

Relato de Caso

Uveíte anterior hipertensiva após picada de abelha: um relato de caso

Hypertensive anterior uveitis after bee sting: a case report

Carlos Eduardo Ximenes da Cunha¹, Marina Viegas Moura Rezende Ribeiro², Ana Ramalho Gameleira Soares³, Laís Rytholz Castro¹, João Vitor de Omena Jucá⁴

Cunha CEX, Ribeiro MVMR, Soares ARG, Castro LR, Jucá JVO. Uveíte anterior hipertensiva após picada de abelha: um relato de caso / *Hypertensive anterior uveitis after bee sting: a case report*. Rev Med (São Paulo). 2023 jan.-fev.;102(1):e-194512.

RESUMO: A uveíte é a inflamação do trato uveal, podendo causar redução da acuidade visual (AV) e cegueira. Seu diagnóstico e tratamento devem ser feitos precocemente a fim de se evitar o glaucoma secundário do tipo inflamatório, uma temida complicação. Picadas de himenópteros é uma causa rara e pouco relatada de uveíte, onde esta se deve à reação de hipersensibilidade tipo 1 desencadeada pelas toxinas peptídicas liberadas por estes insetos. O artigo expõe o caso de um homem de 67 anos que se apresentou com diminuição da AV e dor em olho direito após picadas de abelhas. Apesar de ter sido instituído tratamento adequado com corticosteroides e antibiótico, o enfermo evoluiu com piora do quadro e uveíte anterior hipertensiva devido à não adesão terapêutica, utilizando, então, drogas anti-inflamatórias e anti-glaucoma para impedir a perda permanente da visão, apresentando boa resposta.

Palavras-chave: Uveíte; Himenópteros; Glaucoma; Relato de caso; Oftalmologia.

ABSTRACT: Uveitis is the inflammation of the uveal tract, which can cause reduced visual acuity (VA) and blindness. Its diagnosis and treatment must be done earlier in order to avoid secondary inflammatory glaucoma, a feared complication. Hymenoptera bites are a rare and rarely reported cause of uveitis, that due to the type 1 hypersensitivity reaction triggered by the peptide toxins released by these insects. The article shows the case of a 67-year-old man who presented with reduced VA and pain in his right eye after bee stings. Although adequate treatment with corticosteroids and antibiotics was instituted, the patient evolved with worsening of the condition and hypertensive anterior uveitis due to non-adherence to the therapy, anti-inflammatory and anti-glaucoma drugs were, therefore, used to prevent permanent vision loss, showing good answer.

Keywords: Uveitis; Hymenoptera; Glaucoma; Case report; Ophthalmology; Ophthalmology

1. Interno(a) de Medicina do Centro Universitário Tiradentes Maceió-Alagoas. Cunha CEX - <https://orcid.org/0000-0002-8649-5096>; Castro LR - <https://orcid.org/0000-0003-2058-099X>. Email: ocaduximenes@gmail.com, lais.rytholz@souunit.com.br.
 2. Doutora em Ciências da Saúde, Professora do Centro Universitário Tiradentes Maceió-Alagoas; Especialista em Oftalmologia. <https://orcid.org/0000-0001-7626-2806>. Email: dra.marinaribeiro@gmail.com
 3. Especialista em Oftalmologia, Instituto de Olhos de Maceió (IOM), Maceió-Alagoas. <https://orcid.org/0000-0001-6870-4168>. Email: anaramalho121@gmail.com
 4. Médico pelo Centro Universitário Tiradentes Maceió-Alagoas. <https://orcid.org/0000-0002-0521-7589>. Email: joaovitordeomenajuca@gmail.com.
- Endereço para correspondência:** Marina Maria Gonzaga Moreira. Avenida Beira Mar, Bairro 13 de julho, nº1936, Apt. 1202. Aracaju, SE, Brasil. CEP: 49025-040. E-mail: ocaduximenes@gmail.com

INTRODUÇÃO

A uveíte é definida como a inflamação do trato uveal que pode vir associado às estruturas adjacentes ao mesmo, sendo uma importante causa de diminuição da acuidade visual (AV) e cegueira na oftalmologia^{1,2,3}. O diagnóstico e tratamento dessa afecção deve acontecer de forma precoce a fim de se evitar complicações como o glaucoma secundário do tipo inflamatório⁴.

