

Miíase na topografia de saco lacrimal

Lacrimal sac topography myiasis

Simone Haber Duellberg von Faber Bison¹, Marco Antonio de Campos Machado¹, João Amaro Ferrari Silva¹, Eduardo Alonso Garcia², Mirtha Alicia Ramirez Dittrich³

RESUMO

A miíase é a infestação dos tecidos humanos por larvas Diptera. O comprometimento ocular é raro. Os autores apresentam um caso de miíase na topografia do saco lacrimal e discutem as modalidades terapêuticas para o tratamento desta doença.

Descritores: Saco lacrimal/patologia; Miíase/terapia; Relato de casos

ABSTRACT

Myiasis is the invasion of human tissues by Diptera larvae. Ocular involvement is rare. The objective of this paper is to report a case of myiasis in the topography of the lacrimal sac and discuss current treatments for this disease.

Keywords: Lacrimal sac/pathology; Myiasis/therapy; Case reports

^{1,3}Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (SP), Brasil;

² Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Santa Casa da Misericórdia de Santos (SP), Brasil.

Trabalho realizado no Departamento de oftalmologia e Ciências Visuais da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Escola Paulista de Medicina

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido para publicação em 24/06/2014 - Aceito para publicação em 04/08/2014

INTRODUÇÃO

Míase é uma zoonose caracterizada pela infestação de tecidos vivos ou mortos de vertebrados em estágios larvais de certas moscas dipteras e que afeta uma grande variedade de animais. A míase humana atinge principalmente indivíduos de áreas rurais, como pastores e agricultores⁽¹⁾. Essa doença já foi relatada em várias regiões do mundo⁽²⁾.

Existem dois tipos principais de míase: a externa e a interna. A míase externa inclui a cutânea, que é a mais comum, a ocular e a auditiva. Já a míase interna inclui a infestação gástrica, intestinal e urogenital⁽³⁾.

O envolvimento ocular é incomum, mas quando ocorre, a míase conjuntival é a sua expressão mais frequente⁽⁴⁾.

Os autores apresentam relato de um caso de míase na topografia do saco lacrimal sem história de trauma na região, simulando dacriocistite.

RELATO DE CASO

JVC, 38 anos, pedreiro, deu entrada no serviço de pronto socorro com queixa de desconforto na região de saco lacrimal OD havia 7 dias. Relatava piora progressiva dos sintomas. A ectoscopia apresentava lesão nodular endurecida e hiperemiada na região do saco lacrimal, com fístula, sem saída de secreção e leve dor à palpação.

Suspeitou-se de dacriocistite aguda e o paciente foi tratado com cefalexina 500 mg (via oral) de 6 em 6 horas por 5 dias e compressas mornas.

Não foram realizados exames complementares. O paciente retornou sem melhora do quadro clínico e referiu sensação de algo se movendo no local.

Optou-se pela realização de uma abordagem no centro cirúrgico. Foi realizada uma infiltração de 3,0 ml de lidocaína (Xylocaína®) no local da lesão e aplicada lidocaína (Xylocaína®) gel no óstio da lesão o que provocou a saída de uma larva pelo orifício na região do saco lacrimal (figuras 1 e 2).



Figura 1: Infiltração de lidocaína onde se detecta a cabeça da larva saindo pelo orifício na topografia do saco lacrimal direito



Figura 2: Detalhe da larva removida na topografia do saco lacrimal

DISCUSSÃO

Os primeiros relatos de míases no homem e demais animais datam do século XVI na região neotropical⁽⁵⁾. As míases podem ser classificadas de acordo com a localização bem como em termos parasitológicos baseados na relação parasita-hospedeiro.

Várias espécies de moscas têm relevância médica por infectarem o ser humano. Dentre elas, no Brasil, destacam-se a *Cochliomya hominivorax*, a *Cochliomyia macellaria* e a *Dermatobia hominis*⁽⁶⁾.

A oftalmomíase é composta de míases do globo ocular e conjuntivais. Essa apresentação tem como principais sintomas, dor intensa, edema, hiperemia conjuntival, sensação de corpo estranho e abundante secreção lacrimal⁽⁷⁾. O diagnóstico é fundamentalmente clínico.

A infecção parasitária do aparelho lacrimal é rara⁽⁸⁾. Apesar de incomum, a oftalmomíase deve ser considerada como um diagnóstico possível em celulites não responsivas ao tratamento convencional, especialmente em áreas endêmicas.

