

39. KLIMKOVA-DEUTSCHOVA, E. & VELICKY, J. — Stargardt's degeneration of retina with neurologic and endocrine complications. *Ophthalmologica* 1952, 123, 162-168.
40. ROSSI, V. — Degenerazione maculare retiniche famigliari associate a calcificazioni dell dura meninge e del epifisi. *Arch ottal*, 1931, 38, 97-131.
41. ANDERSON, S. G. — Ocular pathology in hereditary (vitelliform) macular degeneration. *European Pathology Society, Gand*, 28 mai 1970.
42. BENEDKT, O. & WERNER, W. — Retikuläre Pigmentdystrophie der netzhant, *klin Mbl. Augenheilk.*, 1971, 159, 794-798.
43. DEUTMAN, A. F. & RUMKE, A. M. — Reticular dystrophy at the retinal pigment epithelium. *Arch. Ophthal.* (Chicago), 1969, 82, 1-9.
44. FARKOS, T. G.; KRILL, A. E. & SYLVESTER, V. M. — Familial and secondary drusen. *Histologic and functional correlations.* *Amer. acad. ophthal*, 1971, 75, 333-343.
45. FRANÇOIS, J. — Nouvelle contribution l'étude des hérédo-dégénérescence tapeto-réiniens périphériques et centrals. *Acta Conc. ophthalm. Londres*, 1950, 11, 498-506.
46. FRANÇOIS, J. — The differential diagnosis of tapeto-retinal degenerations. *Arch. ophthal.* (Chicago), 1958, 59, 88-120.
47. FRANÇOIS, J.; DE ROUCK, A.; VERRIEST, G., de LAEY, J. J. & CAMBIE, E. — Progressive generalized cone dysfunction. *Ophthalmologia* (Basel), 1974.
48. FRASER, H. B. & WALLACE, P. C. — Sorsby's familiar pseudo-inflammatory macular dystrophy. *Amer. J. ophthal*, 1971, 71, 1216-1220.
49. KRILL, A. E. & ARCHER, P. — Classifications the choroidal atrophies. *Amer. J. ophthal*, 1971, 72, 562-583.
50. KRILL, A. E. & DEUTMAN, A. F. — Dominant macular degeneration. The cone dysfunctions. *Amer. J. ophthal*, 1972, 73, 352-369.
51. MEUMIER, A. & BOUSSIN, P. — La pigmentation groupés de la retine. *Bull. Soc. Belge ophtal* 1951, 99, 470-478.
52. FRANÇOIS, J. — The diagnostic importance of functional electro-oculography in some hereditary dystrophies of the eye fundus *Ann. ophthal*, 1971, 3, 929-946.
53. PACINI, L. — Eletroretinografia. *Rev. Bras. Otol.* 3, IX 1979.
54. PACINI, L. — Etude clinique des Potentiels Oscillatoire (ondes "e" de electroretinogramme Humain. Thèse pour le titre d'assistant Etranger. Paris, 1974.
55. PACINI, L. — Eletrofisiologia ocular — Enciclopédia Médica Brasileira — Coordenação Ferreira, L. E. — 1981.
56. FRANÇOIS, J.; De ROUCK, A. & FERNANDEZ-SASSO, D. — Electrooculography in vitelliform degeneration of the macula. *Arch. Ophthal.* (Chicago), 1967, 77, 726-733.

Necrose palpebral pós-picada de vespa*

Marcos Guimarães ** & Jorge Alberto F. Caldeira ***

A picada de artrópodo nas pálpebras não constitui achado comum entre as urgências oftalmológicas. Contudo, em virtude da delicadeza da pele na região o traumatismo assume características mais marcadas do que as que se observam em outros locais. A introdução do veneno seguem-se dor, edema e hiperemia, evidenciando uma tumoração *la-to sensu* às vezes acompanhada de efeitos sistêmicos.

Excepcionalmente a agressão transfixa as várias camadas palpebrais, podendo atingir a conjuntiva, a córnea e/ou a esclera, sendo responsável, às vezes, por iridociclite ou catarata.

Com a picada de vespa é injetado material que contém 2% de histamina e grande quantidade de hialuronidase (Duke-Elcer & MacFaul, 1974). Estas substâncias, associadas a outras aminas biogênicas, explicariam a exuberância do quadro desencadeado. Ape-

sar disto a necrose palpebral é raramente observada, como destacam os mesmos autores.

A presente comunicação se ocupa de um paciente picado por vespa na pálpebra superior e cuja evolução fugiu ao comumente observado.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Identificação: R.T.F., Registo n.º 2217667-A, com 29 anos, sexo masculino cor branca, lavrador, solteiro, natural de São Paulo, S.P., que procurou o Pronto Socorro de Oftalmologia do Hospital das Clínicas em 12 de maio de 1981.

Queixa e Duração: Ferida no olho esquerdo há três dias.

