



Oftalmomiíase como causa de lesão canalicular

Ophthalmomyiasis as a cause of canalicular lesion

Fabio P. Saraiva¹, José B. V. D. Fernandes², Vivian O. Tomikawa¹,
Patrícia G. Costa¹, Suzana Matayoshi³

Resumo

Objetivo: Miíase é a invasão de tecido humano pela larva de uma mosca da ordem Díptera. O envolvimento ocular não é comum. Lesões do aparelho lacrimal geralmente estão associadas a traumas e raramente são devidas a infestações parasitárias. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de laceração canalicular causado por larva de *Dermatobia hominis*.

Descrição: Criança do sexo feminino, 8 anos de idade, apresentou-se com celulite pré-septal não responsiva a antibioticoterapia. Foi observada uma larva de *D. hominis* no saco lacrimal. Realizou-se a extração cirúrgica da larva e observou-se lesão do sistema de drenagem lacrimal.

Comentários: A infestação parasitária em via lacrimal é rara. A extração cirúrgica da larva é recomendada como tratamento de escolha. Apesar de incomum, a oftalmomiíase deve ser considerada como um diagnóstico diferencial possível em celulites não responsivas ao tratamento convencional, especialmente em áreas endêmicas. Esta é a primeira descrição de lesão do sistema de drenagem lacrimal por larva de *D. hominis*.

J Pediatr (Rio J). 2005;81(1):85-7: Miíase, celulite, infecções oculares parasitárias, lacerações, aparelho lacrimal.

Abstract

Objective: Myiasis is the invasion of human tissues by Diptera larvae. Ocular involvement is uncommon. Trauma is the major cause of lacrimal apparatus lesions. However, it is rarely associated with parasitic infestation. The objective of this paper is to report a case of canalicular laceration caused by *Dermatobia hominis* larva.

Description: An eight-year-old girl presented preseptal cellulitis that was refractive to antibiotics. A *Dermatobia hominis* larva was observed inside the lacrimal sac. Surgical extraction was performed and laceration of the lacrimal drainage system was noted.

Comments: Parasitic infection of the lacrimal apparatus is rare. Surgical extraction is the treatment of choice in such cases. Despite being uncommon, ophthalmomyiasis should be considered as a possible diagnosis when cellulitis is not responsive to antibiotics, especially in endemic areas. This is the first description of lacrimal drainage system injury by *Dermatobia hominis* larva.

J Pediatr (Rio J). 2005;81(1):85-7: Miasis, cellulitis, parasitic eye infections, lacerations, lacrimal apparatus.

Introdução

Miíase é a invasão de tecido humano pela larva de uma mosca da ordem Díptera. Existem mais de 85.000 espécies de dípteros. Porém, poucos causam lesão ocular¹. O envolvimento ocular representa 5% de todos os casos de miíase e é denominado oftalmomiíase². Keyt foi o primei-

ro a relatar um caso de oftalmomiíase, em 1900³. Ela pode ser classificada como externa ou interna (dependendo se a penetração ocorre ou não dentro do globo ocular) ou orbitária⁴. Quando atingem o espaço intra-ocular, as larvas podem se localizar na câmara anterior, no vítreo ou no espaço sub-retiniano^{5,6}.

A infestação ocular externa é mais comum do que a interna, e o agente etiológico mais comum é o *Oestrus ovis*^{7,8}. A invasão das larvas nesses casos geralmente ocorre na conjuntiva⁹. A oftalmomiíase também pode estar associada a larvas de *Cuterebra*, de *Dermatobia hominis* e de *Hipoderma bovis*⁷. O *D. hominis* é a principal causa de miíase cutânea na América do Sul e na América Central. A oftalmomiíase é rara em países de clima frio, como Alemanha e América do Norte, sendo mais comum em regiões rurais de países em desenvolvimento⁹⁻¹¹.

1. Médico(a) residente, Clínica Oftalmológica, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP.
2. Médico estagiário, Clínica Oftalmológica, Hospital das Clínicas da USP, São Paulo, SP.
3. Doutora. Médica assistente, Setor de Plástica Ocular, Clínica Oftalmológica, Hospital das Clínicas da USP, São Paulo, SP.

Artigo submetido em 02.03.04, aceito em 11.08.04.

Como citar este artigo: Saraiva FP, Fernandes JB, Tomikawa VO, Costa PG, Matayoshi S. Oftalmomiíase como causa de lesão canalicular. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:85-7.

