

PICADAS DE ANIMAIS PEÇONHENTOS

Ofidismo.

No Brasil são notificados, anualmente, cerca de 20.000 casos. Existem muitos mitos a respeito das serpentes e seus acidentes. Isto, de certa maneira, prejudica a difusão do modo correto de se atender um paciente picado por cobra. Os erros básicos são cometidos desde os primeiros minutos do acidente (geralmente por leigos) até o atendimento hospitalar.

Apesar da dificuldade de atendimento a esses pacientes, que com frequência não informam bem a respeito do animal agressor, seguindo-se um raciocínio objetivo e prestando bastante atenção a anamnese, ao quadro clínico e aos exames laboratoriais, pode-se quase sempre identificar o gênero da serpente. Neste momento poderá ser utilizado o soro específico, ou até mesmo dispensado o seu uso, ao se concluir tratar-se de mordida de serpente não venenosa ou acidente sem inoculação de veneno.

As serpentes peçonhentas de interesse médico existente no Brasil podem ser agrupadas em quatro gêneros: (a) Bothrops – p.ex., jararaca; (b) Lachesis – p. ex., surucucu; (c) Crotalus – p.ex., cascavel; (d) Micrurus – p.ex., coral.

A identificação das serpentes pode ser realizada utilizando-se um método muito simples:

(a) que possui fosseta loreal (órgão termorreceptor apresentado-se como um orifício entre os olhos e as narinas) é peçonhenta, subdividindo-se em três tipos: (1) se a cauda em chocalho, pertence ao gênero Crotalus (obs.: o filhote da cascavel pode ser identificado por possuir apenas um pequeno botão – início de formação do chocalho – no final da cauda); (2) as serpentes do gênero Lachesis são de dimensões avantajadas e encontradas nas florestas tropicais da Amazônia e na mata atlântica – possuem escamas eriçadas na extremidade da cauda; (3) se a cauda não tem chocalho nem há escamas eriçadas, pertence ao gênero Bothrops;

(b) se possui anéis coloridos (vermelhos e alaranjados conjugados com pretos e brancos ou amarelos, sendo dois anéis brancos ou amarelos em cada segmento da cor); cauda terminando grossa e presa antero-mediana, proteróglifa, é peçonhenta (gênero Micrurus) – existem algumas espécies com padrões de cores diferentes na Amazônia.

As serpentes da família Colubridae (gênero Philodryas – p.ex., a cobra cipó) possuem substâncias ativas em sua saliva, podendo ocasionar lesões necróticas em caso de mordidas com contato da saliva; nestes casos, o tratamento é apenas sintomático e local, não existindo soro específico.

- A. Primeiros – Socorros. Manter o paciente sem atividades físicas e encaminhá-lo ao hospital para soroterapia. Se houver soro disponível e impossibilidade de transferência para o hospital (somente em último caso), o mesmo deverá ser aplicado, observando-se os cuidados necessários; manter o membro afetado elevado; tranquilizar o paciente; aplicar analgésicos, se possível; não aplicar substâncias depressoras do SNC; limpar o local da picada; controlar o estado geral do paciente; **o garrote é sempre contra-indicado**; nunca fazer incisões no local da picada; nunca injetar soro no local da picada.
- B. Observações válidas para soroterapia de todos os acidentes ofídicos: (a) 1U é a quantidade de soro necessária para neutralizar 1mg do veneno; (b) deve-se sempre observar a concentração do soro anotada na bula, pois os diversos laboratórios produzem soros com concentrações

diferentes; (c) deve-se ter em mente que o soro previne lesões, mas não regenera o que está lesado e, portanto, a soroterapia deve ser sempre efetuada no tempo mais curto possível e aplicada de uma só vez; (d) o soro, quando injetado via subcutânea, leva cerca de 4 horas para penetrar a corrente sanguínea e, portanto deve-se **sempre usar via endovenosa**; (e) o soro não deve ser aplicado via intramuscular; (f) a dosagem depende do quadro clínico, e não da idade ou peso do paciente.

- C. Acidente Botrópico. No gênero *Bothrops* estão incluídas varias espécies, como: *B. jararaca* (jararaca), *B. alternatus* (urutu), *B.jararacussu* (jararacussu), *B.neuwiedi*, (jararaca-do-rabo-branco), *B. moogeni* (caiçara) e *B. bilineatus* (jararaca verde), entre outras.

