

# SÍNDROME DO ÁPICE ORBITÁRIO BILATERAL SECUNDÁRIA AO HERPES ZOSTER

**Juliane C. Rodrigues**

**Aline Pimentel de Miranda**

**Júlia V. de Barros**

**Brenda dos S. Minomo**

## Síndrome do Ápice Orbitário bilateral secundária ao herpes Zoster

Juliane C. Rodrigues, Aline Pimentel de Miranda, Júlia V. de Barros, Brenda dos S. Minomo  
Hospital Padre Bento de Guarulhos

### INTRODUÇÃO

A síndrome do ápice orbitário é uma complicação neuro-oftalmológica rara e grave quando relacionada ao herpes Zoster. Ela é caracterizada pela perda visual por neuropatia óptica e por oftalmoplegia pelo envolvimento nos nervos motores oculares na região do ápice orbitário. Outros sinais clínicos relevantes são a proptose, ptose, alteração do reflexo pupilar, edema ou atrofia de disco óptico.

Os mecanismos patogênicos descritos são o efeito citopático direto do vírus, dano tecidual imune mediado e edema inflamatório causando compressão e isquemia.

Aqui, relatamos um caso de síndrome do ápice orbitário bilateral ocasionada por Herpes Zoster ocular.

### RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 71 anos, foi levado à emergência oftalmológica com quadro clássico de herpes zoster em hemiface esquerda, na topografia do nervo supraorbitário. Apresentava lesões crostosas e vesiculares inclusivas na pálpebra, restritas ao dermatomo acometido à esquerda e vesículas na topografia do n. supraorbital direito. O quadro cutâneo iniciara há 7 dias e o ocular há 2, e o paciente estava em tratamento em outra unidade hospitalar com vancomicina, clindamicina e ceftriaxone.

De antecedentes patológicos prévios sistêmicos e oculares, apresentava HAS, DM2 insulino dependente, FACO no olho esquerdo e descolamento de retina no olho direito há 5 meses, com perda visual prévia significativa (emergava vultus).

Na avaliação da admissão, além das lesões vesículo-crostosas na hemiface esquerda, havia invasão das lesões no território inervacional do nervo supraorbitário direito, edema bipebral 3+/4+ bilateral, ausência de reflexos pupilares, restrição global da motilidade ocular bilateralmente e sua acuidade visual era ausência de percepção luminosa em ambos os olhos. A biomicroscopia apresentava quemesa bilateral, pior à direita, e havia hiposfagma superior somente à direita. Não havia lesões corneanas. O exame fundoscópico apresentava meios claros com depósitos brancos no vítreo superior do olho direito, disco óptico bem delimitado, corado, com escavação fisiológica, afinamento vascular, hemorragia em ponto borrão superior no olho esquerdo, mácula com brilho habitual, rarefação periférica do epitélio pigmentado posterior, descolamento de retina temporal inferior com rotura gigante periférica no olho direito, retina aplicada no olho esquerdo.

Por conta de todos os achados, a hipótese diagnóstica inicial foi de síndrome do ápice orbitário bilateral secundária ao herpes zoster.

Foi solicitado inicialmente tomografia de órbitas sem contraste por ser de mais fácil acesso e realização imediata, que demonstrou edema das partes moles pré-septais e aumento da veia supraorbitária bilateralmente. Foram solicitados exames sorológicos com resultado negativo para HIV e hepatite C, avaliação com neurologista e infectologista e foi instituído prontamente o tratamento com aciclovir 4g ao dia via oral e, após de 24h e com resultados sorológicos negativos, foi realizada pulsoterapia com metilprednisolona 1g ao dia por 3 dias. A ressonância magnética de crânio foi solicitada para avaliar melhor a síndrome do ápice orbitário e possibilidade de trombose do seio cavernoso, e foi realizada posteriormente. Foi optado por realizar tarsorrafia temporária no olho direito devido à quemesa.

