

Celulite periorbitária (pré-septal) e orbitária e outras causas de olho inchado

Como separar no consultório a celulite pré-septal, tratável por via oral, da celulite orbitária, que é emergência, e reconhecer as causas não infecciosas de edema palpebral

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Todo olho inchado exige o mesmo exame: **acuidade visual (ou fixação e seguimento no lactente), motilidade ocular nas seis direções perguntando por dor, proptose, pupilas e conjuntiva**. Edema e hiperemia palpebral **com olho normal = celulite pré-septal**: em criança > 1 ano, **sem toxemia, com olho examinável e retorno garantido**, trata-se por via oral, com **reavaliação em 24–48 h** (🟡) (Nota Técnica SBOP/SBP 2024) — **amoxicilina-clavulanato com 50–80 mg/kg/dia de amoxicilina, 12/12 h, por 7–10 dias** (NT SBOP/SBP 2024) se não houver trauma de pele; **cefalexina** se a porta for claramente de pele. **Proptose, dor à movimentação ocular, oftalmoplegia, diplopia, queda da acuidade visual, pupila alterada ou quemose** indicam **celulite orbitária** (🔴): pronto-socorro. Também vão ao hospital a pré-septal em < 1 ano, com **toxemia**, com **olho que não abre** ou **sem melhora em 24–48 h**. Picada, alergia, calázio, hordéolo e nefrítica quase sempre ficam em casa (🟢).

1. O que é e como se apresenta

O **septo orbitário**, lâmina fibrosa entre o rebordo da órbita e o tarso, separa os tecidos palpebrais do conteúdo da órbita e divide as duas doenças:

- **Celulite pré-septal (periorbitária)**: infecção da pálpebra e dos tecidos à frente do septo. É a mais comum, sobretudo **abaixo de 5 anos**. Origem: lesão de pele (picada, ferida, impetigo, varicela), hordéolo, dacriocistite ou **sinusite**. Edema, hiperemia e calor palpebral, pouca ou nenhuma febre, bom estado, **olho com motilidade, visão e pupilas normais, sem proptose**.
- **Celulite orbitária (pós-septal)**: infecção atrás do septo, **quase sempre complicação de sinusite etmoidal**. Ocorre em qualquer idade e ameaça a visão e o sistema nervoso central: febre, estado geral afetado, **dor ao movimentar o olho, diplopia, limitação da motilidade (oftalmoplegia), proptose, quemose, queda da acuidade visual e pupila alterada**. A PCR costuma estar mais elevada (AEP/SEIP 2023: em geral > 120 mg/L).

Agentes: de origem cutânea, *S. aureus* e *S. pyogenes*; de origem sinusal e orbitária, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, estreptococos do grupo *anginosus*, *S. aureus* e anaeróbios (AEP/SEIP 2023; CHOP).

Classificação de Chandler (profundidade da infecção, definida pela tomografia):

ESTÁGIO	ACHADO	ONDE TRATAR
I	Celulite pré-septal (edema inflamatório palpebral)	Casa (🟡) ou hospital
II	Celulite orbitária sem abscesso	Hospital
III	Abscesso subperiosteal	Hospital; drenagem se sem resposta ou abscesso grande
IV	Abscesso orbitário	Hospital; drenagem
V	Trombose do seio cavernoso (sinais bilaterais)	Hospital, UTI

A sinusite também pode complicar no crânio (meningite, empiemas, abscesso cerebral) e no osso frontal (tumor de Pott); veja **Complicações das otites e das sinusites** (Otorrinolaringologia).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
🟢 Leve	Edema palpebral sem infecção bacteriana (picada, alergia, calázio, hordéolo localizado, conjuntivite viral, edema da nefrótica em bom estado); olho normal, sem febre nem sinais sistêmicos	Tratar a causa em casa (ver diferencial); orientar sinais de alerta e retorno
🟡 Moderada	Celulite pré-septal com olho normal e examinável, criança > 1 ano , sem toxemia , aceitando via oral e com retorno garantido ; dacriocistite em criança maior em bom estado	Antibiótico oral; demarcar a borda do eritema com caneta; reavaliação em 24–48 h ; hospital se piorar ou não melhorar; dacriocistite: oftalmologista com urgência
🔴 Grave	Qualquer sinal orbitário : proptose, dor ou limitação da movimentação ocular, oftalmoplegia, diplopia, queda da acuidade visual, pupila alterada, quemose; olho não examinável ; pré-septal em < 1 ano , com toxemia , sem melhora em 24–48 h de antibiótico oral ou sem retorno garantido ; sinais intracranianos ou edema frontal; sinais bilaterais; dacriocistite no lactente pequeno; angioedema com anafilaxia	Pronto-socorro/hospital : antibiótico IV, tomografia com contraste, oftalmologia e otorrinolaringologia; na anafilaxia, adrenalina IM antes