Quadro clínico. Varia com a quantidade de veneno injetada. Sempre há dor no local, que pode ser o único sintoma, geralmente acompanhada de equimose e edema. Segue-se o surgimento de flictemas e necrose de partes moles. Se há grande inoculação de veneno (como nos acidentes com jararacussu), o sangue pode tornar-se incoagulável e causar apistaxe, gengivorragias, petéquias, sangramentos de lesões recentes e impetiginosas e, mais raramente, sangramentos com repercussões clínicas importantes. Deve-se ter cuidado especial com pacientes grávidas, pelo risco de sangramento e aborto.

Alguns dias após, pode haver formação de abscessos ou necrose extensa dos tecidos moles da região, requerendo tratamento cirúrgico mais agressivo.

Muitas vezes, o paciente não consegue fornecer dados conclusivos sobre a serpente; nesses casos, o médico deve orientar-se pelo quadro clínico e pelas provas de coagulação. Nos acidentes crotálicos, não há alterações locais, e o paciente normalmente não se queixa de dor na área atingida, ao contrário do acidente botrópico, em que há dor local e quase sempre o paciente já chega para o atendimento com edema na região atingida.

Tratamento. No hospital, tão logo o paciente dê entrada no ambulatório, deve-se retirar sangue para as provas e aplicar o soro imediatamente, se já existem evidências do acidente pela serpente peçonhenta, avaliando-se dose complementar com a evolução clínica e o resultado de exames.

É conveniente que o paciente fique hospitalizado por 3 a 5 dias, período em que normalmente pode ocorrer insuficiência renal. Muitas vezes, desenvolvem-se edema acentuado na área atingida (que pode progredir, comprometendo o membro inteiro), abscessos e necrose extensa.

Para regressão do edema deve-se colocar o paciente em repouso com o membro atingido elevado – a maior parte dos acidentes ofídicos atinge o terço inferior dos membros inferiores. Os abscessos deverão ser drenados tão logo se encontrem em condições de flutuação.

- D. Acidente Laquético. Causado por serpentes encontradas geralmente na Amazônia e na mata atlântica, *Lachesis mutua muta* (surucucu) e *Lachesis muta rhombeata* (surucucutinga). Seu veneno é proteolítico, coagulante e possivelmente neurotóxico. Os acidentes não são muito freqüentes, principalmente porque estas grandes serpentes (podem atingir até 2 metros de comprimento) habitam geralmente áreas de grandes florestas, com poucos habitantes.

Tratamento. Soro antilaquético (produzido no instituto Butantã) deve ser aplicado nas doses de 75U, 150U ou 300U, de acordo com o quadro: leve, moderado ou grave, respectivamente. O tratamento cirúrgico, se necessário deve ser feito como já descrito no ofidismo botrópico. De modo geral, a abordagem seguirá os procedimentos realizados nos acidentes botrópico e crotálico, já que seu veneno possui as duas características.

- E. Acidente Crotálico. No Brasil, as serpentes do gênero *Crotalus* são representadas pela cascavel, cujo veneno é neurotóxico.

Fisiopatologia e quadro clínico. A peçonha das serpentes do gênero *Crotalus* em nosso meio, *Crotalus durissus terrificus*, possui ação miotóxica, ocasionando rabdomiólise sistêmica, liberando mioglobina (mioglobinúria), e ação nefrotóxica direta, ocasionando lesão tubular e insuficiência renal.

Causa lesões reversíveis, como ptose palpebral, perturbação visual (visão turva e diplopia), dor cervical, obnubiação, torpor, odinofagia e dores musculares. Pode haver parada respiratória.

O paciente picado por cascavel não apresenta alterações locais e normalmente não se queixa de dor importante na área picada, relatando apenas parestesia. Tem-se observado que o ofidismo crotálico constantemente leva a alterações na coagulação, com fibrinopenia.

Poucas horas após, o paciente pode apresentar fácies neurotóxicas, mas as alterações urinárias não surgem normalmente antes da 12^a hora.

Tratamento. Atualmente considera-se os acidentes crotálicos como leves, moderados ou graves. É imprescindível que a soroterapia seja feita rapidamente. Devem-se realizar os testes conforme citados no acidente botrópico e, se possível, CPK, LDH e TGO, cujas alterações auxiliam a avaliação clínica, como também alguns diagnósticos diferenciais de quadros clínicos incaracterísticos.

