



ISSN 2674-8169



Qualis B3
CAPES 2021-2024

Latindex



DOI

Google
Acadêmico

ÚLCERA EM ESCUDO ASSOCIADA À CONJUNTIVITE PAPILAR GRAVE EM ADOLESCENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: RELATO DE CASO

Vitória Izidorio de Souza¹; André de Abreu Guilherme Raimundo²; Bruno Rosso Bianchi³; Eduardo Pereira Pini⁴; Eugenio Esmeraldino Mendes Filho⁵; Laura Zavaski Ricken⁶; Laura Niero Lucchese⁷.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n8p1200-1209>

Artigo recebido em 21 de Julho e publicado em 21 de Agosto de 2026

RELATO DE CASO

RESUMO

Introdução: A úlcera em escudo é uma complicação corneana associada à doença alérgica ocular grave, especialmente em crianças e adolescentes, podendo comprometer a acuidade visual. **Objetivo:** Relatar um caso de úlcera em escudo associada a conjuntivite papilar grave em adolescente com transtorno do espectro autista, detalhando os achados clínicos, a abordagem terapêutica e a evolução. **Material e métodos:** Relato descritivo de caso clínico, baseado em registros de consultas oftalmológicas, incluindo antecedentes, acuidade visual, exame biomicroscópico, tratamento tópico e evolução clínica. **Resultados:** Paciente feminina, 14 anos, com transtorno do espectro autista, rinite alérgica, ptose congênita em olho direito e hábito de fricção ocular intensa, apresentou hiperemia, prurido e redução da acuidade visual bilateral, predominando no olho direito. Ao exame inicial, apresentava reação papilar 4+ bilateral, ceratite punctata difusa em ambos os olhos e úlcera corneana central de aproximadamente 1,5 × 1,0 mm no olho direito, sem reação de câmara anterior. Foi iniciado moxifloxacino, acetato de prednisolona e lubrificação intensiva com hialuronato de sódio. Na evolução, o antibiótico foi reduzido e suspenso após seis dias, enquanto os corticosteroides tópicos foram ajustados progressivamente conforme a resposta inflamatória, com introdução de acetato de fluormetolona no olho esquerdo. O defeito corneano reduziu para 0,3 × 0,3 mm em 04/03/2025 e 0,2 × 0,2 mm em 10/03/2025, acompanhando melhora da acuidade visual de 20/150 para 20/25-1 no olho direito. **Conclusão:** O reconhecimento precoce da doença alérgica ocular grave, o controle da inflamação e a proteção da superfície ocular podem favorecer a reepitelização da úlcera em escudo. O acompanhamento individualizado e a orientação familiar são especialmente importantes diante de fricção ocular recorrente e particularidades comportamentais.

Palavras-chave: Conjuntivite Alérgica, Úlcera da Córnea, Ceratoconjuntivite Vernal, Transtorno

do Espectro Autista, Acuidade Visual.

SHIELD ULCER ASSOCIATED WITH SEVERE PAPILLARY CONJUNCTIVITIS IN AN ADOLESCENT WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: A CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Shield ulcer is a corneal complication associated with severe allergic ocular disease, particularly in children and adolescents, and may impair visual acuity. **Objective:** To report a case of shield ulcer associated with severe papillary conjunctivitis in an adolescent with autism spectrum disorder, detailing the clinical findings, treatment, and clinical course. **Material and methods:** Descriptive case report based on ophthalmological medical records, including medical history, visual acuity, slit-lamp examination, topical treatment, and follow-up. **Results:** A 14-year-old female adolescent with autism spectrum disorder, allergic rhinitis, congenital right-eye ptosis, and intense eye-rubbing behavior presented with bilateral hyperemia, itching, and decreased visual acuity, predominantly in the right eye. Initial examination revealed grade 4+ papillary reaction bilaterally, diffuse punctate keratitis in both eyes, and a central corneal ulcer measuring approximately 1.5×1.0 mm in the right eye, without anterior chamber reaction. Moxifloxacin, prednisolone acetate, and intensive lubrication with sodium hyaluronate were started. During follow-up, the antibiotic was tapered and discontinued after six days, while topical corticosteroids were progressively adjusted according to the inflammatory response, with fluorometholone acetate introduced in the left eye. The corneal defect decreased to 0.3×0.3 mm on March 4, 2025, and 0.2×0.2 mm on March 10, 2025, accompanied by improvement in visual acuity from 20/150 to 20/25-1 in the right eye. **Conclusion:** Early recognition of severe allergic ocular disease, control of inflammation, and ocular surface protection may promote healing of shield ulcers. Individualized follow-up and family education are particularly important in the presence of recurrent eye rubbing and behavioral particularities.