O glaucoma uveítico ocorre em cerca de 20% dos pacientes com uveíte e aparece com mais frequência nos casos inflamatórios associados à uveíte herpética, à artrite idiopática juvenil e nos pacientes com uveíte heterocrômica de fuchs². A sua fisiopatologia pode estar associada a diferentes mecanismos, mas mais comumente há uma desproporção entre a produção e drenagem do humor aquoso devido ao processo inflamatório, onde esse obstrui a malha trabecular com aumento consequente da pressão intraocular (IOP)^{2,3}.

Diversas etiologias estão associadas à uveíte, todavia, o comprometimento da úvea deflagrado por picada de himenópteros, grupo de insetos representado pelas abelhas, vespas e formigas, é considerado raro e pouco relatado na literatura mundial^{1,5,6}.

Neste relato de caso, descrevemos uma forma incomum de uveíte anterior hipertensiva em um agricultor de 67 anos que comparece ao ambulatório de oftalmologia com úlcera de córnea e histórico de perda súbita da visão com intensa dor ocular após ataque por enxame de abelha. Aproveitamos ainda para destacar a importância da identificação precoce e tratamento correto da uveíte com o objetivo de evitar diminuição permanente da AV secundária à inflamação uveal.

RELATO DO CASO

A.A.C., sexo masculino, 67 anos, agricultor, residente e natural de Palmeira dos Índios-AL. Apresentou queixa de dor intensa em olho direito (OD) acompanhada de perda súbita da acuidade visual nesse mesmo olho há 30 dias. Há cerca de 1 mês o paciente relata foi vítima de ataque de enxame de abelhas, no qual apresentou picadas por todo o corpo, incluindo o olho direito.

Após o ocorrido, o paciente alega que buscou atendimento médico na época, sendo prescrito tratamento com moxifloxacino, cetarolaco e, posteriormente, fluormetolona e hialuronato de sódio (colírios), porém sem detalhes desta consulta prévia. O paciente foi então encaminhado para avaliação do especialista.

Chegou ao nosso serviço para consulta oftalmológica, referindo não fazer uso regular das medicações anteriormente prescritas, utilizando-as de modo esporádico e aleatório, apenas Hyabak® quando

sentia dor.

Com relação aos antecedentes pessoais o paciente relatava apenas bronquite crônica, sem outros antecedentes patológicos sistêmicos ou oftalmológicos importantes, nem antecedentes familiares relevantes.

Ao exame oftalmológico apresentava à ectoscopia: edema de pálpebra no OD. Acuidade visual (AV) com correção (CC) OD: movimentos de mão (MM) e OE CC: 20/30. Tonometria: 34 mmHg (OD) e 14 mmHg (OE). Biomicroscopia OD: edema 3+ epitelial e estromal de córnea (Figura 1), opacidade corneana difusa, úlcera de base limpa medindo 1,4 mm x 1,9 mm (Figura 2), média midríase e catarata nuclear 3+, impossível avaliar reação de câmara anterior pela opacidade corneana. Injeção ciliar moderada. Biomicroscopia OE: catarata nuclear 2+, sem outras alterações importantes. Fundoscopia OD: Impossível devido à fotofobia e opacidade de meios. Fundoscopia OE: Escavação do nervo óptico de 0,7 x 0,7, mácula sem anormalidades.