- F. Acidente micrurico (elapídico). Felizmente, são poucos os acidentes provocados por corais. Primeiro, porque elas não são agressivas e tem hábitos noturnos, vivendo preferencialmente em abrigos subterrâneos; segundo, porque tem a boca pequena, presas fixas e pequenas, dificultando a picada.

Fisiopatologia e quadro clínico. Seu veneno é de ação neurotóxica, por ação inibitória sobre a transmissão neuromuscular, provocando paralisia dos músculos respiratórios, podendo levar o paciente à parada respiratória, que é a causa das mortes. O paciente queixa-se de dormência no local da picada e pode também queixar-se de dor. Posteriormente, apresenta ptose palpebral, diplopia, anisocoria progredindo para sialorréia, dispnéia e parada respiratória.

Tratamento. Todo paciente deve ser internado em UTI e, ao menor sinal de distúrbio respiratório, deve ser encaminhado ao CTI, pois é sério candidato a entubação endotraqueal e à respiração artificial.

Tratamento complementar: anticolinesterásico com fisostigmina (Prostigmine); cada ampola contém 1 ml-0,5mg. Somente deve ser empregado quando iniciados os sintomas de depressão respiratória e após administração de atropina.

G. Acidentes ofídicos – Conclusões

1. O garroteamento é contra indicado.
2. Se bem conduzido, o paciente não precisa usar o soro polivalente.
3. Provas de coagulação são de extrema importância no diagnóstico, tratamento e prognóstico nos casos de ofidismo crotálico, laquétrico e brotrópico.

4. O teste de sensibilidade não é rotineiramente realizado. A maioria das reações que ocorrem é anafilactóide, tendo gravidade semelhante, porém com teste cutâneo negativo. Outrossim, mesmo que o teste resultasse positivo, o soro seria aplicado, ocorrendo, portanto, atraso desnecessário na soroterapia. Em caso de reação, diminuir o gotejamento – observar o item seguinte.
5. Deve-se estar sempre preparado para um eventual início de relação anafilática ou anafilactóide: ter à mão uma ampola de solução milesimal de adrenalina aquosa e uma seringa graduada de 1ml. Aos primeiros sinais de reação aplicar 0,3ml da solução, via subcutânea, repetindo, se necessário, em 10 a 15 minutos. Se o paciente for hipertenso ou cardíaco, não usar adrenalina, a não ser em casos muito graves; aplicar uma ampola de decadron EV ou similar endovenosa. Ter à mão também anti-histamínico e oxigênio. Nunca esquecer de realizar anamnese, visando aos problemas alérgicos, contatos anteriores com soros heterólogos e doenças hepáticas.
6. Quanto mais rápido for o atendimento do paciente, menores serão as complicações.
- 7.

Araneísmo.

- A. **Acidentes por Phoneutria.** Popularmente conhecidas como aranhas armadeiras, são aranhas agressivas que se apóiam nas patas traseiras, levantando as dianteiras quando molestadas. São capazes de saltos de até 30cm quando atacam. São grandes, embora menores do que as caranguejeiras, com as quais costumam ser confundidas. Medem cerca de 5cm de corpo e 10-15cm de envergadura das patas. São cobertas por pêlos cinzentos curtos; possuem manchas claras nas patas e duas fileiras de pontos claros ao longo do abdômen. Apresentam oito olhos, dispostos em três fileiras: dois anteriores, quatro medianos e dois posteriores.

Sua peçonha tem ação neurotóxica, ativando o canal de sódio, induzindo a despolarização das fibras sensitivas e musculares, e terminações nervosas motoras e autonômicas. Em geral, causam apenas dor intensa e sinais locais imediatamente após a picada, com ou sem irradiação. Em casos muito graves, geralmente em crianças, podem ocorrer priapismo, sudorese, tremores, convulsões tônicas, sialorréia, taquicardia, arritmias e distúrbios visuais, podendo levar ao choque neurogênico. Apesar dessas possibilidades, o prognóstico quase sempre é bom, e a morte é extremamente rara.