Keywords: Allergic Conjunctivitis, Corneal Ulcer, Vernal Keratoconjunctivitis, Autism Spectrum Disorder, Visual Acuity.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A ceratoconjuntivite vernal (CCV) é uma doença inflamatória crônica da superfície ocular que acomete predominantemente crianças e adolescentes e se caracteriza por exacerbações recorrentes, prurido, fotofobia, lacrimejamento e alterações conjuntivais e corneanas. A inflamação alérgica intensa pode levar a complicações corneanas com impacto sobre a acuidade visual (BONINI et al., 2000; BRUSCHI et al., 2023). Entre essas complicações, destaca-se a úlcera em escudo, lesão corneana relacionada à inflamação intensa e à presença de papilas gigantes, podendo apresentar atraso de reepitelização, infecção secundária, cicatriz corneana e comprometimento visual. A presença ou ausência de placa inflamatória sobre o leito ulcerado influencia a evolução e a necessidade de procedimentos, como desbridamento ou membrana amniótica (CAMERON, 1995; REDDY et al., 2013).

Este relato descreve uma adolescente com transtorno do espectro autista (TEA), rinite alérgica e hábito de fricção ocular intensa, que apresentou úlcera em escudo no olho direito associada a reação papilar grave bilateral. O objetivo é descrever os achados clínicos, a estratégia terapêutica tópica adotada e a evolução da lesão corneana e da acuidade visual.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 14 anos, com diagnóstico prévio de transtorno do espectro autista, rinite alérgica e ptose congênita em olho direito, procurou atendimento oftalmológico em 24/02/2025 por hiperemia, prurido ocular e baixa acuidade visual em ambos os olhos havia aproximadamente duas semanas, com piora no olho direito. Referia incapacidade de abrir o olho direito havia três dias. Havia utilizado colírio de tobramicina e lágrima artificial (Lacrifilm), prescritos em unidade de pronto atendimento uma semana antes, sem melhora satisfatória. Também havia feito uso prévio de Lunera e Maxidex, sem resposta clínica. A mãe relatava fricção ocular intensa e recorrente havia anos.

Na avaliação inicial, a acuidade visual corrigida era de 20/150 no olho direito

(OD) e 20/40-2 no olho esquerdo (OE). À biomicroscopia, observou-se reação papilar 4+ e injeção ciliar 3+ no OD, associadas a úlcera corneana central de aproximadamente $1,5 \times 1,0$ mm e ceratite puntacta difusa. A câmara anterior encontrava-se formada, sem reação de câmara anterior, e o cristalino era translúcido. No OE havia reação papilar 4+, injeção ciliar 1+, ceratite puntacta difusa, câmara anterior formada, sem reação de câmara anterior, e cristalino translúcido. O conjunto de achados foi compatível com úlcera em escudo no OD associada a conjuntivite papilar grave bilateral.

Foi iniciado tratamento com moxifloxacino 0,5% (uma gota a cada quatro horas), acetato de prednisolona 1% (uma gota a cada seis horas) e hialuronato de sódio 0,15% em regime intensivo, com uma gota a cada hora, em ambos os olhos. Foi programado retorno em 24 horas.

