

# Oftalmomiíase externa

## *External ophthalmomyiasis*

---

Abelardo de Souza Couto Junior<sup>1</sup>, Alléxya Affonso Antunes Marcos<sup>2</sup>, Gabriela dos Santos Souza Barros<sup>2</sup>, Gabriella Nogueira Moraes<sup>2</sup>

### RESUMO

O objetivo deste resumo é relatar um caso de portador de oftalmomiíase externa, discorrendo sobre o quadro clínico, os diagnósticos diferenciais e as opções de tratamento. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente e registro fotográfico dos métodos diagnósticos e terapêuticos aos quais o paciente foi submetido. Dados foram analisados junto a uma extensa revisão da literatura. O nosso artigo relata um caso de um paciente que foi inicialmente diagnosticado e tratado como celulite pré -septal e após avaliação de especialista em oculoplástica foi realizado o diagnóstico e tratamento adequado para oftalmomiíase. Também revela a importância deste diagnóstico, infrequente nos grandes centros urbanos, seu tratamento e evolução.

**Descritores:** Hipodermose; Infecções oculares; Blefaroptose; Ivermectina; Relatos de casos

### ABSTRACT

*The purpose of this report is to describe a case of external ophthalmomyiasis, discussing the clinical picture, differential diagnoses and treatment options. The information was obtained by means of a review of the medical record, an interview with the patient and a photographic record of the diagnostic and therapeutic methods to which the patient was submitted. Data were analyzed together with an extensive review of the literature. Our article reports a case of a patient who was initially diagnosed and treated for pre-septal cellulitis and after evaluation by a specialist in oculoplastics, the diagnosis and appropriate treatment for ophthalmomyiasis was performed. It also reveals the importance of this diagnosis, infrequent in large urban centers, its treatment and evolution.*

**Keywords:** Hypodermose; Eye infections; Blepharoptosis; Ivermectin; Case reports

---

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de Valença, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto Benjamin Constant, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Os autores declaram não haver conflito de interesses.**

Recebido para publicação em 23/12/2017 - Aceito para publicação em 06/03/2018.

## INTRODUÇÃO

Entende-se por Miíase a infestação dos órgãos e tecidos do homem e outros vertebrados de larvas dípteras que completam seu ciclo ou pelo menos parte do seu desenvolvimento dentro ou sobre o corpo do hospedeiro, alimentando-se dos tecidos vivos ou mortos deste.<sup>(1)</sup> Os dípteros que causam a miíase em humanos podem ser divididos em 3 grupos: (1) obrigatórias: larvas que naturalmente se desenvolvem sobre ou dentro de vertebrados vivos. Nestes, o homem pode ser o hospedeiro principal ou incidental; (2) facultativas: larvas de dípteros que se desenvolvem em matéria orgânica em decomposição. Podem atingir tecido necrosado no corpo do hospedeiro; (3) pseudomiíase ocasionadas por larvas de díptero ingeridas com alimentos.

A maioria dos casos de miíase primária em humanos é causada por duas espécies: *Dermatobia hominis* e *Cordilobia antrophaga*.<sup>(2)</sup> A miíase provocada pela *Dermatobia hominis* geralmente é causada por uma só larva, enquanto a causada pela *Callitroga hominivorax* promove inflamação menos localizada, com inúmeras larvas, que possuem movimentação ativa, no mesmo sítio de infestação.<sup>(1)</sup> As manifestações clínicas dependem do espécime, órgão ou tecido infectado. A larva pode ser encontrada em cavidades corporais e no trato gastrointestinal e geniturinário. O envolvimento da região óculo-palpebral é raro, podendo acontecer em aproximadamente 5% dos casos, resultando em acometimento variável, desde irritação local até cegueira, desfiguração e morte.<sup>(1)</sup>

A oftalmomiíase refere-se a invasão das pálpebras, conjuntiva, córnea, segmento anterior, segmento posterior ou orbitário pela larva.<sup>(3)</sup> Desta forma, a infecção pode ser classificada como: (1) oftalmomiíase externa, quando acomete a órbita ou os tecidos oculares anexos; (2) oftalmomiíase interna anterior, quando há envolvimento da câmara anterior do olho; (3) oftalmomiíase interna posterior, quando a larva acomete o segmento posterior.<sup>(1)</sup> O objetivo deste é relatar um caso de portador de oftalmomiíase externa, discorrendo sobre o quadro clínico, os diagnósticos diferenciais e as opções de tratamento.