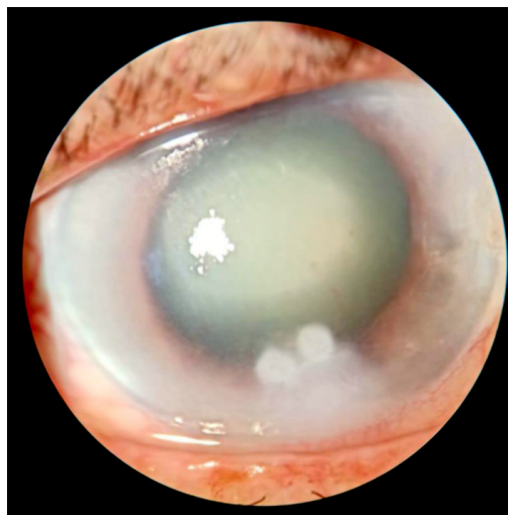


Figura 1 – Edema de córnea epitelial e opacidade corneana difusa em OD.

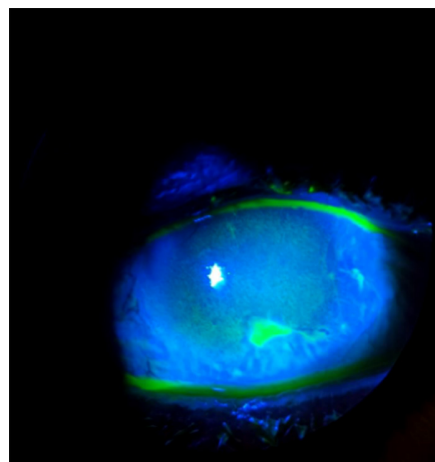


Figura 2 – Úlcera inferior de base limpa (sem aspecto infeccioso) no OD evidenciada à biomicroscopia com fluoresceína.

Feita a hipótese diagnóstica de hipertensão ocular uveítica e foram prescritos: fluormetolona duas vezes ao dia, hialuronato de sódio três vezes ao dia, Regencil® pomada duas vezes ao dia, dorzolamida colírio duas vezes ao dia, acetazolamida 250 mg, via oral 3 vezes ao dia. Foi ainda solicitado retorno ambulatorial em 2 dias para avaliação do tratamento.

No retorno, o paciente referia ausência da dor; AV mantida em OD; à biomicroscopia OD: córnea permanecia com edema e opacidade, úlcera de base limpa medindo 1mm x 1,7 mm, tonometria: 10 mmHg (OD), 8 mmHg (OE). As medicações foram mantidas e paciente foi encaminhado para acompanhamento com especialista na sua cidade.

DISCUSSÃO

Picadas de insetos são responsáveis por diversos tipos de emergências médicas no ambiente rural, principalmente quando envolve acidentes com animais do grupo dos himenópteros⁷. Esses insetos liberam toxinas peptídicas não enzimáticas e tóxicas aos diversos tecidos humanos, causando reação de hipersensibilidade do tipo I (imediate) no local da picada^{7,8}.

Dados da literatura sugerem que a dor ocular nos acidentes com hymenopteras ocorrem pela presença do veneno no olho associada à inflamação provocada por este⁹. As principais neurotoxinas relacionadas a dor e à hipersensibilidade são, respectivamente, apamina e melitina, sendo a apamina uma neurotoxina bloqueadora de canais de potássio com elevado potencial alérgico^{9,10,11}.

Quando a inoculação dessas toxinas ocorre em áreas próximas aos olhos, pode acontecer inflamação na câmara anterior simulando uma queimadura química desta região, além de outros problemas visuais, como: edema de córnea, neurite óptica, isquemia de segmento anterior e glaucoma secundário do tipo inflamatório^{1,5,7,11,12}.

Nesse relato de caso, mostramos um agricultor de 67 anos que sofreu um acidente com enxame de abelhas com picadas distribuídas ao longo do corpo e no OD. Logo após o ocorrido, o paciente relatou dor de início súbito no olho acometido acompanhada de perda de visão. O edema corneano e inflamação da câmara anterior são os sintomas mais relatados na literatura, os quais estiveram presentes no paciente acima descrito^{9,10}.

