

**CELULITE PERIORBITÁRIA. UMA COMPLICAÇÃO POR  
VIA ASCENDENTE DO ABSCESSO ODONTOGÊNICO:  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

*Periorbital cellulitis. One complication in ascending via the  
odontogenic abscess: Case report*

*Guilherme Teixeira Coelho Terra<sup>1,2</sup>*

*Gabriela Barbosa dos Santos<sup>1</sup>*

*Vanessa Ferriello<sup>1</sup>*

*Renato Rossi Junior<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Ibirapuera – São Paulo, SP – Brasil.

<sup>2</sup>Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

**Autor para Correspondência**

Guilherme Teixeira Coelho Terra

Faculdade de Odontologia

Universidade Ibirapuera

Avenida Interlagos, 1329 – São Paulo, SP, Brasil (04661-100)

Email: guilherme.terra@usp.br

**RESUMO**

Os abscessos periapicais estão frequentemente associados com uma destruição relativamente rápida do osso alveolar e têm capacidade de disseminar e alcançar outros espaços da cabeça e pescoço. Infecções que acometem a órbita são divididas em pré-septal e pós-septal. A celulite periorbitária se encaixa como uma infecção do tipo pré-septal caracterizada por não ultrapassar o septo orbital, estando relacionada a infecções palpebrais, complicações de trauma palpebral (lacerações), infecções oculares externas, infecções respiratórias altas e infecções odontogênicas. Sendo o abscesso ou celulite periorbitária orbitária uma das complicações, por via ascendente, do abscesso dento-alveolar de dentes superiores, é de responsabilidade do cirurgião bucomaxilofacial o diagnóstico e tratamento deste tipo de enfermidade. A proposta do presente trabalho é apresentar, por meio de um caso clínico a Celulite Periorbitária, expressando suas causas, apresentação clínica e tratamento. Pode-se concluir que a celulite periorbitária é uma infecção grave decorrente de alterações Odontogênicas com possíveis complicações neurológica e potencialmente letais, em caso de evolução.

**ABSTRACT**

The periapical abscesses are often associated with relatively rapid destruction of the alveolar bone and are able to spread and reach other areas of the head and neck. Infections that affect the orbit are divided into pre-septal and post-septal. The periorbital cellulitis fits like an infection of preseptal type characterized by not exceed the orbital septum, being related to eyelid infection, eyelid trauma complications (lacerations), external eye infections, upper respiratory infections and dental infections. As the abscess or periorbital cellulitis orbital one of the complications, in ascending route, the dentoalveolar abscess upper teeth, is the responsibility of maxillofacial surgeon diagnosis and treatment of this type of illness. The purpose of this paper is to present, through a clinical case the periorbital cellulitis, expressing its causes, clinical presentation and treatment. It can be concluded that the periorbital cellulitis is caused by a severe infection odontogenic potential changes with neurological complications and potentially lethal in case of evolution.

**Palavras-Chave:** Celulite Periorbitária, Abscesso Odontogênico, Odontologia.

**Keywords:** periorbital cellulitis, Odontogenic abscess, Dentistry.

## **INTRODUÇÃO**

A íntima relação anatômica entre o periápice e a polpa dentária pode ocasionar, em processos inflamatórios da polpa, quando não tratados em tempo, a se difundir para os tecidos do periápice, originando as lesões periapicais. Essas lesões surgem pela difusão dos microrganismos que colonizam a câmara pulpar necrótica o espaço do ligamento periodontal apical<sup>1</sup>.

Dentre as alterações periapicais de origem endodôntica encontram-se os abscessos periapicais, caracterizados por reações inflamatórias e infecciosas agudas<sup>1-2</sup>.

Os abscessos periapicais estão frequentemente associados com uma destruição relativamente rápida do osso alveolar e têm capacidade de disseminar e alcançar outros espaços da cabeça e pescoço<sup>2-3</sup>.

As Infecções que acometem a órbita são divididas em pré-septal e pós-septal. A celulite periorbitária se encaixa como uma infecção do tipo pré-septal caracterizada por não ultrapassar o septo orbital, estando relacionada a infecções palpebrais, complicações de trauma palpebral (lacerações), infecções oculares externas, infecções respiratórias altas e

infecções odontogênicas<sup>3</sup>. Segundo CORTEZZI<sup>4</sup> (1995) as infecções poderão ser por via ascendente, podendo ser classificadas como trombose do seio cavernoso, abscesso cerebral, celulite orbitária ou periorbitária e meningite. Sendo o abscesso ou celulite periorbitária orbitária uma das complicações, por via ascendente, do abscesso dento-alveolar de dentes superiores, é de responsabilidade do cirurgião bucomaxilofacial o diagnóstico e tratamento deste tipo de enfermidade.