O relato de caso teve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo paciente e, foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Valença - Rio de Janeiro.

## RELATO DE CASO

MAOL, masculino, 44 anos, casado, caseiro de sítio, diabético insulino-dependente, natural de Mangaratiba/RJ, residente na zona rural, iniciou há 01 mês quadro de sinais oculares irritativos associado a edema palpebral e saída de secreção sero-sanguinolenta em olho direito. Procurou atendimento médico em Posto de Saúde da Família, próxima a sua residência, sendo iniciado tratamento com Tobradex® Colírio (Tobramicina 3 mg/ Dexametasona 1 mg) de 6/6h sem melhora do quadro apresentado. Com essa apresentação, o paciente procurou o Ambulatório Geral de Oftalmologia do Instituto Benjamin Constant, quando foi realizado o provável diagnóstico de Celulite pré-septal e iniciado tratamento com Cefalexina 500mg 6/6h e compressas “quentes”. O paciente foi encaminhado ao Departamento de Oculoplástica, após o sétimo dia de tratamento, já com redução do quadro inflamatório (Figura 1). Nesse momento, foi possível realizar a eversão da pálpebra superior, sendo realizado o diagnóstico de

oftalmomiíase externa devido à apresentação de um orifício de drenagem externa em canto palpebral superior e observação direta da larva (Figura 2). Foi indicado uso de Ivermectina via oral em dose única de 150-200 µg/kg de peso e exérese da larva por procedimento cirúrgico, associado a reconstrução dos tecidos afetados, agendado para o primeiro dia útil. Nesse período o paciente apresentou expulsão espontânea da larva. O paciente evoluiu com regressão do edema palpebral e com adequado funcionamento palpebral não sendo necessário abordagem cirúrgica (Figuras 3 e 4).



Figura 1: Blefarodema



Figura 2: Eversão palpebral evidenciando a larva



Figura 3: Conjuntiva tarsal após remoção da larva



**Figura 4:** *Dermatobia hominis*

## DISCUSSÃO

Muitas espécies diferentes de moscas podem produzir miíase. O tecido ocular pode ser afetado por transmissão mecânica e/ou pela atividade parasitária da larva.<sup>(4)</sup> A larva consegue invadir tanto o tecido necrosado, quanto o saudável. Muitas pessoas tornam-se infectadas por ingestão acidental de ovos ou larvas, ou ainda, por contaminação ou ferida externa da pele.<sup>(5)</sup> O paciente apresentado é morador de zona rural e diabético insulino-dependente. É conhecido que bebês e crianças pequenas, alcoólatras, pacientes debilitados não tratados, como diabéticos e deficientes mentais, pessoas de nível socioeconômico menos privilegiado, e habitantes de zona rural são alvos comuns a infestação com as moscas produtoras de miíase.<sup>(1,4,6)</sup> No presente caso, a forma clínica de apresentação assemelha-se a uma forma furunculóide, caracterizada pela formação de nódulos subcutâneos típicos onde, ocasionalmente, podem ocorrer infecções bacterianas e formação de abscessos.<sup>(7)</sup> No caso relatado, a infestação se deu por uma única larva, sendo inferido tratar-se de *Dermatobia hominis*, visto que não foi realizada identificação entomológica. O tratamento de miíase não é tarefa simples, pois muitas vezes há necessidade de manipulação de tecidos necróticos. O tratamento definitivo consiste na retirada da larva.<sup>(1)</sup> Existem várias formas de tratamento da miíase descritas e a escolha do tratamento varia a cada caso, segundo o número de larvas e o tecido envolvido.<sup>(8)</sup> São muitas as opções de tratamento para essa afecção, sendo a mais simples a retirada mecânica com pinça sob anestesia local.<sup>(1,8,9)</sup> Se a larva for retirada incompletamente, o remanescente pode produzir reação inflamatória, infecção ou granuloma.<sup>(8)</sup> A retirada mecânica da larva também pode ser realizada por desbridamento cirúrgico.<sup>(1)</sup> Outras alternativas incluem hábitos folclóricos com a utilização de várias substâncias para bloquear a via de respiração da larva, fazendo esta migrar para a superfície para a posterior retirada mecânica.<sup>(1,8,9)</sup> Optou-se no presente caso por uma desbridamento cirúrgico, associado ao uso de Ivermectina, utilizada por via oral, em dose única, como recomendado pela literatura.<sup>(4)</sup>