A conduta inicial em casos como o relatado envolve a remoção mecânica ou cirúrgica do ferrão da abelha seguida pelo tratamento medicamentoso, todavia, esse passo não foi realizado no paciente em questão, fator que pode estar relacionado com a cronificação e piora do quadro^{7,9}.

A extração do ferrão é feita através de uma pequena remoção na córnea com posterior retirada do mesmo com o auxílio de um pinça⁶. Todavia, o infiltrado inflamatório e o edema ocasionados pelas toxinas

peptídicas podem dificultar sua visualização e retirada⁶. Desse modo, a literatura descreve algumas técnicas para melhor visualização da área inoculada pelo inseto através da iluminação focal com sondas de endoiluminação^{6,8}.

Logo após a retirada do ferrão é indicado o tratamento com corticosteroides tópicos e antibiótico via oral ou tópica, tendo em vista que esses pacientes possuem maior risco de desenvolver ceratoconjuntivite e hipópio^{8,11}.

O paciente desse relato de caso foi tratado com moxifloxacino, cetarolaco e depois com fluormetolona e hialuronato de sódio, todas medicações recomendadas na literatura, estando associadas a melhores desfechos clínicos⁶.

Após conduta inicial, o enfermo abandonou o tratamento farmacológico instituído e começou a apresentar períodos de melhora e piora da dor ocular com progressiva diminuição da AV no olho acometido. Ainda sobre o seguimento do caso, devido à uveíte não satisfatoriamente tratada, o paciente evoluiu com uma complicação importante da inflamação da câmara anterior, o glaucoma secundário do tipo inflamatório^{9,13}.

O glaucoma inflamatório é uma complicação rara da uveíte que pode cursar com dano do nervo óptico e perda da visão.¹⁴ O tratamento precoce e efetivo da uveíte diminui a chance de evolução do processo inflamatório com aumento da PIO¹⁴.

A PIO do paciente deste caso à tonometria foi de 34 mmHg no olho acometido (OD), sendo esse aumento da pressão secundário a obstrução da drenagem de humor aquoso e ao processo inflamatório crônico que obstrui a malha trabecular². O tratamento instituído para lidar com este distúrbio incluiu dexpantol, dorzolamina e acetazolamida. A fluormetolona e o hialuronato de sódio também foram utilizados no tratamento com o intuito de corrigir alterações da superfície ocular.

Além de fármacos para reduzir o processo inflamatório, drogas anti-glaucoma podem e devem ser utilizadas a fim de reduzir a PIO e diminuir o risco de perda permanente da visão¹⁵. Usualmente utilizam-se duas classes farmacológicas para tratar o glaucoma: os inibidores da anidrase carbônica, cujo efeito terapêutico se dá por inibição da produção de humor aquoso, e análogos da prostaglandina, que atuam intensificando a drenagem do humor aquoso através do corpo ciliar, todavia, o uso de prostaglandinas em quadros inflamatórios, como o relatado, é controverso na literatura e deve ser evitado^{15,16}.

No retorno ao serviço, o paciente apresentou melhora satisfatória do quadro com resolução da dor e diminuição da PIO no OD. À tonometria, do OD marcou 10 mmHg e à biomicroscopia observamos a presença de opacidade no cristalino e úlcera de base limpa, sequelas do quadro que podem estar relacionadas a falha no seguimento da uveíte do indivíduo.

CONCLUSÃO

Neste trabalho, relatamos o caso de um agricultor de 67 anos que sofreu um acidente por hemynoptera que levou a quadro alérgico com diminuição da AV. O paciente em questão não seguiu o plano terapêutico e evoluiu com

uveíte anterior hipertensiva que posteriormente foi tratado com corticoesteróides e drogas anti-glaucoma com boa resposta ao tratamento.

Destacamos que a identificação precoce da uveíte é um importante fator prognóstico que diminui as chances do quadro inflamatório evoluir com glaucoma inflamatório e perda definitiva da visão.

Conflito de interesse: Os autores declaram ausência de conflito de interesse.

