

# Relato de Caso: Fasceíte Necrosante da Pálpebra

## Case Report: Eyelid Necrotizing Fasciitis

Andréa Alves Morato<sup>1\*</sup>, Gabriel de Paula Castro Silva<sup>2</sup>, Larissa Rodrigues Galvão<sup>1</sup>, Paula Baratz Kac<sup>1</sup>, Victoria Furquim Werneck Marinho<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Introdução:** A fasceíte necrosante é uma infecção potencialmente letal do tecido subcutâneo e da fáscia subjacente.<sup>1</sup> O acometimento periorbital é raro, podendo evoluir de forma desfavorável, inclusive com perda visual. **Descrição do caso:** Paciente A.S.R., 6 anos, feminino, apresentando edema palpebral à direita, sangramento, crostas escuras, dor e febre. Em tratamento para celulite periorbitária, evoluiu com toxemia e necrose superficial de pálpebra. Foi realizado desbridamento cirúrgico com blefarorrafia intraoperatória e cicatrização por segunda intenção, apresentando boa resolução do caso. **Discussão:** A abordagem diagnóstica e terapêutica na população pediátrica deve ser rápida e agressiva, atrasos estão relacionados com pior prognóstico e aumento da mortalidade. No caso descrito, a faixa etária da paciente somada à presença de tecido necrótico e à evolução alarmante para toxemia tornaram a abordagem cirúrgica mandatória. **Conclusão:** A fasceíte necrosante da pálpebra é uma patologia rara e por vezes devastadora. O diagnóstico e a intervenção imediatos são mandatórios dado o risco de evolução desfavorável. Ademais, a cicatrização por segunda intenção surge como uma boa opção para intervenções na pálpebra, principalmente em casos infectados.

**Palavras-chave:** Celulite; Fasciite; Necrose; Órbita.

### ABSTRACT

**Introduction:** Necrotizing fasciitis is a potentially lethal infection of the subcutaneous tissue and underlying fascia.<sup>1</sup> Periorbital involvement is rare and may progress with unfavorable outcome including visual loss. **Case description:** Patient A.S.R., 6 years old, female, presenting right eyelid oedema with associated bleeding, dark crusts, pain and fever. By the time in current treatment for orbital cellulitis, evolving with toxemia and superficial necrosis of the eyelid. As a treatment the surgical team performed surgical debridement with intraoperative blepharorrhaphy and healing by second intention, presenting good resolution. **Discussion:** The diagnostic and therapeutic approach in the pediatric population must be fast and aggressive, since delays are related to worse prognosis and increased mortality. In the described case the presence of necrotic tissue and the alarming evolution to toxemia made the surgical approach mandatory. **Conclusion:** Necrotizing fasciitis of the eyelid is a rare and sometimes devastating pathology. Immediate diagnosis and intervention are mandatory given the risk of unfavorable outcome. In addition, healing by second intention appears as a good option for interventions in the eyelid, especially in infected cases.

**Keywords:** Cellulite. Fasciitis. Necrosis. Orbit.

<sup>1</sup> Acadêmicas de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais;  
<sup>2</sup> Médico Oftalmologista HC USP-SP  
Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, MG – Brasil.

\* **Autor correspondente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Clínica Oftalmológica FMUSP. São Paulo, SP – Brasil.  
E-mail: drgabrielcastrousp@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A fasceíte necrosante é uma infecção potencialmente letal do tecido subcutâneo e da fáscia subjacente decorrente de uma invasão de bactérias produtoras de collagenases e hialuronidasas que provocam necrose liquefativa dos tecidos moles, da pele e do subcutâneo.<sup>1</sup> A fasceíte inicia-se com evento angiotrombótico seguido da invasão bacteriana e se espalha rapidamente através da fáscia devido ao caráter avascular deste tecido.<sup>2</sup> A infecção pode se estender para os demais tecidos adjacentes, sendo que sua progressão pode causar falência de órgãos e choque séptico.<sup>1</sup>

Quanto ao acometimento periorbital, trata-se de uma afecção rara que se inicia com celulite, eritema e edema; podendo evoluir de forma desfavorável, inclusive com perda visual. A fasceíte necrosante da pálpebra apresenta baixa incidência: um estudo realizado pela British Ophthalmological Surveillance Unit (BOSU) no ano de 2014 evidenciou uma taxa de 2,4/1.000.000 de casos; pouco mais de 100 casos são descritos na literatura, considerando-se a população pediátrica, este número é ainda mais restrito.<sup>2</sup>

## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, A.S.R., 6 anos, procurou serviço de pronto atendimento pediátrico devido ao quadro de febre, dor e edema periorbitário. Na ocasião, foi diagnosticada com celulite periorbitária, sem indícios clínicos de acometimento pós-septal. Foi prescrito à paciente tratamento oral com Amoxicilina + Clavulanato.