História da Moléstia Atual: Conta o paciente que há três dias foi atacado por vespa, que o picou na pálpebra superior do olho

* Da Divisão de Clínica Oftalmológica (Prof. Paulo Braga de Magalhães) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

** Residente de Clínica Oftalmológica.

*** Docente-Livre e Professor Adjunto de Clínica Oftalmológica.

esquerdo. Sentiu imediatamente muita dor e notou logo a seguir edema e vermelhidão no referido local. Após um período de aproximadamente seis horas teve sensação subjetiva de febre, mas não colocou termômetro; concomitantemente sentiu adinamia e anorexia. Dois dias após o traumatismo observou uma ferida na região, que aumentou de tamanho rapidamente, levando-o a procurar o Pronto Socorro.

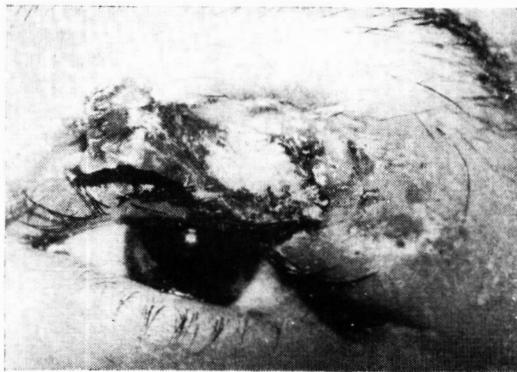
Interrogatório sobre os Diferentes Aparelhos: Nada conta além do referido na história.

Antecedentes Pessoais: Não teve afecções oculares. Acha ter sempre tido boa acuidade visual.

Antecedentes Familiares e Hereditários: Sem interesse para o caso.

Exame ocular: OD — olho e anexos dentro dos limites da normalidade.

OE — Acentuado edema de pálpebra superior, com hiperemia moderada. Lesão ulcerada interessando cerca de 4/5 do comprimento da pálpebra superior e em altura praticamente toda sua porção tarsal. As bordas da ulceração eram elevadas e observa-se crosta no local (Figura). A observação minuciosa do olho estava dificultada pelo edema palpebral, mas aparentemente não havia alterações.



Pálpebra superior esquerda com edema e necrose.

Biomicroscopia: Apenas confirmou o exame externo.

Acuidade Visual: OD — longe 1. — perto 1.

OE — Dificultado pelo edema palpebral no momento da internação.

Evolução: O paciente foi internado e submetido a antibioticoterapia sistêmica durante 7 dias. Recebeu penicilina cristalina 12 milhões de unidades por dia, via endovenosa

(no soro fisiológico), divididas em aplicações cada 4 horas; oxacilina 4 g por dia, via endovenosa, divididas em 6 doses; gentamicina 180 mg por dia, via muscular, divididas em 3 doses. Como anti-inflamatório foi usada a fenilbutazona 1,8 g por dia, via oral, divididas em 3 doses. Localmente foi usado colírio de gentamicina de hora em hora, a par de higiene.

Houve regressão de quadro flogístico com o aparecimento de tecido de granulação na lesão ulcerada. O paciente teve alta seis dias após.

Examinado em ambulatório, trinta dias depois do traumatismo, observava-se desaparecimento da ulceração, que foi substituída por tecido cicatricial. Havia pequeno grau de retração da pálpebra superior, não levando contudo a lagoftalmo.

COMENTARIOS

A instalação inusitada de necrose palpebral neste paciente deve servir de alerta ao oftalmologista em casos semelhantes. Embora a evolução mais comumente observada seja benigna, como se observa com a picada de abelha o atendimento ambulatorial não dispensa uma observação do paciente.

Mesmo caminhando o quadro para cicatrização existe a possibilidade de retração dos tecidos. Esta poderá ser acompanhada de ectrópio e/ou lagoftalmo. Nesta eventualidade o quadro poder-se-á modificar, surgindo então o risco de comprometimento do olho na ausência de trauma direto deste, mas seguindo-se à falta de proteção do anexo palpebral.

RESUMO

Foi relatado o caso de paciente adulto, do sexo masculino, que sofreu picada de vespa na pálpebra superior esquerda. Ao quadro inflamatório clássico seguiu-se necrose que comprometeu grande parte do anexo. O paciente foi submetido a tratamento com antibióticos, por via sistêmica e local, bem como com anti-inflamatório. Houve cicatrização da lesão, sem comprometimento funcional.

SUMMARY

A 29 year old white male had a wasp sting at the left upper lid. There was a violent reaction associated with pain, edema and erythema. After 6 hours the patient felt as if he had fever, with malaise and anorexia. Necrosis was observed 2 days latter. Patient was treated with systemic and local antibiotics, and phenylbutazone. The recovery was satisfactory. Examination 30 days after the injury disclosed lid scarring tissue but no lagophthalmos.

BIBLIOGRAFIA

DUKE-ELDER, S. & MACFAUL, P. A. — The Ocular Adnexa. In Duke-Elder, S. ed. — System of Ophthalmology. London, Henry Kimpton, 1974. vol. XIII, p. 201.