Participação dos autores: Carlos Eduardo Ximenes da Cunha: Escrita – revisão e edição; Marina Viegas Moura Rezende Ribeiro: Supervisão e escrita; João Vitor de Omena Jucá: Escrita – revisão e edição; Laís Rytholz Castro: Escrita - revisão e edição; Ana Ramalho Gameleira Soares – Revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Frazão MAM, Lui ACF, Neufeld CR. Manual da residência de oftalmologia. São Paulo: Manole; 2018. Cap.15, Uveítes; p. 601-664.
2. Siddique SS, Suelves AM, Baheti U, Foster CS. Glaucoma and uveitis. *Surv Ophthalmol*. 2013;58(1):1-10. doi: 10.1016/j.survophthal.2012.04.006. PMID: 23217584
3. Sng CC, Ang M, Barton K. Uveitis and glaucoma: new insights in the pathogenesis and treatment. *Prog Brain Res*. 2015;221:243-69. doi: 10.1016/bs.pbr.2015.06.008
4. Saadoun D, Trad S, Bielfeld P, Sene D, Abad S, Kaplanski G, Terrada C, Kodjikian L, Bodaghi B, Seve P. Uvéites: du diagnostic au traitement. *Rev Med Intern*. 2018;39(9):673-675. doi: 10.1016/j.revmed.2018.02.023
5. Rishi E, Rishi P. Intraocular inflammation in a case of bee sting injury. *GMS Ophthalmol Cases*. 2018;8:Doc02. doi: 10.3205/oc000084
6. Chauhan D. Corneal honey bee sting: endoilluminator-assisted removal of retained stinger. *Int Ophthalmol*. 2012;32(3):285-8. doi: 10.1007/s10792-012-9553-1
7. González AL, Silva F, Barrientos R. Management of Secondary Keratouveitis in a Wasp Sting Patient in a Jungle Region of Peru. *Int Med Case Rep J*. 2020;13:663-666. doi: 10.2147/IMCRJ.S284184
8. Smith DG, Roberge RJ. Corneal bee sting with retained stinger. *J Emerg Med*. 2001;20(2):125-128. doi: 10.1016/s0736-4679(00) 00298-58
9. Lin PH, Wang NK, Hwang YS, Ma DH, Yeh LK. Bee sting of the cornea and conjunctiva: management and outcomes. *Cornea*. 2011;30(4):392-4. doi: 10.1097/ICO.0b013e3181f234a6
10. Singh G. Bee sting of the cornea. *Ann Ophthalmol*. 1984;16:320-322.
11. Limaïem R, Chaabouni A, El Maazi A, Mnasri H, Mghaieth F, El Matri L. Lésions oculaires par piqûre d'abeille. A propos d'un case. *J Fr Ophtalmol*. 2009;32(4):277-9. doi: 10.1016/j.jfo.2009.01.007
12. Wong BWC, Lai JSM, Law RWK, Lam DSC. In vivo confocal microscopy of corneal insect foreign body. *Cornea*. 2003;22(1):56-58. doi: 10.1097/00003226-200301000-000139
13. Nowroozzadeh MH, Hamid A, Bolkheir A, Shirvani M, Maalagh M. Corneal wasp sting: a case report and review of literature. *J Curr Ophthalmol*. 2018;31(1):95-97. doi: 10.1016/j.joco.2018.02.007
14. Kalogeropoulos D, Sung VC. Pathogenesis of uveitic glaucoma. *J Curr Glaucoma Pract*. 2018;12(3):125-138. doi: 10.5005/jp-journals-10028-1257
15. Kesav N, Palestine AG, Kahook MY, Pantcheva MB. Current management of uveitis-associated ocular hypertension and glaucoma. *Surv Ophthalmol*. 2020;65(4):397-407. doi: 10.1016/j.survophthal.2019.12.003
16. Sayed MS, Lee RK. Current management approaches for uveitic glaucoma. *Int Ophthalmol Clin*. 2015;55(3):141-60. doi: 10.1097/IIO.0000000000000071

Recebido: 30.01.2022

Aceito: 10.10.2022