Tratamento. Os acidentes com as aranhas armadeiras geralmente são de leve gravidade, apresentando apenas dor no local da picada. Para estes casos o tratamento a ser realizado é apenas assepsia no local da picada, para evitar infecções secundárias, e administração de analgésico por via oral ou injetável, ou anti-inflamatórios não-hormonais via IM. Nos casos de dores mais fortes, realiza-se infiltração local ou troncular com anestésico (de preferência lidocaína a 2% sem vasoconstritor – 1,0 a 4,0ml). Se a dor for persistente, repetir a infiltração até duas vezes, com intervalos de 1 hora, podendo-se incluir no tratamento desses casos meperidina por via IM, com os devidos cuidados. Se ainda assim persiste a sintomatologia, ou se o paciente apresenta qualquer sintomatologia sistêmica, há indicação da aplicação de soro antiaracnídeo polivalente: 5 ampolas de soro EV para os casos moderados (dor intensa persistente ou com sintomatologias sistêmicas); 10 ampolas EV nos casos graves (sintomatologia local e sistêmica acompanhada de agravamento do quadro e/ou choque e edema agudo de pulmão). Devem-se tomar os mesmos cuidados observados na soroterapia utilizada para os acidentes ofídicos.

Acidentes por Loxosceles. Grande número de acidentes com estas aranhas tem ocorrido nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O gênero *Loxosceles* é representado

principalmente pelas espécies: *L. gaúcho*, *L. intermédia*, *L. laeta* e *Loxosceles* sp.

Popularmente conhecidas como aranhas marrons, de pequeno tamanho, possuem seis olhos dispostos em três pares, não são agressivas e picam apenas quando espremidas. Encontram-se no interior das residências, dentro de sapatos e roupas. É geralmente no ato de se vestir que a vítima é picada.

O problema mais sério neste tipo de acidente é o fato de o veneno não causar dor local no momento da picada, e, como a aranha é de pequena dimensão, normalmente o paciente não procura atendimento quando a soroterapia seria mais eficiente.

Apenas 12 horas ou um dia após o local se torna dolorido, com edema, hiperemia e, às vezes, febre. Pela ação proteolítica do veneno, podem-se encontrar, ainda, equimose, vesículas, bolhas, necrose e ulceração. Diferentemente da ação proteolítica do veneno botrópico, estas lesões são secas, com crosta escurecida e dura.

É interessante observar que o paciente pode procurar socorro com ferimento deste tipo sem saber a causa, porque a aranha pode sequer ter sido observada.

A hematúria macroscópica também surge após a 12^a hora, assim como subicterícia. São observados casos de insuficiência renal aguda, devido às características proteolíticas e hemolíticas do veneno. Na forma cutaneovisceral, podem ocorrer anemia aguda, plaquetopenia hiperpotassemia, insuficiência renal e distúrbios de coagulação.

Tratamento. Limpeza local para evitar infecções secundárias; limpezas e aplicação de anti-sépticos periodicamente na ferida. Utilizar antibióticos em caso de infecções. Tratamento com analgésicos (dipirona ou anti-inflamatórios não-hormonais). Tratamento cirúrgico após delimitação da área de necrose (geralmente em 7 a 10 dias). Corticoterapia (prednisona VO – 40mg/dia para adultos e 1,0 mg/kg/dia para crianças) por 5 dias, pelo menos, nos casos moderados e graves. Tratamento de suporte para os casos de anemia (papa de hemácias) e suporte para os casos de insuficiência renal. Soro antiracnideo polivalente ou antiloxoscélico – 5 ampolas EV, nos casos moderados, e 10 ampolas EV nos casos graves.

Os casos leves não apresentam comprometimento do estado geral nem lesão característica 72 horas após a picada. Os casos moderados possuem lesão característica e alterações sistêmicas, mas sem evidência de hemólise. Os casos graves apresentam o quadro moderado mais agravado, associado à anemia aguda e presença de hemólise.

IV. Escorpionismo.

Os acidentes com escorpiões representam grande importância entre os acidentes por animais peçonhentos, seja pela alta incidência ou pela gravidade dos casos, principalmente em crianças com menos de 7 anos ou desnutridas. No gênero *Tityus* encontram-se os escorpiões de importância médica em nosso país (*T. serrulatus*, *T. bahiensis*, *T. stigmurus*, *T. trivitatus*, *T. cambridgei* e *T. metuendus*).

Quadro clínico. Distinguem-se três formas: (a) leve – com manifestações apenas locais: dor e/ou parestesia; (b) moderada – com manifestações apenas cardiorrespiratórias (principalmente taquicardia), sudorese, sialorréia; (c) grave – além dos sintomas citados acima, leva a convulsões, coma, bradicardia, insuficiência cardíaca, edema pulmonar agudo, hipotermia, choque e apnéia.