O tratamento consiste basicamente na eliminação das larvas, quer seja ela mecânica ou química, mediante o emprego de medicamentos ou substâncias anestésicas⁽⁶⁾.

A lidocaína é uma substância levemente ácida, com pH variando entre 4,5 a 6,0. Desse modo, age como um agente extremamente irritante para as larvas, provocando a saída destas do local onde se encontram⁽⁹⁾.

Nas míases furunculóides (berne) são contraindicadas as manobras de expressão da lesão, tendo em vista que o parasita resistirá à custa de ganchos orais fixados aos tecidos. Desse modo, medidas intempestivas provocam, quase sempre, a fragmentação do organismo parasitário, propiciando supuração local e infecção grave⁽¹⁰⁾.

Em alguns casos, a infestação pode ser massiva com comprometimento de toda a órbita, estendendo-se para as estruturas vizinhas como os seios paranasais, o que dificulta a remoção mecânica das larvas⁽¹¹⁾.

Nestes casos, a míase pode ser tratada eficazmente também com um agente antiparasitário de amplo espectro, a ivermectina, reduzindo assim a dimensão necessidade da cirurgia exploratória⁽¹²⁾. Desde 1993, esse medicamento foi considerado seguro para o uso humano, quando ministrado oralmente na dosagem única de 300 microgramas/kg⁽¹³⁾.

REFERÊNCIAS

1. Abdellatif MZ, Elmazar HM, Essa AB. Oestrus ovis as a cause of red eye in Aljabal Algharbi, Libya. *Middle East Afr J Ophthalmol.* 2011; 18 (4): 305-8.
2. Sucilathangam G, Meenakshisundaram A, Hariramasubramanian S, Anandhi D, Palaniappan N, Anna T. External ophthalmomyiasis which was caused by sheep botfly (oestrus ovis) larva: a report of 10 cases. *J Clin Diagn Res.* 2013; 7 (3): 539-42.
3. White GB. Myiasis. Cook GC, editors. *Manson's tropical diseases*, 20th ed. Oxford: Saunders; 1996. p.1755.
4. Corrin R, Scholten T, Earle J. Ocular myiasis: mobile conjunctival foreign body. *Can Med Assoc J.* 1985; 132(11):1291-2.
5. Guimarães JH, Papavero N. Myiasis in men and animals in the neotropical region. *Bibliographic Database.* São Paulo: Editora Plêiade; 1999.
6. Marquez AT, Mattos MS, Nascimento SB. Míases associadas com alguns fatores sócio-econômicos em cinco áreas urbanas do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Soc Med Trop.* 2007;40(2):175-80.
7. Donoso Barros R. Myiasis humana em Chile. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Rev Chil Hig Med Prevent.* 1947;9(1):3-40.
8. Saraiva FP, Fernandes JB, Tomikawa VO, Costa PG, Matayoshi S. Ophthalmomyiasis as a cause of canalicular lesion. *J Pediatr (Rio J).* 2005;81(1):85-7.
9. Wannmacher L, Ferreira MBC. *Farmacologia clínica para dentistas.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
10. Woiffenbuttei E. As várias formas de míases no homem. Sua profilaxia e seus diferentes tratamentos (comprovados e a serem experimentados). *Rev Bras Med.* 1953;10(2):135-9.
11. Melendez JA, Bison SH, Vital Filho J. Míase órbito-maxilo-bucal: relato de caso. *Arq Bras Oftalmol.* 1995;58(3):204-5.
12. Puthran N, Hegde V, Anupama B, Andrew S. Ivermectin treatment for massive orbital myiasis in an empty socket with concomitant scalp pediculosis. *Indian J Ophthalmol.* 2012; 60 (3): 225-7.
13. Martin-Prevel Y, Cosnefroy JI, Tshipampa P, Ngari P, Chodakewitz JA, Pinder M. Tolerance and efficacy of single high-dose ivermectin for treatment of miasis. *Am J Trop Med Hyg.* 1993; 48(2):186-92.

Autor correspondente:

Mirtha Alicia Ramirez Dittrich
Rua Botucatu, nº 821 – 2º andar
CEP 04023-062 – São Paulo (SP), Brasil
E-mail: mar.dittrich@hotmail.com