o diagnóstico diferencial, pois a antibioticoterapia deve ser ampliada nestes casos, onde a presença de *Staphylococcus epidermidis* e *Staphylococcus aureus* são mais freqüentes⁷.

BIBLIOGRAFIA

1. Bailey, BJ et al. Sinusitis: Current Concepts and Management. *Head & Neck Surgery - Otolaryngology by Lippincott Company* Vol.1:366-376, 1993.
2. Grandler, JR; Langenbrunner, DJ; Stevens, ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope* 80:1414-28, 1970.
3. Fayet, B; Bernard, JR. Abscess palpébraux et lacrymaux. *La Revue Du Praticien* 45:461-464, 1995.
4. Goldberg, SH; Fedok, FG; Botek, AA. Acute dacryocystitis secondary to exudative rhinitis. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 9(1):51-2, 1993.
5. Williams, BJ; Harrison, HC. Subperiosteal abscesses of the orbit due to sinusitis in childhood. *Aust NZ Ophthalmol* 19:29-36, 1991.
6. Malsat, VM; Hurwitz, JJ. Orbital abscess due to acute dacryocystitis. *Can J Ophthalmol* 28(4):181-3, 1993.
7. Coden, DJ; Hornblase, A; Haas, BD. Clinical bacteriology of dacryocystitis in adults. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 9(2):125-31, 1993.