

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE ENFERMAGEM

CARLA ARAUJO DE MELLO

Estudo de Caso: Celulite Periorbitária

Niterói
2013

CARLA ARAUJO DE MELLO

Estudo de Caso: Celulite Periorbitária

Trabalho apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO, como parte dos requisitos para aprovação na matéria Estágio Supervisionado II.

Preceptora: Suely

Niterói
2013

Sumário

<u>INTRODUÇÃO</u>	<u>4</u>
<u>1. OBJETIVOS</u>	<u>5</u>
<u>1.1 Geral</u>	<u>5</u>
<u>1.2. Específicos</u>	<u>5</u>
<u>2. METODOLOGIA</u>	<u>5</u>
<u>3. REFERÊNCIAL TEÓRICO</u>	<u>6</u>
<u>3.1. ETIOLOGIA</u>	<u>6</u>
<u>3.2 DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS</u>	<u>7</u>
<u>3.4 COMPLICAÇÕES</u>	<u>8</u>
<u>3.5 TRATAMENTO</u>	<u>9</u>
<u>4. DIAGNÓSTICO</u>	
<u>MÉDICO</u>	<u>9</u>
<u>4.1. Medicamentos Prescritas:</u>	<u>10</u>
<u>5. PROCESSO DE</u>	
<u>ENFERMAGEM</u>	<u>12</u>
<u>5.1. LEVANTAMENTOS DE</u>	
<u>DADOS</u>	<u>12</u>
<u>6. EXAME FÍSICO...</u>	
.....	<u>13</u>
<u>7. EXAME CLINICO</u>	
.....	<u>13</u>
<u>8. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</u>	<u>16</u>
<u>9. EVOLUÇÃO</u>	
.....	<u>18</u>
<u>10CONCLUSÃO</u>	
.....	<u>19</u>
<u>11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>-</u>
.....	<u>20.</u>

Estudo de Caso: Celulite Periorbitária

INTRODUÇÃO

O presente estudo foi baseado no caso de um paciente internado na pediatria do Hospital Municipal Leal Junior, que se localiza no município de Itaboraí, no dia 19/04/2013, período em que se desenvolveu a aplicação de teoria e prática de conhecimentos adquiridos durante o decorrer da disciplina. Bem como a elaboração de um plano assistencial a ser colocado em prática, diante da integridade do processo de enfermagem que será apresentado neste estudo de caso, com objetivo de enriquecer o trabalho, realizando pesquisas bibliográficas.

O cliente em questão encontrava-se acometido Celulite Periorbitária CPO no olho esquerdo patologia que será apresentada no desenvolvimento do estudo.

Infecções e inflamações que acometem a órbita podem ser divididas em pré-septal e pós-septais também chamadas de celulite periorbitária e orbitária. A frequência de celulite periorbitária é maior, sendo caracterizada por não ultrapassar o septo orbital, estando relacionada a infecções palpebrais, complicações de trauma palpebral (lacerações), infecções oculares externas e infecções respiratórias altas Ribeiro A,(2011).

.

Pode surgir após extensão de infecção de estruturas periorbitárias, inoculação direta da órbita por trauma ou disseminação hematogénica. Tem como principal causa a sinusopatia, principalmente a etmoidite. O aspecto clínico pode abranger além de edema/eritema palpebral, motilidade ocular diminuída, dor ocular, diplopia, proptose e quemose. Pode evoluir com complicações intra-cranianas oculares Olitsky, (2003).

O espectro clínico pode abranger além de edema/eritema palpebral, motilidade ocular diminuída, dor ocular, diplopia, proptose e quemose. Pode evoluir com complicações intracranianas e oculares Coats DK,(2004).

1. OBJETIVOS

1.1 Geral

Implementar a sistematização da assistência em enfermagem (SAE) em paciente portador de CPO

Conhecer os aspectos fisiopatológicos da CPO e as alterações provocadas pela mesma.

Promover práticas assistenciais com base no processo em enfermagem.

Realizar medidas preventivas através do processo de enfermagem.

• METODOLOGIA

As técnicas da coleta de dados utilizados para o desenvolvimento do estudo foram de pesquisas bibliográficas. Pesquisa é um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que tem por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se tem informações para solucioná-lo (Silva, 2001).