A fêmea do *D. hominis* deposita seus ovos no abdômen de um inseto. Após 6 dias, os ovos tornam-se maduros. Quando o inseto pousa em um ser humano, esses ovos são depositados na pele ou na mucosa e eclodem, estimulados pelo calor. A larva mede, no estágio inicial, aproximadamente 1,5 mm e penetra na pele do hospedeiro em poucos minutos. Ela se posiciona de forma que o espiráculo respiratório caudal permaneça fora do hospedeiro e o espiráculo anterior dentro do hospedeiro, permitindo sua alimentação. As larvas podem invadir a conjuntiva e o globo ocular, provocando conjuntivite, úlcera de córnea e destruição do globo ocular, pálpebras e órbita, pois se alimentam do tecido circunjacente. Após 10 semanas, a larva cai no solo para transformar-se em pupa e, finalmente, em um mosquito adulto¹².

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso incomum de lesão canalicular secundária à infestação ocular pelo *D. hominis*.

Relato de caso

Criança de 8 anos de idade foi admitida no pronto-socorro pediátrico com queixa de hiperemia ocular, dor, edema palpebral à direita e febre há 3 dias (Figura 1).



Figura 1 - Celulite pré-septal esquerda

A investigação oftalmológica e a tomografia computadorizada de órbita revelaram uma celulite pré-septal e uma massa bem definida na porção ínfero-medial da órbita direita (Figura 2). As hipóteses diagnósticas foram de tumor infectado ou cisto dermóide roto. Iniciou-se tratamento com oxacilina e cloranfenicol endovenosos e colírio de cloranfenicol 1% tópico. Após 13 dias, houve melhora clínica da infecção, e a paciente recebeu alta hospitalar com prescrição de cefalexina via oral.

No entanto, no dia seguinte, a criança apresentou picos febris e piora do edema palpebral. Ao exame, foi observada uma larva na porção medial do fundo do saco conjuntival inferior. A extração cirúrgica da larva, identificada como *D. hominis*, foi curativa (Figura 3). Observou-se a presença de lesão do canaliculo superior provocada pela larva (Figura 4). A reconstrução canalicular foi realizada através de intubação com sonda de Crawford.



Figura 2 - Tomografia computadorizada de órbitas demonstrando massa orbitária anterior

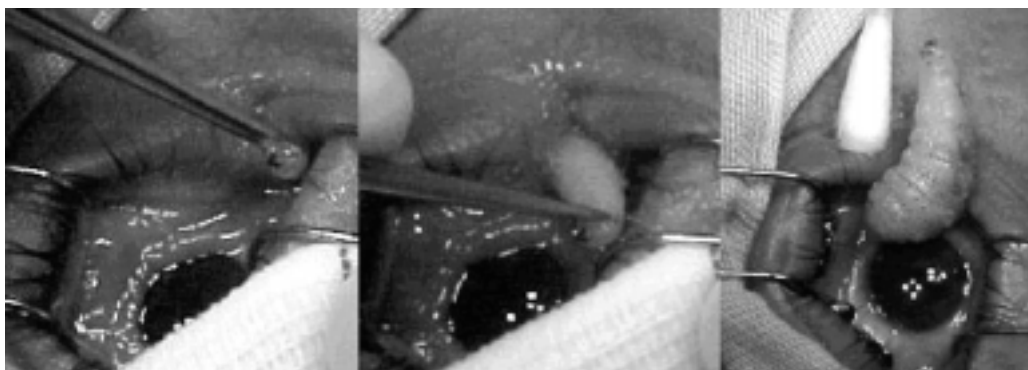


Figura 3 - Seqüência da extração cirúrgica da larva



Figura 4 - Lesão de canalículo lacrimal superior causada pela larva

Discussão

A miíase cutânea freqüentemente apresenta uma ferida semelhante a um furúnculo, com um pequeno orifício, que causa prurido e dor¹². No caso apresentado, não foi observada nenhuma lesão na pele palpebral que sugerisse a entrada da larva, sendo provável, portanto, a invasão pela conjuntiva. Porém, é importante ressaltar que pode haver acometimento ocular mesmo quando a porta de entrada não for próxima à região ocular, como citado por Engelbrecht num relato de oftalmomiíase externa com sítio primário em região malar¹¹.

O comprometimento dos tecidos periorbitários por cirurgia, tumores, infecções ou isquemia podem predispor à miíase, uma vez que as moscas se alimentam de exsudatos, sangue, secreções e tecido em decomposição⁹.

Quando se analisam as causas de lesão do sistema de drenagem lacrimal, são mais freqüentes as lacerações canaliculares, geralmente associadas a traumas (mordida de cachorro, quedas, colisões, etc.)¹³. Infestação parasitária é uma causa rara de distúrbio das vias lacrimais. Outras infestações parasitárias, igualmente raras, como por *Candida albicans* ou *Aspergillus sp.*, causam apenas dacriocistite crônica¹⁴. Na literatura pesquisada, não se encontrou referência de destruição da parede canalicular como no presente caso, que simulava laceração traumática.