Laboratorialmente, podem ser encontrados: hipopotassemia, hiponatremia, distúrbios ácidos – básicos, albuminúria, glicosúria, hiperglicemia e hiperamilasemia. O ECG mostra alterações variáveis: taquicardia ou bradicardia sinusal, extrasístolia, alterações de repolarização ventricular,

BAV> Estas alterações são reversíveis em 3 a 7 dias.

Tratamento. Infiltração local com anestésicos analgésicos e/ou antiinflamatórios. Quando se tratar de crianças, idosos ou adultos com repercussão clínica sistêmica, a soroterapia deve ser realizada.

Caso leve – uma ampola de soro antiescorpiônico EV; Caso moderado – duas ampolas de soro antiescorpiônico EV; Caso grave – quatro ampolas de soro antiescorpiônico EV.

V. Ecurismo (acidentes com lagartas urticantes).

Nomes vulgares: bicho cabeludo, lagarta-de-fogo, lagarta-de-hera, mandruvá, mucuarana, taturana. Várias famílias da ordem dos Lepdoptera (mariposas e borboletas) são conhecidas por terem larvas ou lagartas equipadas com pelos portadores de veneno. Os pelos das formas adultas também podem provocar reações semelhantes às das lagartas. Normalmente uma lagarta é portadora, em alguma fase de seu desenvolvimento, de pêlos ou espinhos e/ou cerdas que, direta ou indiretamente, causam acidentes nos seres humanos. Estas estruturas, quando em contato com as vítimas, desprendem-se e inoculam o veneno, sendo causa de profundo mal-estar. À exceção da região ventral, podem estar distribuídas em tufos de seis a oito para cada somito ou de forma homogênea por todo o corpo. Pertencem principalmente a três famílias: Megalopygidae (g. *Podalia* sp.), Saturniidae (g. *Lonomia* sp.) e Arctiidae (*Premolis semirufa*).

A maioria dos acidentes com lagartas urticantes ocorre no verão e no início do outono, quando as larvas eclodem de seus ovos. Elas podem ser encontradas em goiabeiras, abacateiros, nogais, cajueiros, roseiras, cafeeiros, eucaliptos, figueiras, bananeiras, mamoeiros, mandioqueiras, seringueiras etc.

Aspectos toxicológicos do veneno. Princípios ativos do veneno das espículas e da hemolinfa: histamina, acetilcolina e plasmocinina; provavelmente também uma toxialbumina e uma enzima proteolítica não bem diferenciada laboratorialmente.

Quadro clínico. As vítimas de erucismo (do grupo Eruga: lagarta) são crianças desavisadas que tocam as lagartas com as mãos e outros indivíduos que, acidentalmente, se encostam ou comprimem sua pele contra as lagartas em pomares e jardins ou plantações.

Os sintomas clínicos variam acentuadamente e dependem de uma gama de fatores: das espécies e dos diferentes tipos de pelos que as cobrem, da qualidade do veneno, da duração do contato, da pressão exercida pela lagarta sobre a vítima, ou todos juntos. A despeito da diversidade de manifestações, um quadro clínico geral é observado.

Sintomas subjetivos. Estes incluem uma sensação de queimação de intensidade moderada, com ou sem prurido importante, até uma dor em queimação ou perfurante significativa, que pode permanecer por horas e ser acompanhada ou seguida por prurido de maior ou menor relevância. Certos pacientes apresentam dor insuportável com irradiação pelo trajeto dos nervos.

Sinais objetivos. Uma série de mudanças pode ser observada sucessivamente nos elementos dermatológicas, a saber: eritema de maior ou menor intensidade, pequenas pápulas sobre a área edemaciada, placa urticariforme, vesículas, bolhas, petéquias e pápulas avermelhadas estéreis, sendo estas seguidas por erosão secundária, escoriação, descamação e pigmentação. Este quadro clínico pode ser complicado pela infecção secundária.

Entre estes fenômenos não é incomum a observação de mal-estar geral, insônia, febre, náuseas, vômitos e espasmos musculares. Podem ocorrer neurites locais e regional, tais como parestesia, anestesia, parestesia e às vezes, paralisias, todas de caráter temporário.