Este estudo foi realizado pelas discentes do 8º período de Enfermagem da

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1. ETIOLOGIA

A celulite periorbitária (CPO), de localização anterior ao septo orbitário, é a forma de apresentação mais frequente, não apresentando os sinais de gravidade sugestivos a infecção respiratória alta, conjuntivite e lesão cutânea local são as principais responsáveis pela CPO Pedrosa C, (2012) .

É predominante uma doença pediátrica. As suas causas podem ser infecção como resultante de um trauma local,incluindo de insetos,infecção como resultado de propagação de estruturas contínuas ,como,na conjuntivite,infecções no sistema lacrimal e impetigo,entre outras .Alguns dos sinais e sintomas observados na CPO são :eritema ,edema, sensibilidade palpebral, febre , coloração violácea no local,motilidade ocular diminuída e dor ocular, Nageswaran S,(2006)

3.2 DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

O paciente com suspeita de celulite tem que lançar mão de exames complementares

laboratoriais e de imagem. O hemograma é útil, pois mostra evidências de processo infeccioso, com leucocitose e desvio à esquerda. Hemoculturas podem ser úteis quando a celulite acomete crianças menores do que quatro anos, nos quais a infecção por *Hemophilus influenzae* é causa importante. Culturas de nasofaringe também são realizadas por alguns autores, mas usualmente não auxiliam no diagnóstico. Culturas de secreção conjuntival ou palpebral podem ser realizadas nos casos em que haja evidências de ferimentos como porta de entrada para a infecção orbitária Donahue SP,(2008).

De acordo com Nageswaran S,(2006) os exames radiológicos são muito importantes na avaliação do paciente com celulite orbitária. Os raios X simples podem ser muito úteis, uma vez que permite mostrar a presença de sinusite, o que ajuda em muito na suspeita diagnóstica. Podem também dar indícios de corpos estranhos orbitários. No entanto, atualmente sempre que possível preferimos recorrer à tomografia computadorizada de órbitas que mostra evidências do processo infeccioso na órbita e nos seios paranasais e também auxilia no diagnóstico diferencial com outras afecções orbitárias, bem como na identificação de complicações como os abscessos orbitários.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras afecções orbitárias, especialmente o pseudotumor inflamatório da órbita, as fístulas carótido cavernosas e tumores de crescimento rápido como o rabdomiossarcoma, o linfangioma, a infiltração leucêmica entre outros. A observação de febre, sinais de toxemia e a identificação de um foco infeccioso no exame clínico e/ou radiológico são os principais elementos utilizados na diferenciação. O aspecto da lesão encontrada à tomografia computadorizada é outro elemento extremamente importante quando se pensa em uma das afecções acima mencionadas Bergin D,(2006).

3.3- Sinais e sintomas

O quadro clínico se caracteriza por dor na região periocular, febre e mal-estar com

sinais de toxemia. A dor é habitualmente intensa e piora com a movimentação ocular, mas nem sempre está presente. Pode haver antecedentes de quadro infeccioso de vias áreas superiores Pedrosa C,(2012).

Ao exame externo se observa edema e hiperemia palpebrais, quemose e hiperemia conjuntivais, proptose, deslocamento do globo ocular e limitação da motilidade ocular extrínseca. Em alguns casos a quemose pode ser muito intensa com prolapso da conjuntiva edemaciada Pinto M,(2003).

A alteração da motilidade ocular extrínseca é decorrente do acometimento dos músculos extraoculares pelo processo inflamatório e deve ser diferenciado da limitação decorrente Pedrosa C,(2012).

3.4 COMPLICAÇÕES

Entre os problemas relacionados ao globo ocular a perda permanente de visão pode resultar de lesão coreana secundária a proptose ou ceratite neurotrófica, destruição de tecidos intraoculares ou um complexo mecanismo acometendo o globo e estruturas orbitais posteriores.

A córnea pode ter sua sensibilidade reduzida, opacificação e edema, presumidamente devido à interferência com suplemento nervoso, uma complicação que aumenta a tendência para ceratite, já presente devido ao mecanismo de exposição, podendo resultar em ulceração, necrose e perfuração Pedrosa C,(2012).

