

Raro caso de trombose do seio cavernoso e oclusão de artéria central da retina em paciente jovem com satisfatória evolução

Rare case of cavernous sinus thrombosis and central retinal artery occlusion in a young patient with satisfactory evolution

Nicoli Lopes de Oliveira¹ , Ana Paula Chagas Silva¹ , Camyla Lemos Budib¹ ,
Marcello Novoa Colombo Barboza¹ , Priscilla Fernandes Nogueira¹ 

¹Hospital Oftalmológico Visão Laser, Santos, SP, Brasil.

Oliveira NL, Silva AP, Budib CL, Barboza MN, Nogueira PF. Trombose do seio cavernoso e oclusão de artéria central da retina em paciente jovem. RevBras Oftalmol. 2024;83:e0060.

Como citar:

doi:

<https://doi.org/10.37039/1982.8551.20240060>

Descritores:

Trombose; Seio cavernoso;
Retina; Celulite orbitária

Keywords:

Thrombosis; Cavernous sinus;
Retina; Orbital cellulitis

Recebido:
10/4/2024

Aceito:
12/7/2024

Autor correspondente:

Ana Paula Chagas Silva
Avenida Conselheiro Nébias, 355 –Vila
Matias
CEP: 11015-003 – Santos, SP, Brasil
E-mail: anachagas2605@icloud.com

Instituição de realização do trabalho:
Hospital Oftalmológico Visão Laser,
Santos, SP, Brasil.

Fonte de auxílio à pesquisa:
trabalho não financiado.

Conflitos de interesse:
não há conflitos de interesses.



Copyright ©2024

RESUMO

A trombose do seio cavernoso trata-se de uma afecção rara, caprichosa, associada à extensão de processos infecciosos, que podem ser de origem do terço médio facial, como sinusites que afetam os seios paranasais da face. A saber, os sítios primários de infecção são comumente a face, as órbitas e os seios etmoidal e esfenoidal. A apresentação clínica típica inclui febre e edema periorbital, seguido de cefaleia, ptose e paralisia da musculatura extraocular. O diagnóstico é eminentemente clínico e difícil de ser realizado. Salienta-se que o tratamento deve ser enfático para ser eficaz. O prognóstico dessa enfermidade é diretamente influenciado pela instalação de um tratamento precoce e adequado. Neste trabalho, objetiva-se relatar um caso de TSC em um paciente jovem, com apresentação clínica inicial típica de celulite pós-septal, evoluindo com oclusão de artéria da retina, evidenciando os principais aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, bem como a sua evolução.

ABSTRACT

Cavernous sinus thrombosis is a rare, capricious condition, associated with the extension of infectious processes, which may originate from the middle third of the face, such as sinusitis that affects the paranasal sinuses of the face. Namely, the primary sites of infection are commonly the face, orbits and ethmoid, and sphenoid sinuses. The typical clinical presentation includes fever and periorbital edema followed by headache, ptosis and extraocular muscle paralysis. The diagnosis is eminently clinical and difficult to make. It should be noted that treatment must be emphatic to be effective. The prognosis of this disease is directly influenced by early and appropriate treatment. In this work, the objective is to report a case of cavernous sinus thrombosis in a young patient, with an initial clinical presentation typical of post-septal cellulitis, evolving with occlusion of the retinal artery, highlighting the main clinical, diagnostic, and therapeutic aspects as well as its evolution.

INTRODUÇÃO

A trombose do seio cavernoso (TSC) é uma entidade rara, de difícil suspeita diagnóstica e tratamento, com alta taxa de mortalidade e morbidade se não diagnosticada e tratada com urgência.⁽¹⁾ A etiologia mais frequente é uma extensão, por contiguidade, de um processo infeccioso da região central da face ou dos seios perinasais. A forma séptica é a mais comum e está relacionada aos processos infecciosos dos seios paranasais, face e ouvidos.^(1,2) A forma asséptica é relacionada a trauma, fenômenos tromboembólicos, anemia, entre outros.^(3,4) A apresentação clínica é inespecífica, variando desde oftalmoplegia, olho vermelho, cefaleia, coma e até morte,⁽⁵⁾ podendo ocasionar eventos vasculares, como a oclusão da artéria central da retina, que é uma emergência oftalmológica, que se caracteriza pela perda devastadora e irreversível da visão. A taxa de mortalidade baixou de, praticamente, 100% antes do advento da antibioticoterapia para menos de 30%⁽²⁾ na atualidade. O diagnóstico deve ser efetuado por meio de exames de imagem, como a angiorressonância magnética.^(5,6) A patologia vascular intracraniana manifesta-se, por vezes, por sinais e/ou sintomas oculares. Sua correta avaliação pelo oftalmologista pode facilitar o diagnóstico e permitir orientar o tratamento da forma mais adequada. O presente relato de caso apresenta um paciente jovem com suspeita de celulite pós-septal, sendo diagnosticado com TSC e evoluindo para oclusão de artéria da retina, mostrando a importância do diagnóstico preciso e precoce para salvar a vida do paciente.^(7,8)

