

EMPIEMA SUBDURAL APÓS QUADRO DE RINOSSINUSITE - RELATO DE CASO

SUBDURAL EMPHEMIC AFTER RHINOSINUSITE FRAMEWORK - CASE REPORT

CAMILA ALJONAS. Médica residente em clínica médica do HONPAR.

SÔNIA ELOIZA CONFORTIN WATANABE. Médica em clínica médica e preceptora do HONPAR.

Endereço: HONPAR, Hospital Norte Paranaense, Rod PR 218, Km 01, Jardim Universitário, Arapongas-PR. E-mail: biblioteca@honpar.com.br

RESUMO

Embora quadro de rinosinusite seja relativamente comum e fácil de tratar, as complicações infecciosas que podem advir desta patologia, como as infecções intracranianas, têm um alto índice de morbidade e mortalidade e necessitam de reconhecimento rápido para intervenção antibiótica adequada, assim como drenagem cirúrgica de urgência. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente diagnosticado com rinosinusite que evoluiu para empiema subdural, tendo ele sido tratado por meio de antibioticoterapia, porém com evolução desfavorável, morte encefálica.

PALAVRAS-CHAVES: Rinosinusite. Empiema. Complicações. Subdural, cirurgia nariz.

ABSTRACT

Although rhinosinusitis is relatively common and easy to treat, the infectious complications that can result from this pathology, such as intracranial infections, have a high morbidity and mortality rate and require rapid recognition for adequate antibiotic intervention, as well as surgical drainage Urgently. The present study aims to report the case of a patient diagnosed with rhinosinusitis who evolved to subdural empyema, having been treated by antibiotic therapy, but with unfavorable evolution, brain death.

KEYWORDS: rhinosinusitis, empyema, complications, subdural, nose surgery.

INTRODUÇÃO

O empiema subdural é uma infecção em que a coleção purulenta se localiza entre a superfície interna da dura-máter e a superfície externa da aracnóide cerebral. A taxa de mortalidade é de cerca de 4%, enquanto a morbidade para os sobreviventes é ainda maior com déficits neurológicos residuais de até 50%, hemiparesia 15-35% e convulsões persistentes 12-37,5%. Nas últimas décadas, o diagnóstico precoce com neuroimagem, a utilização de antimicrobianos de amplo espectro e tratamento cirúrgico diminuíram significativamente a letalidade da doença (GERMILLER et al., 2006).

RELATO DE CASO

Homem de 17 anos, iniciou quinze dias antes da admissão neste serviço, com cefaléia, febre e edema no olho esquerdo, procurou uma Unidade de Pronto atendimento, onde teve o diagnóstico de rinosinusite aguda e recebeu antibióticos para tratamento ambulatorial. Decorrido cinco dias deste episódio, os sintomas regrediram e por conta disto paciente descontinuou o tratamento. Nove dias antes da admissão neste pronto socorro, paciente iniciou novamente com quadro de cefaleia, edema nos olhos, agora bilateral e febre persistente, procurou atendimento médico e novamente, recebeu tratamento ambulatorial para rinosinusite.

Após três dias deste tratamento, o doente apresentou quadro compatível de herpes labial, febre persistente, procurou atendimento médico especializado, infectologista, que solicitou exames laboratoriais e o encaminhou para internação no Hospital Santa Casa de Arapongas.

No dia 27 de fevereiro de 2016, paciente evoluiu com piora clínica importante, rebaixamento do nível de consciência, crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas. Neste mesmo dia, o doente foi levado à Apucarana, pelo SAMU, para realização de Ressonância Nuclear Magnética de crânio, no caminho de volta apresentou piora do nível de consciência (Glasgow 3) e pupilas midriáticas não fotorreagentes, foi quando aventaram a suspeita de morte cerebral.