Nos dias subsequentes, o paciente evoluiu com melhora significativa da dor e melhora parcial da restrição muscular de ambos os olhos. Houve regressão progressiva e completa da quemesa, do edema palpebral e da hiperemia ocular.

A ressonância magnética foi realizada no décimo dia de tratamento com aciclovir, e seu laudo não apontou alterações.

O paciente perdeu seguimento após o 13º dia de acompanhamento, e não foi possível obter mais informações. Ao último exame, as lesões cutâneas já estavam em processo de cicatrização, a motilidade ocular e biomicroscopia estavam normais, porém a acuidade visual se manteve a mesma da primeira avaliação. Na fundoscopia ainda não havia atrofia ou palidez do disco óptico.

Foi tentado contato telefônico com pte, que não compareceu aos retornos.

O paciente faleceu 3 meses após, por complicações sistêmicas relacionadas ao DM.

### FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



### DISCUSSÃO:

Apresentamos um caso de síndrome do ápice orbitário (SAO) secundário herpes zoster oftálmico. Na literatura disponível, o mais comum é isto ocorrer de maneira unilateral; no entanto, este caso foi de acometimento bilateral. O tempo de apresentação do quadro foi similar ao descrito em outros casos, com o tempo médio variando de 7 a 14 dias.

O diagnóstico foi realizado com base nos achados clínicos e de imagem disponíveis. Quando foi realizada a ressonância, o paciente já estava em tratamento com antiviral e corticoides há 10 dias, e já estava em franca melhora clínica, o que poderia justificar o fato de não terem sido observadas alterações.

Para melhor elucidação do mecanismo etiopatogênico deste caso bilateral, poderiam ter sido realizados punção lombar, que auxiliaria na diferenciação entre o efeito citopático viral direto ou causas imunomediadas e inflamatórias; tomografia com contraste venoso para investigar a possibilidade de trombose do seio cavernoso, complicação rara e já descrita na literatura, que também poderia justificar o quadro grave do olho direito, pois a inflamação local pelo vírus varicela zoster promove processos de coagulação, podendo resultar em trombose venosa profunda, embolia pulmonar e trombose do seio cavernoso. Como essa hipótese se concretizasse, a instituição de terapia anticoagulante com heparina em dose plena deveria ser instituída de imediato. Infelizmente, apesar do tratamento, o paciente manteve perda visual dramática.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Marie G, Scheffer M. An older woman with herpes zoster ophthalmicus complicated by orbital apex syndrome. Age Ageing. 2018 Sep 1;47(5):760. doi: 10.1093/ageing/afy073. PMID: 29741559.
- Badakere A, Patel-Chhabiani P. Orbital Apex Syndrome: A Review. Eye Brain. 2019 Dec 12;11:63-72. doi: 10.2147/EB.S180150. PMID: 31849556; PMCID: PMC6913296.
- Mohankumar A, Gurnani B. Orbital Apex Syndrome. 2023 Jan 11. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. PMID: 37276292.
- Borchard NA, Nayak JV. Orbital Apex Syndrome. N Engl J Med. 2018 Apr 26;378(17):e23. doi: 10.1056/NEJMc1703770. PMID: 29694826.
- Fukushima A, Mihoshi M, Shimizu Y, Tabuchi H. A Case of Orbital Apex Syndrome Related to Herpes Zoster Ophthalmicus. Cureus. 2022 Jul 25;14(7):e27254. doi: 10.7759/cureus.27254. PMID: 36039197; PMCID: PMC9402315.
- Melkri Y, Valizno JA, Rivas LF, Hernandez J, Jain V, Eltaf A, De Prey J, Hu C, Tarhan B, Tuna IS, Shalubier RH. Management of Cavernous Sinus Thrombosis Following Herpes Zoster Ophthalmicus. Cureus. 2022 Jun 8;14(11):e21036. doi: 10.7759/cureus.21036. PMID: 35155004; PMCID: PMC8824491.