A predominância deste tipo de lesão ocorre em crianças e do sexo masculino, provavelmente pela proximidade da órbita com os ápices dos elementos dentários e pelo risco de lesões traumáticas, decorrentes da idade<sup>1-3</sup>.

LASKIN<sup>5</sup> (1974) publicou um trabalho demonstrando que a propagação da infecção odontogênica é influenciada pela posição dos dentes no processo alveolar e pelas inserções musculares na região facial e cervical associado aos grupos dentais. Pela proximidade dos ápices dos elementos dentários superiores pode-se notar uma real possibilidade da evolução da infecção do abscesso dento-alveolar de dente anteriores para uma celulite periorbitária.

## Artigos Científicos

A proposta do presente trabalho é apresentar, por meio de um caso clínico a Celulite Periorbitária, expressando suas causas, apresentação clínica e tratamento.

### RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 57 anos, compareceu à clínica de Odontologia da Universidade Ibirapuera relatando dor e “inchaço” na região anterior maxilar. Ao exame clínico foi constatado edema na região orbital e dos elementos anteriores do lado direito. A paciente relatava ter removido dois elementos posteriores do lado esquerdo, sendo observado que não havia nenhuma relação com o processo patológico apresentado.



Figura 1 – Aspecto inicial lateral

Ao exame radiográfico foi observada leve rarefação óssea periapical difusa. Ao exame clínico foi observado aceso à câmara pulpar, por

atrição, do elemento 12, sendo este o causador da infecção de origem odontogênica.



Figura 2 – Aspecto inicial frente

Foi realizada anestesia pela técnica de bloqueio terminal subperiosteal, à distancia, na região abordada.

Após este procedimento, foi realizada incisão em duas regiões onde existiam ponto de flutuação: região periorbital, por extra-oral e região do elemento 21 / 22, por intra-oral.

Após incisão por intra-oral, que foi realizada em um primeiro passo, foi procedida divulsão de toda a região em direção ao ápice do elemento e à cavidade orbitária direita. Após este procedimento, procedeu-se a incisão na região periorbitária. Após este

**Artigos Científicos**

momento foi realizada a instalação de um dreno intra e extraoral, na região das incisões, feitos com fragmentos de luvas cirúrgicas estéreis. Em todo o momento da drenagem foi realizada irrigação abundante com Soro fisiológico. Na região periorbital foi feito um curativo onde para conter a drenagem do abscesso. A paciente foi orientada a trocar o curativo a cada 12 horas.