Nos dias que se seguiram, houve piora do estado geral sem a resposta esperada ao tratamento oral. A paciente foi, então, encaminhada ao serviço de oftalmologia do Hospital das Clínicas da USP-SP, sendo admitida na internação para continuidade do tratamento de celulite periorbitária. Iniciou-se antibioticoterapia (ATB) venosa com Ceftriaxone + Clindamicina, sem melhora aparente nos próximos 4 dias. Observou-se, então, presença de edema palpebral, sangramento e crostas escuras à direita, associado à dor, febre e sintomas inflamatórios sistêmicos.

O quadro evoluiu, em sequência, para toxemia e necrose superficial de pálpebra. Neste momento, ao exame físico (Figura 1), foi observada tumoração em pálpebra superior direita de aspecto necrótico, hiperemia e edema adjacente; o exame do olho direito foi prejudicado pelo edema e pelo tecido necrótico. Não foram observadas alterações à biomicroscopia, bem como no exame físico do olho esquerdo.

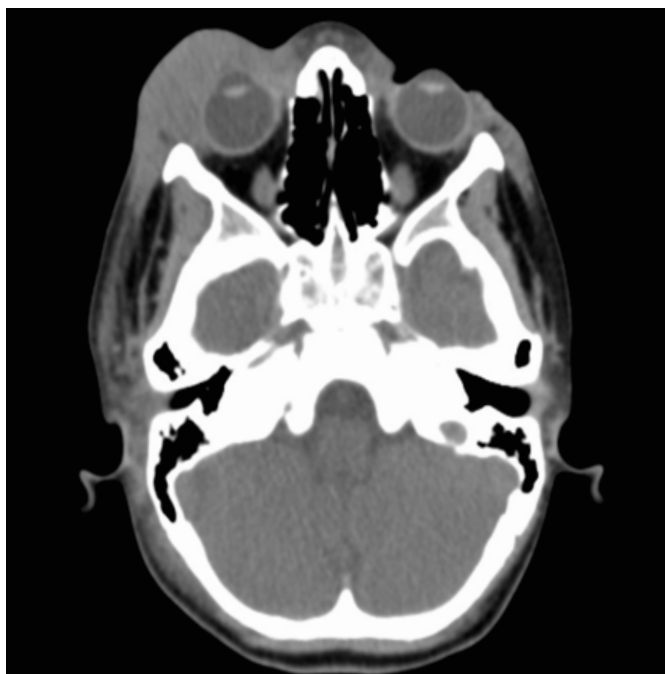
**FIGURA 1.** Exame físico no 4º dia de internação.



Fonte: Acervo Pessoal.

A Tomografia Computadorizada (TC) de órbitas (Figura 2) evidenciou coleção hipodensificante com realce periférico ao meio de contraste na região periorbitária direita, além borramento de gordura extraconal lateral deste lado, medindo 2,9x1,9x2,1cm. A coleção não se estende ao espaço pós-septal nem aos planos de partes moles da face. Nos exames laboratoriais foram evidenciados leucocitose (15.880mm<sup>3</sup>) e PCR elevado (79,23mg/dL).

**FIGURA 2.** Tomografia Computadorizada de Órbitas.



Fonte: Acervo Pessoal.

A partir dessa evolução, a conduta foi a coleta de material para cultura, manutenção da antibioticoterapia venosa e realização de debridamento cirúrgico com blefarorrafia intraoperatória, além de cicatrização por segunda intenção (Figuras 3 e 4).

**FIGURA 3.** Debridamento cirúrgico.



Fonte: Acervo Pessoal.

**FIGURA 4.** Blefarorrafia Intraoperatória.



Fonte: Acervo Pessoal.

A evolução pós-operatória (PO) foi favorável, apresentando já no primeiro dia PO uma ferida operatória em bom estado, além de blefarorrafia íntegra. (Figura 5). Optou-se por manter a ATB venosa até completar 14 dias do início do tratamento. No sétimo dia de PO, a ferida operatória mantinha-se em bom estado, com melhora do aspecto necrótico e do edema, e a blefarorrafia permanecia íntegra. Neste momento retirou-se a blefarorrafia e a paciente recebeu alta hospitalar com Amoxicilina VO.

**FIGURA 5.** 1º dia de PO.



Fonte: Acervo Pessoal.

No 14º dia de PO a paciente retornou para reavaliação, que apresentou os mesmos aspectos do sétimo dia (Figuras 6 e 7), com melhora do aspecto necrótico e do edema. A próxima avaliação foi no 30º dia de PO, quando havia cicatrização quase completa e boa oclusão palpebral (Figura 8). Solicitou-se último retorno em um mês, no 60º dia PO, que evidenciou cicatrização completa por segunda intenção, ausência de sequelas e movimentos palpebrais preservados (Figuras 9 e 10).

**FIGURA 6.** 14º dia de PO.



Fonte: Acervo Pessoal.

Concluiu-se, posteriormente, com o resultado da cultura a etiologia da infecção: *Enterococcus faecalis*, sensível a todos os antibióticos padrões. Ademais, o exame

**FIGURA 7.** 14º dia de PO.



Fonte: Acervo Pessoal.