Em 25/02/2025, a paciente compareceu acompanhada do pai, apresentando melhora parcial. A acuidade visual corrigida era de 20/80 parcial no OD e 20/30+2 no OE. No OD, havia reação papilar 3+, injeção ciliar 1+ e manutenção da úlcera central de aproximadamente $1,5 \times 1,0$ mm, além de ceratite puntacta difusa. No OE, observava-se reação papilar 3+, discreta injeção ciliar (1/2+) e ceratite puntacta difusa. Não havia reação de câmara anterior em nenhum dos olhos. O moxifloxacino foi ajustado para uma gota a cada seis horas por seis dias; o acetato de prednisolona foi mantido a cada quatro horas no OD; foi introduzido acetato de fluormetolona 0,1% a cada seis horas no OE; e o hialuronato de sódio foi mantido a cada duas horas em ambos os olhos.

Em 04/03/2025, acompanhada da mãe, a paciente relatava melhora quase total do quadro. A acuidade visual corrigida era de 20/30 para longe no OD e 20/20 no OE. No OD, havia reação papilar 1+, melhora da injeção ciliar, e redução da úlcera corneana central para aproximadamente $0,3 \times 0,3$ mm. A câmara anterior permanecia formada e sem reação, com cristalino translúcido. No OE, a reação papilar havia reduzido para 1+, com melhora da hiperemia, sem outras alterações relevantes. O acetato de prednisolona foi mantido a cada oito horas no OD; o acetato de fluormetolona, a cada 12 horas no OE; e o hialuronato de sódio, a cada seis horas ou conforme necessidade.

Em 10/03/2025, acompanhada do pai, a paciente permanecia com melhora

quase total. A acuidade visual corrigida era de 20/25-1 no OD e 20/20 no OE. No OD, observava-se reação papilar 1+, melhora da injeção ciliar e redução adicional da úlcera corneana central, medindo aproximadamente 0,2 × 0,2 mm. No OE, persistia reação papilar 1+, com melhora da hiperemia e ausência de reação de câmara anterior. O acetato de prednisolona foi mantido a cada oito horas no OD até o retorno; o acetato de fluormetolona foi prescrito a cada oito horas no OE por 30 dias; e o hialuronato de sódio, a cada seis horas ou conforme necessidade.

Não houve indicação de procedimento cirúrgico durante o período de acompanhamento descrito. A evolução demonstrou redução progressiva do defeito epitelial corneano, melhora da inflamação ocular e recuperação da acuidade visual, principalmente no olho direito.

Data	AV corrigida	Achados principais	Lesão corneana OD	Tratamento
24/02/2025	OD 20/150; OE 20/40-2	Papilas 4+ AO; injeção ciliar 3+ OD e 1+ OE; ceratite puntacta difusa; sem RCA	1,5 × 1,0 mm	Moxifloxacino 4/4h; prednisolona 6/6h; hialuronato de sódio 1/1h AO
25/02/2025	OD 20/80p; OE 20/30+2	Papilas 3+ AO; injeção ciliar reduzida; ceratite puntacta; sem RCA	1,5 × 1,0 mm	Moxifloxacino 6/6h por 6 dias; prednisolona 4/4h OD; fluormetolona 6/6h OE; hialuronato 2/2h AO
04/03/2025	OD 20/30 para longe; OE 20/20	Papilas 1+ AO; melhora da injeção ciliar; sem RCA	0,3 × 0,3 mm	Prednisolona 8/8h OD; fluormetolona 12/12h OE; hialuronato 6/6h ou se necessário
10/03/2025	OD 20/25-1; OE 20/20	Papilas 1+ AO; melhora da injeção ciliar; sem RCA	0,2 × 0,2 mm	Prednisolona 8/8h OD até retorno; fluormetolona 8/8h OE por 30

				dias; hialuronato 6/6h ou se necessário
--	--	--	--	--

Tabela 1 – Evolução clínica, achados oftalmológicos e tratamento tópico durante o acompanhamento.