O desbridamento cirúrgico não mostrou-se necessário pela expulsão espontânea da larva. A Ivermectina é um derivado semi-sintético da família dos macrolídeos.<sup>(8)</sup> Anti-helmíntico sistêmico, introduzido em 1980 como a droga antiparasitária de mais amplo espectro fabricada até então, é efetiva contra a maioria dos parasitas intestinais, a maioria dos artrópodes e alguns nematódeos.<sup>(9)</sup> A droga foi aprovada pelo FDA em 1997. O uso da Ivermectina por via oral propicia a eliminação da larva. O combate a mosca e a melhoria das condições de saneamento básico seriam fatores importantes na prevenção. Como se trata de um parasita de animais, e recomendado o tratamento dos animais. Uma grande contribuição na prevenção é o esclarecimento do paciente e seus familiares sobre a “bicheira” e os cuidados para evitá-la.<sup>(1)</sup> Os autores enfatizam a importância do diagnóstico da oftalmomiíase externa, afecção incomum nos grandes centros urbanos, seu tratamento e evolução.

## REFERÊNCIAS

1. Takahagi RU, Gonçalves FP, Madeira NG, Schellini SA. Oftalmomiíase externa causada por *Cochliomyia hominivorax*: Rev Bras Oftalmol. 2007; 66(1): 58-62.
2. Goodman RL, Montalvo MA, Reed JB, Scribbick F W, McHugh CP, Beatty RL, et al. Photo essay: Anterior orbital myiasis caused by human Botfly (*Dermatobia hominis*). Arch Ophthalmol. 2000;118(7):1002-3
3. Rodriguez ME, Aóki L, Nicoletti AG, Fernandes JB. Ivermectina no tratamento de miíase orbitária: relato de caso. Arq Bras Oftalmol. 2003; 66(4):519-21.
4. Lankilevicz PG, Vieira APIC, Grupenmacher PZ, Sobrinho JRN, Grupenmacher L. Oftalmomiíase em recém-nascido de sete dias: Rev Bras Oftalmol. 2007; 66(3): 197-9.
5. Pantaleão GR, Oescher RA, Correia RJB, Fischer R, Shiroma HF. Uso de ivermectina como tratamento coadjuvante na miíase orbital: Rev Bras Oftalmol. 2006; 6(65):352-5.
6. Moraes RG, Goulart GE. Parasitologia e Micologia Humana: Braquiceros, orthorrhpha cyclorrhapha principais famílias e espécies. 4a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2000. p. 536-7.
7. Linhares A. X. Miíase. In: Neves, D.P. Parasitologia humana. 10a ed. Atheneu. São Paulo; 2000. p.350-8
8. Couto Junior AS, Leão MN, Gonçalves MF. Oftalmomiíase externa causada por *Dermatobia hominis*. Ver Bras Oftalmol 2010; 69(5):328-31.
9. Vaughan D, Asbury T, Riordan-eva P. Oftalmologia Geral: Conjuntiva. 15a ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p.105-238.

### Autor correspondente:

Alléxya Affonso Antunes Marcos  
Endereço Avenida Pasteur 350 Urca Rio de Janeiro  
E-mail: allexya.affonso@gmail.com