O envolvimento do nervo óptico pode produzir edema de papila e neuropatia óptica,

podendo resultar em atrofia. Os fatores determinantes seriam o aumento da pressão intraorbitária, causando compressão do nervo óptico ou extensão direta do processo infeccioso-inflamatório para a substância do nervo com aparecimento de áreas de necrose e abscesso. Redução intensa de visão ou desenvolvimento de defeito pupilar aferente durante o tratamento implica em cuidadosa e imediata reavaliação do quadro clínico Ribeiro A,(2011).

Podem ocorrer ainda hemorragias de retina, trombose venosa e oclusão arterial ou descolamento de retina exsudativo. Destruição de tecidos oculares pode resultar em uveíte séptica, retinite e endoftalmite. Glaucoma é uma complicação rara Pinto M,(2003).

Complicações intracranianas ocorrem em 4% dos casos. Meningite é a mais comum, seguida da trombose de seio cavernoso, abscessos epidurais, subdurais e de parênquima cerebral Fernandes A,(2007).

Segundo Pedrosa C, (20012),a síndrome de ápice de órbita caracterizada por proptose, edema de pálpebra, neuropatia óptica, oftalmoplegia externa e interna e acometimento da divisão oftálmica do trigêmio pode ser causada por disseminação do processo infeccioso de qualquer ponto para a fissura orbital superior.

Osteomielite, comumente envolvendo o osso frontal, é uma extensão direta da supuração frontal ou tromboflebite séptica Pedrosa C,(2012).

3.5 TRATAMENTO

Os antibióticos orais são administrados nos casos ligeiros; os antibióticos intravenosos são aplicados em casos graves. O antibiótico que for usado no início pode ser mudado se os resultados da cultura indicarem que outro resultará mais eficazmente. Por vezes, recorre-se à cirurgia para drenar um foco de infecção (abcesso) ou um seio infectado Fernandes A,(2007).

4. DIAGNÓSTICO MÉDICO

CPO,Celulite Prioritária no Olho esquerdo

4.1. Medicações Prescritas:

Ao ser admitido no Hospital Municipal Leal Junior. Dia (19/03/2013), o Médico prescreveu as seguintes medicações

- **Oxacilina 2g de 6/6hrs EV**

MECANISMO DE AÇÃO: Bactericida; inibe a síntese da parede celular de organismos sensíveis, levando a bactéria à morte.

Farmacocinética: Inibe a síntese da parede celular de organismo sensíveis ,causando a morte da bactéria.Início de ação rápida

I.V: dilui em 5 ml de água destilada ou solução salina na dosagem de 250 a 50 mg e infundir em 10 minutos.

Indicação: Infecções de VAS , pele e tecidos moles.

Contra indicações e precauções: Hipersensibilidade a droga ,as penicilinas ou cefalosporina.Use cuidadosamente nos casos de disfunção renal e durante a gestação ou lactação.

Reações adversas: Glossite, estomatite, gastrite, dor na garganta, vômito, diarreia, colite, flebite, trombose, letargia.

Cuidados de Enfermagem:

- A medicação deve ser administrada exatamente conforme recomendado e o tratamento não deve ser interrompido, sem o conhecimento médico, ainda que o paciente alcance a melhora
- A Oxacilina não deve ser misturada com outras drogas.
- Recomende ao paciente o aumento da ingestão de líquidos para facilitar a fluidificação das secreções, durante a terapia;

- **Ibuprofeno (SOS) Oral**

Farmacocinética:Início da ação em 30min. derivado do ácido fenilpropionico,com propriedades analgésica e anti-inflamatória e antipirética .

Indicação: analgésica e anti-inflamatória e antipirética em processos articulares ou músculo esquelético ,cefaleia.

Contra indicações e precauções: Hipersensibilidade a droga e ao ácido

fenilpropionico,Rinite ,Asma e Urticarias.

Reações adversas: Náuseas, vômitos e dor abdominal,Cefaleia ,tontura,Dispneia ,hemoptise,diminuição do hematocrito.

Cuidados de Enfermagem:

- Orientar para o paciente não tome outra medicação sem consentimento médico.
- Avisar ao paciente sobre as reações adversas.
- A medicação não deve ser usada em gestante.