A extração cirúrgica da larva é recomendada como o tratamento de escolha. Há outras técnicas que são freqüentemente utilizadas em países em desenvolvimento, como cobrir a lesão com substâncias oleosas, como a vaselina. No entanto, elas não são recomendadas devido à permanência da larva *in situ*, que morre e causa um granuloma de corpo estranho, o qual pode inflamar ou progredir para calcificação¹². Recentemente, foi descrito o uso de ivermectina para o tratamento da miíase¹⁵⁻¹⁷.

Apesar de incomum, a oftalmomiíase deve ser considerada como um diagnóstico diferencial possível em celulites não responsivas ao tratamento convencional, especialmente em áreas endêmicas. Emborsky & Faden publicaram um caso semelhante de oftalmomiíase, que foi diagnosticado após o tratamento clínico sem sucesso de uma celulite periorbitária¹⁸. A demora na procura do serviço médico pode levar a casos dramáticos de total perda do globo ocular, como descrito em dois relatos na Índia^{3,9}.

Esta é a primeira descrição de lesão do sistema de drenagem lacrimal por larva de *D. hominis*.

Referências

1. Glasgow BJ, Maggiano JM. Cuterebra ophthalmomyiasis. Am J Ophthalmol. 1995;119:512-4.
2. Wilhelmus K. Myiasis palpebrarum. Am J Ophthalmol. 1986;101:496-8.
3. Sivaramasubramanyam P, Sadanand AV. Ophthalmomyiasis. Br J Ophthalmol. 1968;52:64-5.
4. Bosniak SL, Schiller JD. Ophthalmomyiasis in an eyelid reconstruction. Am J Ophthalmol. 1990;109:101-2.
5. Torres RJA, Shiokawa N, Torres RJA. Oftalmomiíase interna posterior: relato de dois casos de larva viva no espaço subretiniano. Arq Bras Oftalmol. 2001;64:139-41.
6. Esteves JF, Maestri MK. Oftalmomiíase intra-ocular presumida. Arq Bras Oftalmol. 1993;56:62-4.
7. Rodrigues MM, Weiss CB, Muncy DW. Ophthalmomyiasis of the eyelid caused by Cuterebra larva. Am J Ophthalmol. 1974;78:1024-6.
8. Goodman RL, Montalvo MA, Reed JB, Scribbick FW, McHugh CP, Beatty RL, et al. Photo essay: anterior orbital myiasis caused by human botfly (*Dermatobia hominis*). Arch Ophthalmol. 2000;118:1002-3.
9. Balasubramanya R, Pushker N, Bajaj MS, Rani A. Massive orbital and ocular invasion in ophthalmomyiasis. Can J Ophthalmol. 2003;38:297-8.
10. Weinand FS, Bauer C. Ophthalmomyiasis externa acquired in Germany: case report and review of the literature. Ophthalmologica. 2001;215:383-6.
11. Engelbrecht NE, Yeatts RP, Slansky F. Palpebral myiasis causing preseptal cellulites. Arch Ophthalmol. 1998;116:684-6.
12. Tsuda S, Nagaji J, Kurose K, Miyasato M, Sasai Y, Yoneda Y. Furuncular cutaneous myiasis caused by *Dermatobia hominis* larvae following travel to Brazil. Int J Dermatol. 1996;35:121-3.
13. Reifler DM. Management of canalicular laceration. Surv Ophthalmol. 1991;36:113-32.
14. Duke-Elder S. Diseases of the lacrimal passages. In: Duke-Elder S, MacFaul PA, editors. System of Ophthalmology. 1st ed. London: Henry Kimpton; 1974. p. 675-773.
15. Victoria J, Trujillo R, Barreto M. Myiasis: a successful treatment with topical ivermectin. Int J Dermatol. 1999;38:142-4.
16. Matayoshi S, Fernandes JB, Lovaton ME, Aoki L, Nicoletti AB. Ivermectina no tratamento de miíase orbitária - relato de caso. Arq Bras Oftalmol. 2003;66:519-21.
17. MacDonald PJ, Chan C, Dickson J, Jean-Louis F, Heath A. Ophthalmomyiasis and nasal myiasis in New Zealand: a case series. N Z Med J. 1999;112:445-7.
18. Emborsky ME, Faden H. Ophthalmomyiasis in a child. Pediatr Infect Dis J. 2002;21:82-3.

Correspondência:

Fábio Petersen Saraiva
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 171/408, Cerqueira César
CEP 05403-010 – São Paulo, SP
Fone: (11) 3891.0925
E-mail: fabiopetersen@bol.com.br