Paciente foi levado ao Hospital Norte Paranaense, como vaga zero para serviço de neurocirurgia. Na chegada ao pronto socorro deste serviço, paciente se encontrava intubado, em ventilação mecânica, glasgow de 3, pupilas midriáticas, não fotorreagentes, além de apresentar-se febril (38.5), taquicárdico (FC: 100 bpm), com PA 130/50 mmHg, FR: 28 mrpm, saturação de O₂ periférica de 98% (ventilação mecânica). Paciente foi levado à UTI, onde foi iniciado tratamento com Cefepime, vancomicina, aciclovir, dexametasona, manitol.

Optou-se pelo tratamento conservador. No dia 28/02/2016 o doente persistia com quadro neurológico grave (GL 3, pupilas midriáticas não fotorreagentes), realizado, portanto, arteriografia cerebral, constatado ausência de fluxo sanguíneo cerebral, condizente com morte cerebral.

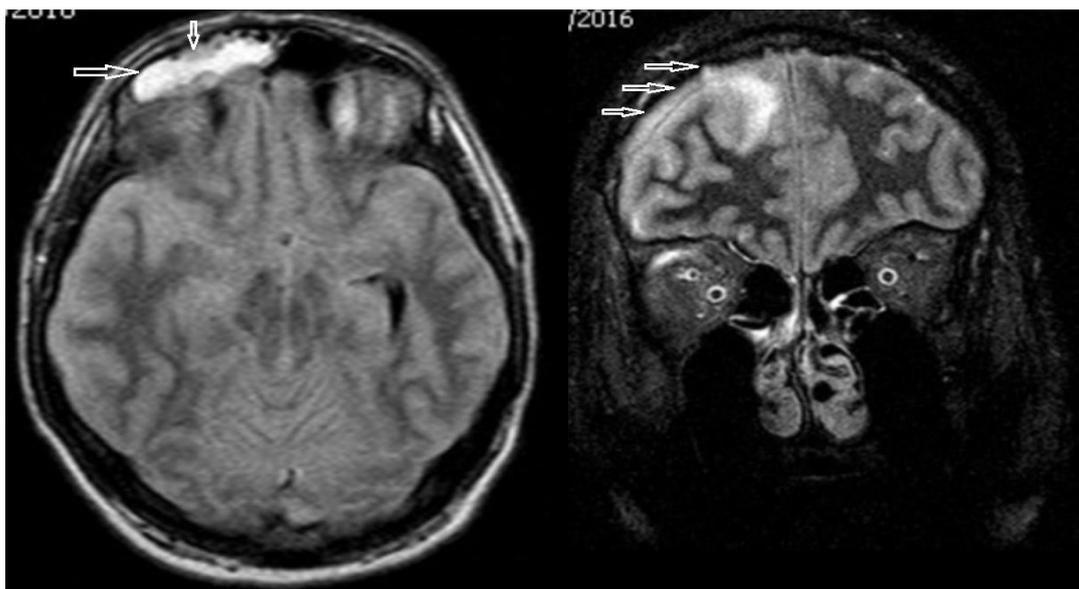


Figura 1 - arteriografia cerebral. Fonte: as autoras.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A rinossinusite é uma inflamação da mucosa do nariz e dos seios paranasais. De acordo com o tempo de evolução dos sinais e sintomas, é classificada em aguda (< 12 semanas) ou crônica (≥ 12 semanas). O diagnóstico clínico desta patologia é baseado na presença de dois ou mais dos seguintes sintomas, sendo os principais: obstrução/congestão nasal; secreção nasal/rinorreia anterior ou posterior (mais frequentemente, mas não obrigatoriamente purulenta). Secundariamente, entretanto não menos importantes e associados pode-se mencionar a dor/pressão facial/cefaleia e o distúrbio do olfato. Além destes, podemos encontrar odinofagia, disfonia, tosse, pressão e plenitude auricular, além de sintomas sistêmicos como astenia, mal-estar e febre (JONES et al., 2002).