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 18 anos, comparece ao ambulatório de oftalmologia para avaliação. Relata início do quadro associado à rinite alérgica crônica com piora dos sintomas nos dias que antecederam internação, sendo medicado ambulatorialmente com corticoides e anti-histamínicos. Sem melhora do quadro, procurou pronto-socorro com quadro sintomatológico característico de sinusite com possível etiologia bacteriana. Foi iniciada antibioticoterapia empírica via oral, evoluindo após 3 dias do início dos sintomas com edema palpebral associado à hiperemia apenas no olho esquerdo. Nesse momento, o paciente procurou novamente atendimento no pronto-socorro, onde foram realizados exames laboratoriais que constatarem leucocitose no hemograma. Optou-se pela internação hospitalar para iniciar cefalexina endovenosa, com hipótese diagnóstica de celulite pós-septal. Durante a internação, o paciente evoluiu com quadro exuberante de edema palpebral em ambos

os olhos, proptose, quemose associada à baixa acuidade visual bilateral, sendo, então, solicitada avaliação oftalmológica. À primeira consulta oftalmológica, apresentou acuidade visual de olho direito conta dedos e olho esquerdo movimento de mãos. Biomicroscopia, hiperemia difusa da conjuntiva bulbar, quemose 4+/4+ difusa, média midríase fixa, proptose de 3mm foram apresentadas em ambos os olhos (Figura 1). Ao mapeamento de retina, foram constatados, no olho direito, disco óptico com bordos mal delimitados, pálido, isquemia do polo posterior e ingurgitamento dos vasos; no olho esquerdo, as mesmas alterações, além de hemorragia em periarca temporal inferior e edema macular (Figura 2). A pressão intraocular era 20 mmHg em ambos os olhos. Não era possível avaliar reflexos pupilares devido à midríase fixa. Diante do quadro e dos achados do exame oftalmológico, foi aventada a hipótese de TSC, sendo prescritos prednisona oral, betabloqueador, inibidor da anidrase carbônica e antibiótico tópicos. Foram solicitadas tomografia de crânio, angiografia cerebral e órbita, rastreamento infeccioso e avaliação para iniciar pulsoterapia. O paciente seguiu em regime de internação hospitalar.



Figura 1. Paciente à ectoscopia: nota-se quemose 4+/4+ difusa e proptose de 3 mm em ambos os olhos, à consulta oftalmológica após internação hospitalar.

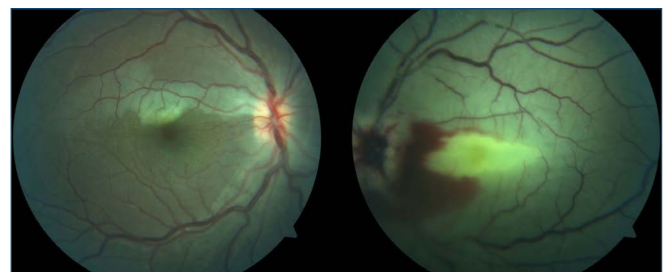


Figura 2. Ao mapeamento de retina, em olho direito, nota-se disco óptico com bordos mal delimitados, pálido, isquemia do polo posterior e ingurgitamento dos vasos; e olho esquerdo, as mesmas alterações, além de hemorragia em periarca temporal inferior e edema macular.

A tomografia não evidenciou alterações significativas. A angiografia cerebral mostrou irregularidades

luminais observadas em ambas as carótidas internas (segmento petroso e cavernoso) associadas a não opacificação dos seios cavernosos. Esses achados, associados à história de celulite periorbitária, sugeriram quadro de vasculite infecciosa associada à trombose dos seios cavernosos. Os exames laboratoriais solicitados para investigação de rastreamento infeccioso se apresentaram negativos. O paciente obteve melhora significativa do quadro clínico após terapia instituída, recebeu alta do regime hospitalar e seguiu em acompanhamento multidisciplinar. Após 1 mês de tratamento, a acuidade visual evoluiu para 20/20 no olho direito e sem percepção luminosa no olho esquerdo, biomicroscopia apresentava-se sem alterações no olho direito e apenas midríase fixa no olho esquerdo; fundoscopia do olho esquerdo apresentou disco óptico pálido, apagamento de vasos e presença de vasos fantasmas, confirmando o diagnóstico de oclusão de artéria da retina no olho esquerdo.