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 1 ano (pré-septal) e < 5 anos (exame ocular pouco confiável).
- Sinusite associada, sobretudo etmoidal, frontal ou esfenoidal; foco dentário.

- Antibiótico oral recente sem melhora; imunodeficiência; vacinação incompleta (pneumocócica, Hib); MRSA prévio; retorno incerto.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é clínico, e o exame decide. Em todo edema palpebral: **acuidade visual** (ou fixação e seguimento no lactente); **motilidade nas seis direções**, perguntando por dor e visão dupla; **proptose** (olhar de cima, comparando os olhos); **pupilas** (defeito aferente sugere sofrimento do nervo óptico); **conjuntiva** (quemose aponta para a órbita); nariz, dentes, pele, canto medial, fronte e sinais vitais. **Olho que não abre não é olho normal**: se o edema impede o exame, a criança vai ao hospital.

Exames: desnecessários no  e no ; não pedir radiografia de seios da face. **Tomografia de órbitas e seios com contraste** na **suspeita de complicação orbitária ou do sistema nervoso central** (NT SBOP/SBP 2024; AAP 2013); na pré-septal típica, só se houver dúvida ou falta de melhora (AEP/SEIP 2023). Ressonância na suspeita intracraniana. É exame do hospital: não atrasar o encaminhamento. No hospital: hemograma, PCR e hemocultura.

Diagnóstico diferencial do olho inchado

CAUSA	O QUE SUGERE	CONDUTA
Picada de inseto	Início em horas, prurido , pouca dor, sem febre	Compressa fria, anti-histamínico de 2ª geração; sem antibiótico (a SBP alerta que costuma ser tratada erroneamente como infecção — DC nº 12, de 08/02/2022)
Alergia e angioedema	Pruriginoso , sem dor nem calor; urticária, alérgeno	Afastar o desencadeante; anti-histamínico de 2ª geração; sistêmico = anafilaxia
Conjuntivite	Secreção, hiperemia conjuntival, motilidade normal	Conforme Conjuntivites ; RN com secreção é 
Hordéolo e calázio	Nódulo palpebral doloroso com pus (hordéolo) ou indolor e firme (calázio)	Compressas mornas 10–15 min, 3–4 vezes ao dia; não espremer; calázio persistente: oftalmologista
Dacriocistite aguda	Edema e hiperemia no canto medial , refluxo de pus pelo ponto lacrimal	Oftalmologista com urgência, antibiótico sistêmico; RN e lactente pequeno: hospital
Síndrome nefrótica	Edema bilateral, matinal, indolor, sem hiperemia ; edema de membros	Fita urinária ; conduta conforme Síndrome nefrótica idiopática na criança
Trauma e maus-tratos	Equimose, história incompatível	Avaliar lesão ocular; notificação obrigatória (compulsória) na suspeita de violência
Chagas aguda (sinal de Romaña)	Edema bipalpebral unilateral indolor, linfonodo pré-auricular	Investigar; notificação obrigatória (compulsória)
Tumores	Proptose sem febre (rabdomiossarcoma), equimose periorbitária (neuroblastoma), leucemia	Encaminhar com urgência

4. Tratamento e seguimento

Do pediatra: tratar o  e o  , reavaliar em 24–48 h, encaminhar o  , acompanhar após a alta. **Do hospital:** antibiótico intravenoso, imagem, drenagem, decisão sobre corticoide.