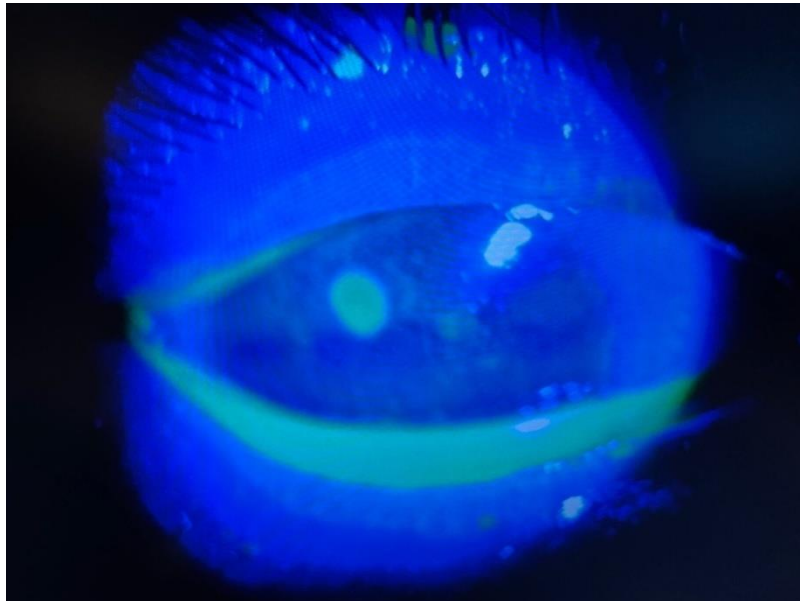


Figura 1 – Úlcera em escudo central no olho direito associada à reação papilar intensa.

DISCUSSÃO

A úlcera em escudo é uma complicação corneana relevante da ceratoconjuntivite vernal e de outras formas graves de doença alérgica ocular. O quadro ocorre predominantemente em crianças e adolescentes e pode estar associado a prurido intenso, papilas gigantes, ceratite puntacta e defeitos epiteliais corneanos. A inflamação persistente pode resultar em atraso de cicatrização, infecção secundária, formação de cicatriz e redução da acuidade visual (BONINI et al., 2000; BRUSCHI et al., 2023).

No presente caso, a combinação de idade, rinite alérgica, prurido intenso, fricção ocular recorrente, reação papilar 4+ bilateral, ceratite puntacta difusa e úlcera corneana central no OD sustentou o diagnóstico de úlcera em escudo associada a

doença alérgica ocular grave. A ausência de reação de câmara anterior e a ausência de descrição de placa inflamatória sobre a úlcera foram dados relevantes. Cameron (1995) demonstrou que úlceras sem placa apresentam maior possibilidade de responder ao tratamento clínico, enquanto lesões com placas podem apresentar cicatrização mais lenta e demandar abordagem intervencionista.

A estratégia terapêutica empregada teve como objetivos o controle da inflamação, a proteção da superfície corneana e a redução do risco de complicação infecciosa durante a fase inicial. O tratamento começou com moxifloxacino tópico, associado a corticosteroide tópico e lubrificação intensiva. Com a melhora clínica observada já no primeiro retorno, o antibiótico foi reduzido, enquanto a frequência dos corticosteroides foi ajustada progressivamente. A introdução de fluormetolona no OE acompanhou a redução da reação papilar e da hiperemia nesse olho. O hialuronato de sódio foi mantido ao longo do seguimento, inicialmente em frequência horária e posteriormente conforme a necessidade, como medida de proteção e suporte à superfície ocular.