DISCUSSÃO

A trombose de origem infecciosa do seio cavernoso é uma condição rara que, caso não tratada em tempo hábil, pode cursar com prognóstico reservado, podendo o paciente evoluir a óbito.^(9,10) É proveniente de processos infecciosos cutâneos, otites e sinusites, como se relata no presente caso. Etiologicamente, sabe-se que a forma mais frequente é a séptica e cerca de 4,8 a 12,5 % dos casos são de origem idiopática,^(11,12) como no relato do referido caso em que se identificou leucocitose como única alteração laboratorial no paciente. Clinicamente, pode cursar com febre, proptose, paralisia de pares cranianos em cerca de 80% dos casos, além de baixa da acuidade visual, diplopia em 50 a 80%, além de hemiparesia e convulsões em menos de 20% dos casos.⁽¹³⁾ O paciente deste relato apresentou sinais clássicos de TSC, como proptose, quemose e edema palpebral (tríade clássica da TSC), provocados pela obstrução da veia oftálmica. A apresentação bilateral, semelhante à do caso relatado, é considerada por alguns autores como um sinal patognomônico da TSC.⁽¹¹⁾ Existe também a forma unilateral. Ademais, os sinais não específicos descritos são cefaleia, prostração e náuseas. O diagnóstico de TSC pode ser desafiador, devido, especialmente, à apresentação clínica, muitas vezes inespecífica e exuberante. Outrossim, o diagnóstico é baseado em critérios eminentemente clínicos.^(7,8) Os exames complementares de escolha são a angiografia cerebral e a ressonância magnética (RM).^(9,10) A angiografia mostra estreitamento do sifão carotídeo ao nível do seio cavernoso ou lentidão no esvaziamento arterial e atraso no enchimento do seio

cavernoso em relação ao seio longitudinal.⁽¹¹⁾ Além de confirmar o diagnóstico, avalia a existência de eventuais complicações vasculares.⁽⁹⁾ A RM é considerada o exame de imagem padrão-ouro, uma vez que possibilita a detecção de trombos iniciais. O tratamento da TSC consiste em antibioticoterapia de amplo espectro, por via intravenosa, com ação contra germes *Gram*-positivos, *Gram*-negativos e anaeróbios. Como primeira escolha, está indicada a administração de vancomicina e cefalosporinas. Neste relato, a terapia inicial no regime de internação hospitalar foi antibioticoterapia combinada, piperaciclina e tazobactam, associada ao uso de anticoagulante e corticoideoterapia. Em cerca de 30% dos casos, o agente etiológico não é identificado, sendo que, no caso apresentado, não teve cultura específica para nenhum agente infeccioso.

Há estudos que defendem o uso de anticoagulante em casos de TSC, com o intuito de reduzir as taxas de mortalidade, devendo-se atentar ao risco de hemorragias intracranianas e sistêmicas, devendo-se utilizar a terapia anticoagulante com cautela. Em suma, os principais tratamentos da TSC incluem uma terapia eficaz e invasiva que possibilite a remoção da causa, drenagem local e antibioticoterapia de amplo espectro, como realizado no presente relato, obtendo êxito no tratamento e diminuindo os riscos de uma evolução devastadora para um paciente jovem e hígido.^(12,13)

REFERÊNCIAS

1. Yanoff M, Duker JS, Augsburger JJ (eds.). *Ophthalmology*. 3rd ed. Edinburgh: Mosby; 2009.
2. King MD, Day RE, Oliver JS, Lush M, Watson JM. Solvent encephalopathy. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981;283(6292):663-5.
3. Boniuk M. The ocular manifestations of ophthalmic vein and aseptic cavernous sinus thrombosis. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*. 1972;76(6):1519-34.
4. Melamed E, Rachmilewitz EA, Reches A, Lavy S. Aseptic cavernous sinus thrombosis after internal carotid arterial occlusion in polycythemia vera. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1976;39(4):320-4.
5. Seow VK, Chong CF, Wang TL, Lin CM, Lin IY. Cavernous sinus thrombophlebitis masquerading as ischemic stroke: a catastrophic pitfall in any emergency department. *Emerg Med J*. 2007;24(6):440.
6. Uzan M, Ciplak N, Dashti SG, Bozkus H, Erdinciler P, Akman C. Depressed skull fracture overlying the superior sagittal sinus: a cause of benign intracranial hypertension. Case report. *J Neurosurg*. 1998;88(3):598-600.
7. Hugo H, Reyes R. Tromboflebitis del seno cavernoso: informe de três casos. *Gac Med Mex*. 1983;119:37-44.
8. Scringeour EM, Neves O, Samud MA. Cavernous sinus thrombophlebitis in Zimbabwe. *Cent Afr J Med*. 1991;37:394-7.
9. Toure K, Dop AG, Dagne M, Ndiaye MM, Gueye M, Ndiaye LP. Les lésions carotido-cavernoses dans les thrombophlébites septiques du sinus caveux. *Dakar Med*. 1990;35(1):49-51.
10. Loyd GA. The localization of lesions in the orbital apex and cavernous sinus by frontal venography. *Br J Radiol*. 1972;45:405-14.
11. Clune JP. Septic thrombosis of the cavernous chamber: review of the literature with recent advances in diagnosis and treatment. *Am J Ophthalmol*. 1963;56:33-5.

12. Plum F, Posner JB. Diagnóstico de estupor e coma. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1977. Lesões Supratentoriais que causam coma. p.83-153.
13. Salcedo EE. Trombosis del seno cavernoso. RevOftVenez. 1981;39:190-2.