5. PROCESSO DE ENFERMAGEM

5.1. LEVANTAMENTOS DE DADOS

Identificação do paciente em estudo

O M.S.T. ,masculino ,11 anos,moreno ,internado no Hospital Municipal de Itaboraí no seu 2º dia de internação ,com o diagnostico de Celulite Periorbitária esquerda CPO .Acompanhado de sua mãe R.X.S ,36 anos .O inicio da infecção foi observado quando a criança reclamou de formigamento e dor na face .Foi internada por presença de edema,hiperemia e calor em região periorbitária com recorrente presença de secreção

.Acriança sente saudade do lar e de seus familiares ,não brinca por falta de seus amigos .

5.2- Alergia:

Dipirona , Dorflex

5.3 Queixa principal:

A criança esta apresentando febre, edema em olho esquerdo ,necessitando ser atendido no Hospital Infantil.

5.4 - História da doença atual:

Segundo informações obtidas com a mãe da Criança, ela esta internada há 1 dia ,com irritação , edema no olho esquerdo, febre alta e dor na região. Dia 18/03/2013 estava brincando com o primo de luta, quando levou um chute. Na sexta-feira começou a ter febre, dor, edema, rubor.

5.5 - História de doenças anteriores:

A criança é o Segundo filho do casal, a mãe referiu não haver nenhuma doença respiratória, os primeiros sintomas apareceram de uma forma rápida. A mãe referiu que a criança não teve nenhuma doença própria da infância como: sarampo, rubéola, coqueluche, varíola, caxumba. Há dois anos sofreu acidente de moto,onde perdeu alguns dentes e hoje possui dois implante dentário. A mesmo refere que o calendário de vacinas da criança esta em dias e que sempre leva a criança ao posto para tomar as vacinas nas datas certas.

5.6 - Histórico familiar:

A mãe relata que reside no Município de Itaboraí a cerca de 18 anos, e que sempre apresentou ótima saúde, não é tabagista e não faz o uso de bebidas alcoólicas, nega hipertensão e diabetes.

5.7 - Histórico Social:

Mora com os pais e mais um irmão menor em uma casa própria, com água encanada, com presença de rede de esgoto e com coleta de lixo. A mãe relata que trabalha como professora no pré escolar e realiza pequenos "bicos" dando aulas de reforço, e tem uma renda de aproximadamente dois salários mínimos.

5.8- Padrão de vida cotidiana:

A mãe relata que a criança alimenta-se bem, que gosta de frutas. Disse que a criança não tem dificuldade para dormir e que o filho leva uma vida compatível com a idade, gosta de brincar de bola com os colegas e familiares, internet. Levando uma vida como qualquer criança de 11 anos de idade.

5.9 - Histórico de medicamento:

Não fazia uso de medicamentos, segundo informações colhidas com a mãe da criança.

6-Ao Exame físico:

Criança consciente, orientada, ativa, deambulando, eupneia, afebril, corada, hidratada. Aceitando parcialmente a dieta oferecida.

6.1 -Cabeça e pescoço:

Cabeça normocefálica arredondada e simétrica, sem lesões, galos ou sulcos. Couro cabeludo íntegro, cabelos negros e secos. Nódulos linfáticos palpáveis em região submandibular. Narinas desobstruídas, sem desvio de septo, lesões ou pontos dolorosos. Mucosa rósea normohidratada, vibrissas presentes. Face corada, hidratada, presença de edema no O.E. Com sinais flogísticos o que dificulta a visão, limitando a certas atividades e ambiente. Cavidade oral com uso de implante dentário superior de dois dentes, pois foi atropelado por uma moto cerca de 02 anos atrás quando perdeu os dentes. Mucosa oral rósea normohidratada. Lábios corados. Olhos brilhantes, simétricos, pálpebras com oclusão normal, . Pupilas isocóricas fotorreagentes.

6.2.-Tórax anterior :

Pele íntegra, corada e coloração homogênea, disposição simétrica de todas as estruturas, expansão simétrica com a inspiração. Frequência respiratória de 24 mr/m. Sem achados anormais na palpação, gânglios axilares não palpáveis. Pulsos supraclaviculares rítmicos e simétricos, pulso apical rítmico e frequência normal. Murmúrios vesiculares na periferia dos pulmões e broco vesicular na ausculta realizada sobre o esterno. Bulhas cardíacas rítmicas, em dois tempos.