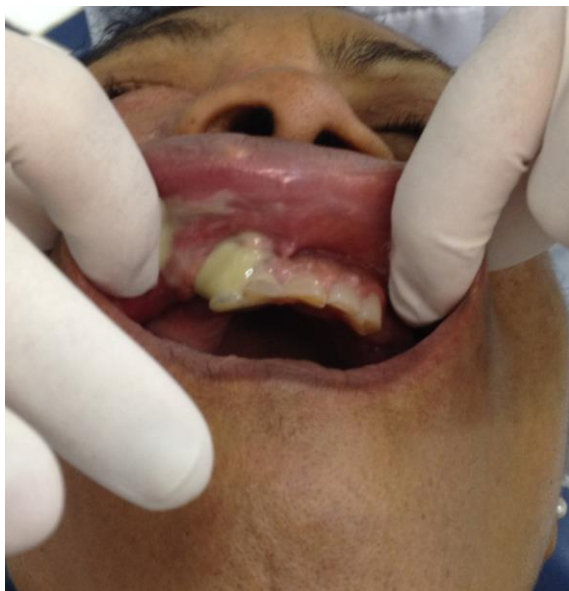


Figura 3 – Drenagem do Abscesso

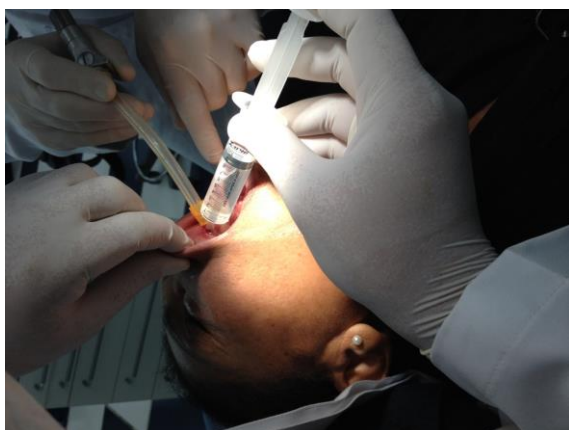


Figura 4 – Irrigação com Soro Fisiológico

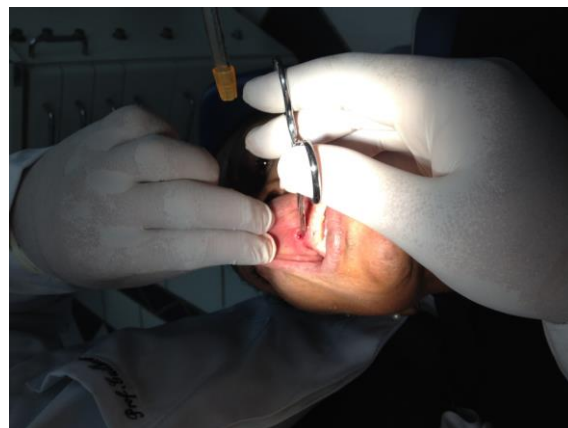


Figura 5 – Divulsão e drenagem

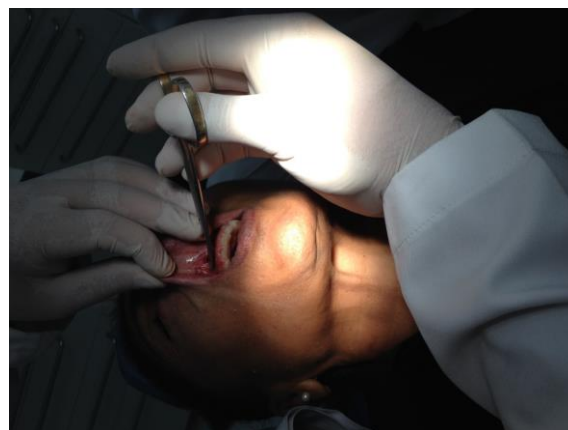


Figura 6 – Divulsão e drenagem

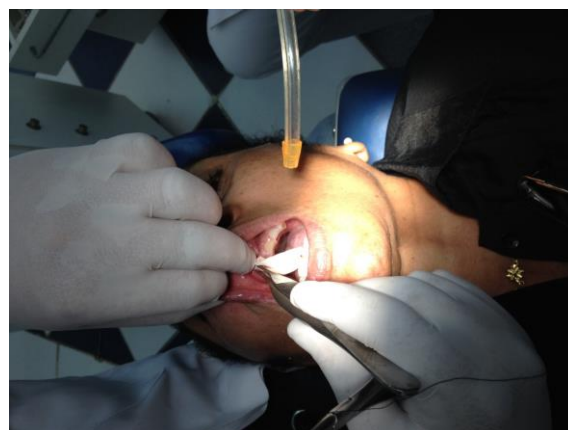


Figura 7 – Instalação do dreno intra-oral



Figura 8 – Dreno intra-oral instalado



Figura 9 – Dreno extra-oral instalado

Foi feita antibioticoterapia por 14 dias utilizando Cefalexina 500 Mg a cada 6 horas.

Os drenos foram removidos 14 dias depois da intervenção, quando houve a remissão completa dos sinais e sintomas. Após este período o elemento dentário, causador da infecção, foi tratado endodonticamente e proteticamente.

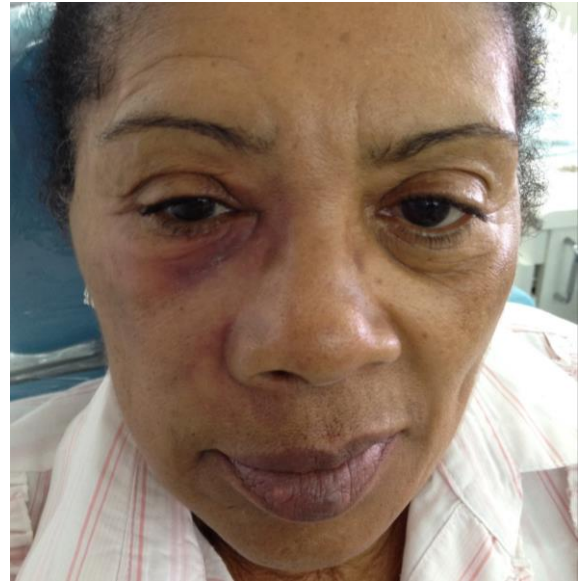


Figura 10 – Pós-Operatório de 14 dias



Figura 11 – Pós-Operatório de 14 dias

## **DISCUSSÃO**

A Celulite Periorbitária é infecção aguda dos tecidos que envolvem a órbita. Esta infecção pode evoluir para dentro do seio cavernoso

## Artigos Científicos

levando à tromboflebite podendo causar óbito<sup>6-8</sup>.

