



CELULITE PERIORBITÁRIA SECUNDÁRIA À HERPES-ZOSTER OFTÁLMICO: RELATO DE CASO

Alisson Henrique Hammes¹ (apresentador); Bruna Geovana Souza Belli¹; Gabriel Rodigueiro¹; Nathalia Luvison¹; Manoela Alves¹; Fernanda Figueiredo Casaes¹; João Pedro Langaro¹; Andrea Laet¹; Ivana Loraine Lindemann²;

Resumo: Celulites periorbitárias são infecções da pele e do tecido subcutâneo, geralmente de etiologia bacteriana, secundárias à lesões perfuro-cortantes ou geradas por contiguidade com outras estruturas já infectadas. O vírus varicela-zóster (VVZ) pertence à família do herpesvirus. Causa varicela autolimitada como infecção primária e após permanece latente por anos em gânglios nervosos. Sua reativação é denominada herpes-zóster, acometendo o dermatomo inervado pelo gânglio colonizado com manifestações cutâneas dolorosas, geralmente após os 50 anos de idade. Paciente feminina, 77 anos, apresenta-se na emergência com vesículas pruriginosas e dolorosas na região fronto-temporal direita, associada a edema periorbital, de evolução nas últimas 48 horas, com dor descrita como queimação de intensidade moderada. Relata despertar há dois dias com hiperestesia na região acometida, referindo algia ao lavar o rosto com água e prurido intenso e progressivo, irradiado em direção temporo-occipital. Automedicou-se com prednisona 40mg por dois dias, sem sucesso. Na admissão hospitalar, apresentava-se afebril, embotada, apresentando dor moderada, rubor, parestesia, hipoestesia, erupções vesico-bolhosas pruriginosas na hemiface direita, em área entre o plano coronal e orbitomeatal. Sem demais alterações no exame físico. Tem histórico de depressão e HAS. História positiva de varicela aos 17 anos, sem complicações. Suspeitou-se da síndrome de Ramsay-Hunt como hipótese diagnóstica. Na internação, recebeu tratamento para herpes zoster com analgesia, aciclovir 200mg e prednisona 20mg por via oral em doses adequadas. No segundo dia, houve aumento do eritema e edema periorbital bilateralmente, contribuindo para o diagnóstico de celulite periorbital bacteriana, secundária a herpes zoster oftálmico. Iniciada antibioticoterapia empírica com metronidazol, vancomicina e ceftriaxona endovenosos, em doses adequadas, mantendo-se conduta para VVZ. Evolução positiva após dois dias de tratamento, com remissão do edema, do rubor e da dor faciais, com melhora sensória e motora. As vesículas herpéticas evoluíram para lesões crostrosas, pouco pruriginosas. Alta hospitalar realizada nove dias após a admissão, com resolução do quadro, sem complicações. O herpes zoster (HZ) é uma doença infecciosa relativamente comum com o avançar da idade, acometendo geralmente dermatomos torácicos. Seu diagnóstico é clínico, com possibilidades diferenciais como herpes simples, dermatite de contato, impetigo e dermatite herpetiforme. O tratamento do HZ é feito com antivirais como aciclovir e fosciclovir, cuja eficácia é comprovada na diminuição da dor, da formação de novas lesões e da aceleração da resolução de lesões ativas. Até 10% dos casos acometem a divisão oftálmica do nervo trigêmeo caracterizando



o herpes zoster oftálmico (HZO) que pode gerar complicações como conjuntivite, ceratite, uveíte anterior, retinite ou, ainda que rara, perda de visão. A Síndrome de Ramsay-Hunt é caracterizada pela injúria auditiva em casos de (HZO), devido ao envolvimento nervo facial e auditivo, associada a erupções cutâneas dentro e ao redor do meato auditivo externo, com paralisia facial. Suspeitou-se dessa síndrome devido à irradiação da dor para região temporo-occipital, porém não se confirmou. Uma complicação relativamente frequente nessas condições é a neuralgia pós herpética, caracterizada pela manutenção da dor por mais de um mês após a resolução do rash cutâneo. Por isso, orientou-se a paciente a ficar atenta e procurar atendimento em caso de algia persistente.

Palavras-chave: Herpes Zoster Oftálmico. Infecção pelo Vírus da Varicela-Zoster. Herpesvirus Humano 3. Celulite. Neuralgia Pós-Herpética.

Categoria: Ensino

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Formato: | Comunicação Oral

1 Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo. Contato: alisson.hammes@gmail.com; brunageovanabelli@hotmail.com; g.rodiguero@gmail.com; nathaliauvison@gmail.com; manoela_alves@live.com; fernandafcasaes@hotmail.com; joaoplango@gmail.com; andrealaet@hotmail.com; ivana.lindemann@uffs.edu.br;

2 Doutora em Ciências da Saúde, docente do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo. Contato: ivana.lindemann@uffs.edu.br