6.3- Tórax posterior

Simétrico, tom de pele homogêneo com uma macha congênita , com boa expansão torácica, coluna vertebral ereta, frêmito presente e igualmente intenso (simétrico). Lobos auscultados e lobos inferiores de ambos os pulmões.

6.4- Abdome anterior

Contorno simétrico, plano, flácido. Ruídos hidroaéreos presentes e normais em todos os quadrantes. Abdome sem sensibilidade dolorosa ao toque, cólon palpável. Fígado palpável, macio e firme. Baço palpável . Bexiga não palpável.

6.5 – MMSS

Massa muscular distribuída bilateralmente simétrica, atividade e coordenação motora normal. Pele hidratada Punção venosa em MSE, com cateter nº 22, em boas condições, sem hematoma ou edema, salinizado. Boa perfusão periférica, unhas com presença de sujidade. Pulsos: radial forte, rítmico e simétrico com 72 b/m, pulso braquial forte. PA braquial 100 X 60mmHg, temperatura axilar 36,6°C.

6.6- MMI

Massa muscular distribuída bilateralmente simétrica. Atividade, coordenação motoreforçamuscular

normais. Presença de marcas de escoriações sem sensibilidade dolorosa, pele hidratada e corada.

Movimentação e flexibilidade normal, unhas secas, grossas e com sujidade. Boa perfusão periférica.

7- Exames Clínicos:

- Hemograma Completo**

O hemograma é um exame realizado que avalia as células sanguíneas de um paciente. O exame é requerido pelo [médico](#) para diagnosticar ou controlar a evolução de uma [doença](#).

HEMOGRAMA	19/03/13
Hemoglobina	12g/dl
Hematocrito	35%
VGM	86
HGM	29
CHGM	31
LINFOCITOS	24
Leucócitos	10.3
Plaquetas	140

De acordo com Tannure (2009) os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou comunidade, a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para as seleções de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

- **Mobilidade física prejudicada relacionada com edema, dor e hiperemia em Olho esquerdo.**

Meta: O paciente conseguirá alívio dos sinais e sintomas de edema em 24hs

Intervenções de Enfermagem:

- Evitando os riscos de possíveis complicações:
- Realizar rigoroso cuidado com as mãos e unhas estando limas e evitando cassar os olhos para evitar infecções secundarias e contaminação do mesmo.
- **Integridade tissular prejudicada relacionada com alterações vasculares periféricas.**

Meta: O paciente conseguirá alívio dos sinais e sintomas de edema em 24hs

Intervenções de Enfermagem:

- **Dor aguda relacionada ao processo infeccioso.**

Meta: Em até 2 horas O paciente declarar alívio da dor;

Intervenções de Enfermagem:

- Administrar medicação prescrita de acordo com a orientação médica;
- Avaliar e registrar escala da dor: intensidade e duração.

- **Medo relacionado à mudança de ambiente com a internação repentina, evidenciado por choro e recusa no atendimento da equipe de enfermagem.**

Meta: Explicar a necessidade de ficar internado tentando minimizar o estresse causado pelo medo.

Avaliação: O Cliente apresentou tolerância em relação à equipe de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem:

- Explicar que a mudança de ambiente é necessária para sua melhora;
- Explicar que os cuidados realizados pela equipe de enfermagem são importantes e objetivam sua melhora, portanto, o seu bem;
- Encaminhar ao profissional psicólogo

- **Atividade de recreação deficiente.**

Meta: O cliente deverá apresentar melhora em seu estado emocional

Intervenções de Enfermagem:

- Dispor de dez minutos com o paciente pelo menos duas vezes no turno,

demonstrando desejo em ouvir, brincar ,oferecendo tranquilizarão verbal;
Identificar e reduzir os vários estressores ambientais, conforme possível.

- Promover meios de reintegração social;
- Interagir juntamente com familiares para diminuir a sensação de solidão.

- **Percepção visual perturbada.**

Meta: O paciente conseguirá alívio dos sinais e sintomas de edema em 24hs.