A celulite periorbitária, está localizada anteriormente ao septo orbitário e sua etiologia é variada, sendo alguns deles trauma na região, picada de inseto, conjuntivite, infecção das vias aéreas superiores e evolução do abscesso odontogênico advindo de dentes maxilares<sup>7</sup>. Os agentes bacterianos mais frequentemente implicados são o *Streptococcus pneumoniae*, o *Haemophilus influenzae*, o *Staphylococcus aureus*, o *Streptococcus pyogenes* e a *Moraxella catarrhalis*. Em virtude de a periórbita apresentar pouca inserção ao osso, o edema torna-se frequente pelo acúmulo de pus na região<sup>8-10</sup>.

Na suspeita de uma celulite Periorbitária de origem bacteriana, é indicado o início imediato de antibioticoterapia, com o intuito de se evitar a progressão da infecção para o conteúdo da órbita, situação grave com possíveis complicações neurológicas e potencialmente letais<sup>6-7,10-11</sup>.

O Tratamento consiste em realizar a drenagem cirúrgica da infecção, antibioticoterapia e remoção do agente causal<sup>8-11</sup>. No caso apresentado, foi realizado antibioticoterapia por 14 dias, drenagem cirúrgica e tratamento

endodôntico do elemento 22, causador da lesão.

### CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a celulite periorbitaria é uma infecção grave decorrente de alterações Odontogênicas com possíveis complicações neurológica e potencialmente letais, em caso de evolução.

### REFERÊNCIAS

1. Valdrighi L, Hizatugu R. Endodontia. In: Considerações Biológicas e Procedimentos Clínicos. São Paulo: Panamericana; 1974.
2. Sousa EL, Ferraz CC, Gomes BP, Pinheiro ET, Teixeira FB, Souza-Filho FJ. Bacteriological study of root canals associated with periapical abscesses. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003 Sep;96(3):332-9.
3. Ingraham HJ, Ryan ME, Burns JT, Shuhart D, Tenedios G, Malone W, Bitterly T, Youn B, Huffard R. Streptococcal preseptal cellulitis complicated by the toxic Streptococcus syndrome. *Ophthalmology.* 1995 Aug;102(8):1223-6.
4. Cortezzi W. Infecção odontogênica oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Pedro Primeiro, 1995. Cap.10: Antibioticoterapia da infecção odontogênica, p.156-7; Cap. 11: Uso profilático dos antibióticos na infecção odontogênica oral maxilofacial, p.199-219.
5. Laskin DM. Anatomic Considerations In Diagnosis And Treatment Of Odontogenic Infections. *J Am Dent Assoc.* 1964 Sep;69:308-16.
6. Sampaio CM, Nossa LMB, Ramos AP, Paim RA, Marback RL. Estudo clínico de celulite orbitária e pré-septal na infância. *Arq Bras Oftalmol.* 2001;64:203-6.
7. Donahue SP, Schwartz G. Preseptal and orbital cellulitis in childhood. *A*

**Artigos Científicos**

changing microbiologic spectrum.  
*Ophthalmology* 1998;105:1902-5;  
discussion 1905-6..

8. Pedrosa C, Marques E. da Silva V,  
Leite AL, Celulite orbitária e periorbitária.  
Revisão de 16 anos de crianças internadas  
no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia  
/ Espinho. 2011;33(2):76-80.;

9. 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.

10. (Youssef OH, Stefanyszyn MA, Bilyk  
JR. Odontogenic orbital cellulitis. *Ophthal  
Plast Reconstr Surg.* 2008;24(1):29-35.

11. Pereira CA, Pereira JC, Anjos ED,  
Carvalho RWF, Ribeiro AO, Medeiros  
Júnior R. Celulite orbitária bilateral: relato  
de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-  
fac.* 2009 abr./jun;9(2):39-44.