Tratamento. Não há antídoto específico. O tratamento é essencialmente sintomático. Impõe-se a remoção da lagarta com certo cuidado, lembrando que sua face ventral não oferece riscos. A limpeza da área exposta deverá ser cuidadosa. É importante citar que a dor local não só é determinada pela irritação das terminações nervosas sensitivas, estimuladas pela ação direta do veneno, mas também pela trepidação das cerdas no local sensibilizado, provocadas pelo ar circulante, o que indica a raspagem do local com lâmina de barbear ou bisturi, de forma rápida e precisa, para evitar a dor intensa que a manipulação desnecessária determina. Na impossibilidade de raspagem do local (sobrancelhas, áreas de difícil manipulação ou previamente acometidas por outras doenças), pode ser aplicada uma pomada de vaselina.

As dermatites não-complicadas podem ser tratadas com loções fracamente ácidas e/ou com características sedativas, as quais são geralmente satisfatórias. Temos utilizado uma loção de hipossulfito de sódio a 50%, como indicado no tratamento dos casos de lepidopterismo, com um bom índice de melhora.

A aplicação desta loção na primeira meia hora após o acidente leva à abolição do prurido e ao rápido desaparecimento das lesões cutâneas elementares. A aplicação local de compressas de água gelada, o uso de analgésicos e até mesmo a infiltração de anestésicos podem ser indicados nos casos de moderada a grande intensidade.

Acidentes com lagartas do gênero *Lonomia* sp. Estes acidentes podem apresentar, além do quadro clínico que ocorre com as outras lagartas, importantes distúrbios de coagulação por ação fibrinolítica e inibição do fator VIII, que podem aparecer até 3 dias após a picada, aspecto que também depende da quantidade de veneno inoculado. Torna-se importante, portanto, a diferenciação da *Lonomia* das outras espécies. Elas possuem como características: cor marrom claro-esverdeada; manchas amarelas; listras castanho escuras no corpo; geralmente possuem comprimento inferior a 7cm; as cerdas são esverdeadas, apresentando ramificações; possuem hábito de permanecerem agrupadas, formando grandes colônias. Grande número de acidentes tem sido registrado na região sul do Brasil.

Quadro clínico. Dor, edema, eritema, urticária, artralgias, cefaléia de intensidade variável, náuseas, vômitos e até necrose superficial. O quadro hemorrágico pode manifestar-se por hematomas, a distancia ou locais, e sangramento diversos, inclusive do SNC.

Tratamento. Casos leves: sintomáticos (pomadas de corticóides, anti-histaminicos, antiinflamatórios e analgésicos). Não utilizar ácido acetilsalicílico por causa dos fenômenos hemorrágicos. Monitorar laboratorialmente até 2 dias após o acidente, por meio de provas de coagulação, urina de rotina e provas de função renal. Nos caso muito grave, pode-se utilizar, pó via endovenosa, o ácido épsilon-aminocapróico (Ipsilon), na dose de 30mg/kg de peso como dose de ataque, seguida da dose de 15mg/kg de peso a cada 4 horas, até a normalização das provas de coagulação. Corrigir a anemia, se presente, com papa de hemácias. O soro antilonômico (em fase de disponibilização) poderá, quando disponível, ser aplicado nos casos moderados e graves – 5 a 10 ampolas, respectivamente, além das medidas sintomáticas aplicadas para os casos leves. Os caso moderados e graves apresentam sangramentos em pele e mucosas, sendo que os casos classificados como graves apresentam ainda sangramentos viscerais. Os cuidados e a forma de administração são iguais aos implantados em outras soroterapias heterólogas.

VI. Abelhas.

Nomes científicos das espécies mais importantes: *Apis mellifera mellifera*, *A. m. scutellata* e *A.m. ligustica*.

Nomes vulgares das espécies: abelha alemã, abelha italiana e abelha africana.

As abelhas africanizadas são mais agressivas; são originadas do cruzamento da africana com a européia, adaptando-se e difundindo-se amplamente pelo Brasil e por outros países. As abelhas, ao picarem perdem o ferrão e parte do abdômen, o que ocasiona a sua morte.

Quadro clínico. O diagnóstico da picada de abelha é geralmente fácil, já que ocorre dor local forte e o inseto é visualizado; a dor geralmente desaparece após alguns minutos, ficando o local com eritema e edema. A picada é rapidamente identificada pelo fato de a abelha perder seu aparelho inoculador no local agredido, o que não acontece com os outros insetos.