Intervenções de Enfermagem

- **Integridade da pele prejudicada relacionada com fatores internos.**

Meta:

Intervenções de Enfermagem

9- EVOLUÇÃO:

13h00 min. do dia 20.03.13-M.S.P com 11 anos sexo masculino no 2º DIH (Dia de Internação Hospitalar), com Diagnóstico Médico de C.P.O, acompanhada por sua mãe, lúcido orientado, deambulando sem auxílio ,apresentando couro cabeludo íntegro, pele íntegra , não corado, celulite causando edema na região periórbital e hiperemia, constatação de dor na região submandibular ao examinar cabeça e pescoço, ausculta cardíaca normofonética rítmica com bulhas em 02 tempos, ausculta

pulmonar apresentando murmúrios vesiculares universalmente audíveis ,ausculta abdominal apresentando ruídos hidroaéreos , pois relata não ter evacuado,diurese presente em quantidade satisfatória de coloração amarela claro ,palpação abdominal superficial e profunda com superfície plana e indolor. MMSS com boa mobilidade, ausência de edema em MMII, tônus e força musculares satisfatórias.

SSVV: PA:100x70mmHg,FC:72bpm,FR:24rpm,T:36,5°C.

10- CONCLUSÃO:

Conforme o objetivo proposto, este trabalho teve como base descrever um pouco sobre a Celulite Periorbitária e através disto, montar uma assistência de enfermagem que possa orientar os profissionais de enfermagem a atentarem para a gravidade do assunto.

Cabe principalmente a enfermagem estar verificando e se certificando da dosagem medicamentosa e sua forma de administração se está corretas e se as condutas terapêuticas estão sendo seguidas, se o acompanhante esta ciente do caso e de que precisa colaborar para o restabelecimento da criança. Este trabalho além de mostrar assistência de enfermagem apresentou uma descrição geral sobre a doença, sua sintomatologia, o tratamento mais atual que esta sendo empregado na instituição de saúde.

A criança acometida da C .P O pode acabar evoluindo para um mau prognóstico o que pode ser evitado com simples atitudes por parte tanto da família quanto dos profissionais da área da saúde.

11- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergin D, Wright JE: Orbital cellulitis. Br. J. Ophthalmol. 2006; 70:174-178
- 2-Coats DK, Carothers TS, Brady-McCreery K, Paysse EA. Ocularinfectious Diseases. In: Feigin RD, Cherry JD, *et al.* eds. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2004. p790-2.
- Dicionário de ***Administração Medicamentos na Enfermagem 2007/2008***. 8 ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2011.
- Donahue SP, Schwartz G: Preseptal and orbital cellulitis in childhood. A changing microbiologic spectrum. Ophthalmology. 105:1902-1905,2008.
- Fernandes A, Marques JG. Celulite da órbita na criança. *Acta Pediatr Port* 2007;28:325-30.
- Fernandes A, Faria D, Rocha G, Lemos L. Celulite da Região Orbitaria. *Rev Port Doenças Infecc* 2008;19(3-4):201-8.
- Malta RFS, Monteiro MLR, Carani JCE, Silveira JAM. Celulite orbitária. Arq. Bras. Oftalmol. 44:105-107, 1981.

- Nageswaran S, Woods CR, Benjamin DK, Givner LB, Shetty AK. Orbital Cellulitis in Children. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:695-9.
- NANDA, North American Nursing Diagnosis Onoceation – **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009/2011.
- Olitsky SE, Nelson LB. Disorders of the Eye. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed. Philadelphia: Saunders Company; 2003. p2123-4.
- Pedrosa C, Marques E. Celulite da Região Orbitaria – Estudo Retrospectivo de 43 Casos. *Acta Pediatr Port* 2012;34:9-12
- Pinto M, Marques JG. Celulite da Órbita. In: Correia M, Gomes AL, Oom P, Pedro JCG, eds. *Protocolos de Urgência em Pediatria*. 2ªed. Lisboa: ACSM; 2003. p184-6.
- Ribeiro A. Celulites orbitárias e periorbitárias. *J Med (Oporto)* 2011;131:519-21.
- SILVA, Edna Lúcia da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação** \ Edna Lúcia da Silva, Estera Muszkat Menezes. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, edição 03, 2001
- Wulc, A.E. Orbital Infections. In Jaeger E. A., Tasman W.: *Duane's Clinical Ophthalmology*. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1997, vol. 2, Cap. 34, pp. 1-24.