As complicações das rinossinusites podem advir de infecções agudas ou crônicas e embora sejam mais frequentes em crianças, podem ocorrer também em adultos. Dentre as de origem nasossinusal são citadas empiema subdural, abscesso cerebral, meningite e abscesso extradural como as formas mais comumente encontradas (JONES et al., 2002; FOUNTAS et al., 2004).

Os empiemas subdurais devido à sinusopatia, apesar de pouco frequentes, continuam presentes nos dias de hoje, sendo mais comuns em pacientes do sexo masculino abaixo dos 20 anos de idade. É postulado que isso aconteça devido ao aumento máximo da vascularização do sistema diplóico e ao desenvolvimento do sistema frontal que ocorrem entre os 7 e 20 anos (FOUNTAS et al., 2004; GÓIS et al., 2005). Os sintomas/sinais mais comumente encontrados são: cefaleia (mais comum), alteração do estado mental, convulsões ou déficits focais, vômitos, tumefação orbital, febre, coriza e obstrução nasal, rigidez de nuca, Kerning. Para o rápido diagnóstico dessa patologia e conseqüentemente seu tratamento eficaz, um exame de imagem (TC de crânio ou RNM de crânio) deve ser solicitado em qualquer quadro de sinusite com sinais/sintomas neurológicos, falha de um tratamento anterior, ou celulite orbitária associada (PENIDO et al., 2001; WASSEN et al., 2008).

O tratamento medicamentoso leva em consideração o uso de cefalosporina de terceira geração mais o metronidazol e vancomicina (4 a 6 semanas), além de medidas para redução da pressão intracraniana como: elevação da cabeceira, manitol. O mais importante salientar é que o tratamento dos empiemas é uma emergência neurocirúrgica (orifício de trepanação ou craniotomia), devido a rápida progressão para o coma e a morte consequente ao aumento da pressão intracraniana nas primeiras 24 - 48 horas. Concluindo, o tratamento mais eficaz é baseado em antibioticoterapia de amplo espectro por tempo prolongado, associado à abordagem cirúrgica otorrinolaringológica e neurológica o mais precocemente possível (ANSELMO-LIMA, 2015; NICA et al., 2011; SAKANO &).

REFERÊNCIAS

- BRUNER, D.I.; LITTLEJOHN, L.; PRITCHARD, A. Subdural empyema presenting with seizure, confusion, and focal weakness. **West J Emerg Med.** v.(13):509–11, 2012.
- FOUNTAS, K.N. et al. Epidural Intracranial Abscess. **Southern Medical J.** v.(97):278-83, 2004.
- FRENCH, H. et al. Intracranial subdural empyema: A 10-year case series. **Ochsner J.** v.(14):188–94, 2014.
- GERMILLER, J.A. et al. Intracranial complications of sinusitis in children and adolescents and their outcomes. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg.** v.132(9):969-76, 2006.
- GÓIS, C.R.T. et al. Complicações Intracranianas das Rinossinusites. **Arquivos Internacionais de Otorinolaringologia.** v.(9):335-43, 2005.
- JONES, N.S. et al. The intracranial complications of rhinosinusitis: Can they be prevented? **Laryngoscope.** v.(112):59-63, 2002.
- NICA, D.A. et al. Multidisciplinary management and outcome in subdural empyema—a case report. **Chirurgia.** v.(106):673-676, 2011.
- PENIDO, N.O. et al. Complicações Intracranianas Sinusais. **Rev. Bras. Otorrinol.** v.(67):36-41, 2001.
- SAKANO, E.; ANSELMO-LIMA, T.W. Rinossinusites: evidências e experiências. **Braz J Otorhinolaryngol.** v.81(1 Supl. 1):S1-S49, 2015.
- WASSEN, M.; KHAN, S.; BOMANN, S. Subdural Empyema Complicating Sinusitis. **J Emerg Med.** v.35(3):277-81, 2008.