**FIGURA 8.** 30º dia de PO.



Fonte: Acervo Pessoal.

**FIGURA 9.** 60º dia de PO.



Fonte: Acervo Pessoal

**FIGURA 10.** 60º dia de PO.



Fonte: Acervo Pessoal

anatomopatológico evidenciou supuração e necrose em tecido muscular esquelético, pele com supuração extensa, área de neoformação vascular, deposição de fibrina,

conjuntiva com necrose, supuração e esteatonecrose. Não foram detectados granulomas ou neoplasias na amostra.

## DISCUSSÃO

A pálpebra é um tecido muito vascularizado e não apresenta fáscia subjacente, portanto é um local raramente acometido por isquemia e necrose. Sendo assim, a fasceíte necrosante da pálpebra é extremamente rara considerando-se que se inicia a partir de um evento angiotrombótico e se dissemina principalmente pela fáscia. Essa patologia pode se manifestar em todas as faixas etárias, tendo sido descritos casos esporádicos na população pediátrica.

Sua apresentação inicial é pouco específica, podendo ser confundida com outras afecções inflamatórias principalmente a celulite periorbitária, dentre os outros diagnósticos diferenciais estão: conjuntivite, blefarite, endoftalmite, trombose do seio cavernoso, mucormicose rino-orbitária, pseudotumor orbitário e neoplasia, sendo o exame anatomopatológico muito importante para a diferenciação.

Devido à progressão do quadro clínico, foi realizada coleta de material para anatomopatológico e cultura com antibiograma, para estabelecer adequadamente o diagnóstico.

A urgência do início precoce da antibioticoterapia venosa justificou-se pela suspeita etiológica infecciosa da condição descrita, bem como pelo alto risco de acometimento pós-septal. Em razão da rápida progressão e piora do estado geral manteve-se a antibioticoterapia de amplo espectro. Ademais, a presença de tecido necrótico e a evolução alarmante para toxemia tornaram a abordagem cirúrgica mandatória por meio de debridamento da ferida e cicatrização por segunda intenção.

No caso apresentado a cultura evidenciou crescimento da bactéria *Enterococcus faecalis* multissensível. Nota-se que os agentes etiológicos mais comuns da fasceíte necrosante no adulto são: *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico (40,38%); *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico + *Staphylococcus aureus* (18,26%); *Staphylococcus aureus* (4,8%); *Cryptococcus neoformans* (0,96%); outros (19,23%).<sup>4</sup> Considerando-se a topografia periorbital, o *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico é o agente etiológico mais comum, mas também são relatados casos de *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella*, *Escherichia coli*, *Bacteroides* e *Moraxella catarrhalis*. No entanto, ao contrário do que se encontra na fasceíte necrotizante em demais regiões, o acometimento polimicrobiano da pálpebra é incomum.<sup>2</sup>

Quanto às taxas de morbimortalidade, cerca de 14% dos pacientes com fasceíte necrosante da pálpebra evoluem para óbito. A morbidade residual é comum:

existe o risco de oclusão da artéria central da retina, que leva à perda de visual. Além disso, até 30% dos casos podem evoluir com perda da acuidade visual e olho seco.

## CONCLUSÃO

---

A fasceíte necrosante da pálpebra é um diagnóstico raro e, por vezes, devastador.<sup>3</sup> Não obstante à baixa incidência dessa patologia, seu conhecimento é fundamental, já que atrasos na abordagem diagnóstica e terapêutica estão diretamente relacionados com pior prognóstico e aumento da mortalidade, especialmente na população pediátrica. Dessa forma, devido ao risco de evolução desfavorável para acometimento pós-septal e necrose, o diagnóstico e a intervenção imediatos são mandatórios. Por fim, a cicatrização por segunda intenção surge como uma boa opção para intervenções na pálpebra, sobretudo nos casos de infecção e necrose, corroborando para melhor evolução clínica e resultados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Flavahan P, Cauchi P, Gregory M, Foot B, Drummond S. Incidence of periorbital necrotising fasciitis in the UK population: a BOSU study; BJO Online First, published on June 3, 2014
2. Khurana S, Pushker N, Naik S, Changole, M, Ghonsikar V, Bajaj M. Periorbital necrotising fasciitis in infants: Presentation and management of six cases Tropical Doctor 2015, Vol. 45(3) 188–193.
3. Lazzeri D, Lazzeri S, Tascini C, Bocci G, Colizzi L, Giannotti G, Lorenzetti F, Gandini D, Danesi R, Menichetti F, Del Tacca M, Nardi M, Pantaloni M. Periorbital necrotising fasciitis. Br J Ophthalmol, published on Dec 2010, 94(12):1577-85.
4. Wong CH, Chang HC, Pasupathy S, Khin LW, Tan JL, Low CO. Necrotizing fasciitis: clinical presentation, microbiology, and determinants of mortality. J Bone Joint Surg Am. 2003 Aug;85-A(8):1454-60.