Posição adotada: a SBP trata do tema na **Nota Técnica SBOP/SBP (2024)**, cujos critérios o site segue: via oral por 7–10 dias na pré-septal leve, sem toxemia, acima de 1 ano e com seguimento garantido; internação abaixo de 1 ano, sem cooperação ao exame, com doença grave, achado orbitário ou sem resposta em 24–48 h; na orbitária, tomografia com contraste e antibiótico IV no hospital. Amoxicilina-clavulanato com **50–80 mg/kg/dia** de amoxicilina, 12/12 h (NT; decisão do Dr. Stefani, 10/2026). **Divergência:** os 90 mg/kg/dia (14:1) seguem valendo na sinusite e na OMA, onde o pneumococo é o alvo; na pré-septal, não. Na porta de pele, cefalexina pela SBP, DC nº 12, de 08/02/2022 (Picadas de inseto).

Tratamento ambulatorial (🟡) e antes da transferência

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Amoxicilina-clavulanato VO	50–80 mg/kg/dia de amoxicilina (a NT não fixa máximo)	12/12 h	7–10 dias	Sem trauma de pele (NT SBOP/SBP 2024); AEP/SEIP 2023: 80; 90 mg/kg/dia só na sinusite e na OMA (divergência)
Cefalexina VO	50–100 mg/kg/dia	6/6 h	7 dias, prolongando se não melhorar	Porta cutânea clara, sem sinusite. SBP, DC nº 12, de 08/02/2022 (Picadas de inseto); NT 2024: 50–70
Cefuroxima VO	20–40 mg/kg/dia	12/12 h	7–10 dias	Alergia não anafilática à penicilina (NT SBOP/SBP 2024)
Levofloxacino VO	6 meses a 5 anos: 20 mg/kg/dia; > 5 anos: 10 mg/kg/dia (máx. 500 mg)	12/12 h; > 5 anos 1x/dia	7–10 dias	Alergia grave à penicilina (NT SBOP/SBP 2024)
Sulfametoxazol-trimetoprima VO	10–12 mg/kg/dia de trimetoprima	12/12 h	7–10 dias	Suspeita de MRSA (NT SBOP/SBP 2024); AEP/SEIP 2023: ou clindamicina 30–40 mg/kg/dia (máx. 1,8 g/dia)
Ceftriaxona IM ou IV	100 mg/kg (máx. 2 g)	Dose única	—	Se a remoção for demorar, após contato com o serviço (MS, AIDPI 2017); sinal meníngeo ou púrpura: máx. 4 g (padrão do site)
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia; nunca > 4 g/dia)	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor ou febre	Padrão do site; risco hepático no uso repetido por 48–72 h
Dipirona	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor ou febre	Padrão do site; não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula)
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Enquanto houver dor ou febre	A partir de 6 meses (padrão do site)

Condutas hospitalares (referência)

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ceftriaxona IV (ou cefotaxima)	100 mg/kg/dia (máx. 4 g/dia)	12/12 h	IV até resolver os sinais orbitários, mínimo 2–3 semanas	Com oxacilina (NT SBOP/SBP 2024); pré-septal internada: igual até excluir a orbitária
Oxacilina IV	200 mg/kg/dia	6/6 h	Idem	NT SBOP/SBP 2024; AEP/SEIP 2023: clindamicina 40 mg/kg/dia (máx. 2,7 g/dia)
Vancomicina IV (no lugar da oxacilina)	40–60 mg/kg/dia (máx. 4 g/dia)	6/6 h	Conforme culturas	MRSA prevalente (NT SBOP/SBP 2024)
Metronidazol IV	30 mg/kg/dia (máx. 2 g/dia, AEP/SEIP 2023; 4 g/dia só no abscesso cerebral)	6/6 h	Conforme o quadro	Suspeita intracraniana, sinusite crônica ou origem dentária (NT SBOP/SBP 2024)

Cirurgia e corticoide (NT SBOP/SBP 2024): drenagem do abscesso grande, sem resposta em 24–48 h ou que ameace a visão; corticoide não é rotina. A AEP/SEIP (2023) drena após 48–72 h sem melhora ou abscesso ≥ 1 cm e admite corticoide IV. Via oral de sequência (afebril, melhorando): de preferência amoxicilina-clavulanato; cefuroxima como alternativa (NT 2024).

O que não usar: amoxicilina-clavulanato com 40–50 mg/kg/dia de amoxicilina com foco sinusal; antibiótico para picada ou alergia sem infecção; colírio ou pomada antibiótica como tratamento da celulite; corticoide oral no consultório; anti-histamínicos sedativos; novo esquema oral após falha — essa criança vai ao hospital.