A evolução clínica foi favorável. A acuidade visual do OD passou de 20/150 na apresentação para 20/25-1 em 10/03/2025, enquanto a lesão corneana reduziu de aproximadamente $1,5 \times 1,0$ mm para $0,3 \times 0,3$ mm em 04/03/2025 e $0,2 \times 0,2$ mm em 10/03/2025. Paralelamente, a reação papilar bilateral reduziu de 4+ para 1+. Essa resposta é compatível com a observação de que úlceras em escudo de menor gravidade e sem placa podem apresentar reepitelização com tratamento médico (CAMERON, 1995; REDDY et al., 2013).

O controle da doença inflamatória de base é fundamental, pois a persistência de atividade alérgica pode favorecer recorrência da lesão. Revisões recentes destacam que o tratamento da ceratoconjuntivite vernal deve ser individualizado e pode incluir anti-histamínicos, corticosteroides tópicos em situações selecionadas e imunomoduladores, como ciclosporina ou tacrolimo, conforme a gravidade e a resposta terapêutica (BRUSCHI et al., 2023). No presente relato, a evolução favorável ocorreu com tratamento tópico e não houve necessidade de desbridamento ou membrana amniótica durante o período documentado.

O hábito de fricção ocular também merece destaque. O prurido é um sintoma

central das doenças alérgicas oculares e a fricção repetitiva pode agravar a lesão da superfície ocular. A presença de TEA não deve ser interpretada como causa direta da úlcera; entretanto, particularidades comportamentais e de comunicação podem exigir estratégias individualizadas de orientação e participação familiar para melhorar a adesão, reduzir a manipulação ocular e reconhecer precocemente sinais de piora. Nesse contexto, a presença dos familiares nas consultas e o relato de fricção ocular intensa foram informações clinicamente relevantes para o acompanhamento.

Como limitação, o relato apresenta o seguimento documentado até 10/03/2025, sem registro do momento exato de resolução completa da úlcera ou de documentação fotográfica seriada do defeito corneano. Ainda assim, a descrição longitudinal da acuidade visual, dos achados biomicroscópicos, das dimensões da úlcera e dos ajustes terapêuticos permite caracterizar adequadamente a resposta ao tratamento no período observado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A úlcera em escudo deve ser reconhecida como uma complicação potencialmente ameaçadora da visão em pacientes jovens com doença alérgica ocular grave. Neste caso, o diagnóstico baseado em reação papilar intensa, ceratite puntata e úlcera corneana central foi seguido de resposta favorável ao tratamento tópico, com redução progressiva do defeito corneano e recuperação da acuidade visual. O controle da inflamação, a proteção da superfície ocular, o acompanhamento próximo e a abordagem da fricção ocular são componentes importantes do manejo, especialmente quando há particularidades comportamentais associadas ao transtorno do espectro autista.

REFERÊNCIAS

BONINI, S. et al. Vernal keratoconjunctivitis revisited: a case series of 195 patients with long-term followup. *Ophthalmology*, v. 107, n. 6, p. 1157-1163, 2000. DOI: 10.1016/S0161-6420(00)00092-0.

BRUSCHI, G. et al. Vernal keratoconjunctivitis: a systematic review. Clinical Reviews in Allergy & Immunology, v. 65, p. 277-329, 2023. DOI: 10.1007/s12016-023-08970-4.

CAMERON, J. A. Shield ulcers and plaques of the cornea in vernal keratoconjunctivitis. Ophthalmology, v. 102, n. 6, p. 985-993, 1995. DOI: 10.1016/S0161-6420(95)30925-6.

REDDY, J. C. et al. Management, clinical outcomes, and complications of shield ulcers in vernal keratoconjunctivitis. American Journal of Ophthalmology, v. 155, n. 3, p. 550-559.e1, 2013. DOI: 10.1016/j.ajo.2012.09.014.

LEGENDAS DAS FIGURAS

Figura 1 – Úlcera em escudo central no olho direito associada à reação papilar intensa.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.