Os efeitos imediatos que surgem após a picada pelos insetos variam, dependendo de vários fatores, e a picada por abelha não foge a esta regra. Os fatores são: sensibilidade individual, poder toxigênico e alergizante das proteínas inoculadas, dose, exposição prévia a picadas, estado geral e idade do paciente.

Grandes reações locais ocasionalmente precedem uma reação sistêmica quando estes insetos picam.

O indivíduo picado, em geral apresenta dor local intensa seguida de edema e prurido. A área mostra uma zona central clara, circundada por um halo avermelhado. O ferrão é encontrado dentro dessa zona clara, podendo apresentar movimentos espasmódicos nos momentos iniciais. A reação local geralmente melhora em poucas horas. Admite-se que o acidente na região da face e do pescoço pode favorecer o surgimento de distúrbios do sistema nervoso central, e que as picadas nestes locais podem provocar edema local, com a compressão das vias aéreas superiores causando asfixia mecânica, angústia, depressão respiratória, vertigem, urticária gigante, vômitos, dispnéia, lacrimejamento, taquicardia e, às vezes, crises convulsivas podem ser evidentes. Quando um grande número de abelhas ataca o indivíduo, podem surgir dores, edemas, hipotensão arterial, choque, transtornos neurológicos, náuseas, vômitos, distúrbios hemorrágicos e hemólise, que costumam acontecer nos primeiros minutos e apresentam maior intensidade após 30 minutos.

Poliúria e diarreia podem ocorrer.

Pode ocorrer insuficiência renal aguda após a picada desses insetos. Quatrocentas picadas podem ter um efeito letal no adulto, apesar de alguns apicultores já terem sido atingidos por um número superior a mil abelhas e não terem evoluído desta maneira.

Tratamento. O tratamento consiste na rápida remoção do ferrão, pois permanecendo no local, ele se vai aprofundando e injetando o restante do veneno; nunca deve ser removido com os dedos ou pinças, que pressionam a bolsa de veneno e colaboram na injeção deste. Retira-se o ferrão com uma lâmina de barbear, ou de bisturi, ou faca, rente à pele, ou com material pontiagudo, de baixo para cima. Lavar e desinfetar o local e passar uma pomada com corticóides (questiona-se este uso), anti-histamínicos por via oral ou intramuscular e analgésicos, se necessário.

Nos indivíduos previamente sensibilizados ou que apresentam reações intensas, a administração imediata de adrenalina (0,01mg/kg) por via subcutânea é imperativa e eficaz na grande maioria dos casos, podendo ser repetida, se necessário. Aplicam-se analgésicos em caso de dor mais persistente. As urticárias moderadas podem ser tratadas com anti-histamínicos.

As reações muito graves com distúrbios hemodinâmicos sérios devem ser conduzidas através da posição de Trendelenburg, infusão endovenosa de solução salina e 0,01mg/kg de adrenalina na diluição 1:1.000, administrada subcutaneamente. A uma resposta inadequada corresponde o tratamento clássico de choque anafilático. Portanto, o tratamento é sintomático e de manutenção, com cuidado especial para as complicações cardiocirculatórias e renais. Em pacientes hipersensibilizados e naqueles com cardiopatia prévia, o quadro pode ser extremamente grave, podendo evoluir para óbito, principalmente nas picadas múltiplas.

VII. Vespas.

Nomes vulgares das espécies: vespão, mata-cavalo, marimbondo, vespa-que-zumbe, caçarana.

Tratamento. Lavar e desinfetar o local da picada, aplicando-se uma pomada com corticóides, anti-histamínicos, por via oral ou intramuscular, e analgésicos, se necessário.

As reações muito graves, com sérios distúrbios hemodinâmicos, devem ser conduzidas através da posição de Trendelenburg, infusão endovenosa de solução salina e 0,01mg/kg de adrenalina. 1:1.000, administrada subcutaneamente. A uma resposta inadequada corresponde uma conduta mais agressiva que requererá a injeção endovenosa de adrenalina, 1:10.000, maior volume de fluidos, 1g de hidrocortisona e oxigenoterapia, isto é, o tratamento clássico do choque anafilático. Portanto, o tratamento é sintomático e de manutenção, com especial cuidado para as condições cardiocirculatórias e renais.