Seguimento: na reavaliação de 24–48 h, esperam-se febre em queda, eritema dentro da borda demarcada e olho normal; piora ou sinal orbitário = hospital. Após celulite orbitária, oftalmologista; episódios repetidos: investigar sinusite recorrente, foco dentário e imunodeficiência; conferir vacinas (pneumocócica e Hib).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Qualquer sinal pós-septal:** proptose, dor ou limitação da movimentação ocular, diplopia, queda da acuidade visual, pupila alterada, quemose; **olho não examinável**.
- Pré-septal em **< 1 ano**, com **toxemia**, **sem melhora em 24–48 h**, sem aceitar via oral ou sem retorno garantido.
- **Sinais intracranianos** (cefaleia intensa, vômitos, rigidez de nuca, alteração de consciência, convulsão, déficit focal), **edema da fronte**, sinais bilaterais.
- Dacriocistite no lactente pequeno; imunodeprimido febril; angioedema com anafilaxia; proptose de progressão rápida.

Como encaminhar

1. **Não atrasar a remoção** para exames; registrar acuidade visual, motilidade e pupilas (base de comparação).
2. **Contato prévio** com o serviço (tomografia com contraste, oftalmologia e otorrinolaringologia); **SAMU (192)** se houver sinal neurológico, convulsão ou sepse.
3. Sepse: conduta conforme **Sepse e choque séptico na criança**; acesso venoso sem atrasar a remoção; **oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%** se houver desconforto ou má perfusão.
4. Ceftriaxona 100 mg/kg IM ou IV (máx. 2 g; AIDPI) se o transporte for demorar (sinal meníngeo ou púrpura: máx. 4 g).
5. Anafilaxia: **adrenalina IM 1 mg/mL, 0,01 mg/kg** (máx. 0,3 mg na criança e 0,5 mg no adolescente), vasto lateral da coxa, repetir em 5–15 min se necessário.
6. Analgesia e antitérmico; jejum se houver chance de drenagem; **relatório** com evolução, antibióticos (doses e horários), alergias e exame ocular.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O inchaço é da pálpebra, por fora do olho. Voltem no dia combinado, mesmo que pareça melhor."
- "A linha de caneta marca até onde vai a vermelhidão. Se passar da linha, avisem."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** olho saltado para fora, dor ao mexer o olho, visão dupla ou embaçada, olho que não abre, inchaço que aumenta apesar do remédio, febre alta, criança muito abatida, dor de cabeça forte, vômitos, inchaço na testa, sonolência ou convulsão, dificuldade para respirar ou inchaço da boca e da língua.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Pré-septal ambulatorial	VO se > 1 ano, sem toxemia; amoxicilina- clavulanato 50–80 mg/kg/dia, 7– 10 dias (NT SBOP/SBP, 12/2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Considerar hospital ou es- pecialista; co- amoxiclav 7 dias (NG141, 2019)	VO se > 1 ano e leve: amoxi- cilina-clavula- nato 80 mg/kg/dia, 5–7 dias (SEIP 2023)	Pele: cefalexi- na; sinusal: amoxicilina- clavulanato 60 mg/kg/dia; 7 dias (SSTI Pathway, 2020)	Antibiótico oral e seguimento próximo (Bos- ton Children's)	Segue o NICE
Internação na pré-septal	< 1 ano, sem cooperação, grave, achado orbitário, sem resposta em 24–48 h (NT 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Edema perior- bitário da sinu- site: hospital (NG79, 2017)	< 1 ano, mau estado, olho que não abre, falha do oral	Sem critérios específicos localizados	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Imagem	TC de órbitas com contraste se suspeita pós-septal (NT 2024)	Sem posição localizada	TC com con- traste se sus- peita orbitária ou do SNC (CPG sinusite, 2013)	Não detalha	TC se dúvida ou sem melho- ra; RM se intracraniana	TC com con- traste na orbitária	TC citada	Segue o NICE
Orbitária	Cefalosporina de 3ª geração + oxacilina IV, ≥ 2–3 sema- nas; sem corti- coide de rotina (NT 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Encaminhar ao hospital (NG141; NG79)	Cefotaxima + clindamicina IV, ≥ 21 dias; cirurgia se abscesso ≥ 1 cm	Ampicilina-sul- bactam ± van- comicina IV; in- fectologia e oftalmologia	Internação, IV, drenagem se abscesso	Segue o NICE

Leitura: todas concordam que **sinais pós-septais exigem hospital**, antibiótico IV, tomografia com contraste e especialista. Na **pré-septal**, SBP (NT SBOP/SBP 2024), AEP/SEIP (2023), Johns Hopkins (2020) e Boston Children's aceitam a via oral na criança maior em bom estado; o NICE (NG141, 2019) pede considerar hospital ou especialista em toda infecção perto dos olhos. Divergem a **dose de amoxicilina** (NT 50–80; Johns Hopkins 60; AEP 80 mg/kg/dia), o **esquema IV** (cefalosporina + oxacilina na NT; cefotaxima + clindamicina na AEP; ampicilina-sulbactam nos serviços americanos), a **duração na orbitária** (mínimo 2–3 semanas na NT; ≥ 21 dias na AEP; 10–14 no CHOP) e o **corticoide** (não rotineiro na NT; admitido pela AEP). O Ministério da Saúde não tem posição específica; a AIDPI dá a 1ª dose de ceftriaxona antes de referir a criança grave. **O site adota a posição da SBP** (critérios, internação, esquema hospitalar, dose de 50–80 mg/kg/dia e cefalexina do DC nº 12).

PONTOS PRÁTICOS

1. Em todo olho inchado: acuidade visual, motilidade com dor, proptose, pupilas e quemose. Olho que não abre não é olho normal.
2. Pré-septal em > 1 ano, sem toxemia e com retorno garantido: via oral, borda demarcada e reavaliação em 24–48 h.
3. Sem trauma de pele: amoxicilina-clavulanato com 50–80 mg/kg/dia de amoxicilina, 12/12 h, 7–10 dias; porta de pele clara: cefalexina 50–100 mg/kg/dia.
4. Proptose, dor à movimentação, oftalmoplegia, diplopia ou queda da visão: celulite orbitária, pronto-socorro; tomografia com contraste é exame do hospital.
5. Prurido sem dor nem febre é picada ou alergia, não celulite: sem antibiótico.
6. Edema bilateral, matinal e indolor: pensar em síndrome nefrótica e fazer a fita urinária.

Veja também, nesta Biblioteca: **Infecções profundas de cabeça e pescoço** (Infectologia); **Rinossinusite aguda, Impetigo, celulite e abscessos e Conjuntivites** (Patologias do consultório); **Complicações das otites e das sinusites** (Otorrinolaringologia); **Conjuntivite neonatal** (Neonatologia); **Síndrome nefrótica idiopática na criança** (Nefrologia e urologia); **Urticária aguda** (Doenças da criança); **Sepse e choque séptico na criança** (Urgências e emergências).

8. Fontes

- SBOP e SBP (com o CBO). Recomendações para avaliação ocular pelo pediatra (Nota Técnica), dez/2024. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Dermatologia. Picadas de inseto — prurigo estrófulo ou urticária papular (Documento Científico nº 12), 08/02/2022. [PDF](#)
- AAP. Wald ER et al. Clinical practice guideline for acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Pediatrics, 2013. [PubMed](#)
- Ministério da Saúde. AIDPI Criança — Quadros de procedimentos, 2017. [PDF](#)
- NICE. NG141 — Cellulitis and erysipelas: antimicrobial prescribing, 2019. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- NICE. NG79 — Sinusitis (acute): antimicrobial prescribing, 2017. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP / SEIP. Baquero Artigao F, Berghezán Suárez A, Bravo Queipo de Llano B. Sinusitis y sus complicaciones. Celulitis preseptal y orbitaria. Protocolos de Infectología, 2023. [PDF](#)

- Johns Hopkins All Children's Hospital. Pediatric Skin & Soft Tissue Infections Clinical Pathway (Preseptal and Orbital Cellulitis), atualizado em janeiro de 2020. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital. Orbital Cellulitis (Periorbital Cellulitis). childrenshospital.org
- Children's Hospital of Philadelphia. Preseptal or Orbital Cellulitis Clinical Pathway — Common Pathogens and Antibiotic Recommendations. chop.edu

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.