

Miasis occipito-temporal

Occipital -temporal myiasis

Miíase occipito-temporal

Dra. Melissa Castillo Bustamante (1), Dra. María Andrea Ricardo (2)

Resumen

La miasis es originada por larvas inoculadas en tejidos por moscas, las cuales pueden causar destrucción tisular y complicaciones a nivel ocular, orbital, oral y en meninges. Se han descripto casos de miasis en múltiples tejidos, sin embargo, no se ha descripto asociación a nivel de la región occipito-temporal. Se presenta un caso de paciente procedente de zona urbana de Buenos Aires con viaje a una región endémica en el norte argentino, el cual desarrolló miasis occipito-temporal.

Palabras clave: Miasis, cervical.

Abstract

Myiasis is originated by inoculated larvae given for botflies, they can cause damage of tissues and complications related on eyes, orbital region, mouth and meninges. There are some myiasis cases described on several tissues, however, there is no association to occipital temporal region. A case report of a patient from urban zone of Buenos Aires with recent travel to endemic region on the Argentinian North side, who developed occipital - temporal myiasis is described.

Key words: Myiasis, cervical.

Resumo

A miíase se origina por larvas inoculadas por moscas em tecidos que podem causar destruição tissular e complicações a nível ocular, orbital, oral e nas

meninges. Foram descritos casos de miíase em múltiplos tecidos, no entanto, não se descreveu uma associação em termos da região occipito-temporal. Apresenta-se um caso de paciente procedente de zona urbana de Buenos Aires com viagem à uma região endêmica no norte argentino que desenvolveu miíase occipito-temporal.

Palavras-chaves: Miíase. Cervical.

Introducción

La miasis es una entidad ocasionada por larvas inoculadas por moscas de la familia Dipterae, las cuales penetran y destruyen tejidos ocasionando incluso complicaciones mayores a nivel ocular, orbital, oral y meníngeas. Su presentación está asociada a condiciones deficientes de higiene, presencia de lesiones cutáneas supurativas y ulcerativas, alcoholismo, edades extremas de la vida y también se ha reportado posterior a traumatismos y a nivel nosocomial.

La prevalencia de ésta es de carácter mundial, sin embargo es mayor en áreas endémicas de América Central y del Sur, exceptuando Chile, hasta el Norte de Argentina. Según el área endémica de la mosca, pueden encontrarse diversos tipos de variedades de la misma, encontrándose las especies *Phaenicia sericata*, *Megaselia* y *Cuterebra* en Estados Unidos, especies *Cordylobia* y *Sarcophaga* en Europa, Asia y Africa y la especie *Dermatobia hominis* en América Central y del Sur, siendo múltiples casos reportados de miasis a la picadura de esta última mencionada. Existen reportes de presentación a nivel de cuero

(1) Residente primer año Otorrinolaringología, Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina.

(2) Otorrinolaringóloga, Jefe de servicio de Otorrinolaringología, Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Británico, Perdriel 74, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Teléfono: 011 4309-6400 Interno 2621. Email: melissacastillobustamante@gmail.com / MARicardo@hbritanico.com.ar

Autor para correspondencia: Melissa Castillo Bustamante - Dirección: Avenida Corrientes 3553, departamento 5D - Código postal:

1416 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina - Teléfono: 54- 9 11- 32759594. Email: melissacastillobustamante@gmail.com

Presentado para su publicación: 25/02/2015

cabelludo, ocular, aural, nasal, gastrointestinal y genital en América del Sur y África y algunos en Europa siendo algunos casos importados, sin embargo no hay reportes de presentación clínica en el área occipito-temporal en pacientes con alteraciones cutáneas previas, como pénfigo no vulgar sin evidencia previa de lesiones malignas. Nosotros exponemos el caso de miasis occipito-temporal en paciente residente en área urbana de la provincia de Buenos Aires con asociación a lesión penfigoide.

Descripción del caso

Hombre de 54 de edad, maestro, residente en área urbana de la Provincia de Buenos Aires, Argentina; con antecedentes de pénfigo refractario a tratamiento, en soporte con inmunomoduladores desde 2009. Ingresa al Hospital Británico de Buenos Aires para aplicación de éstos en sala ambulatoria, sin embargo se descubre en la preparación para la misma, hedor y salida de organismos compatibles con larvas desde el área occipito-temporal del paciente. Se descubren 2 cavidades con múltiples larvas en movimiento y concurrentes entre sí, una izquierda de aproximadamente 3,5 por 3 centímetros y a 5 centímetros de longitud de la misma se encuentra a derecha, una segunda cavidad de aproximadamente 2,5 por 3 centímetros de diámetro en área occipito-temporal. Al interrogar al paciente, indica que no tuvo sintomatología previa al hallazgo presente y denota como único antecedente dos meses previos a su ingreso un viaje a la provincia de Misiones, Norte de Argentina. Ante el cuadro presentado se decide internación del paciente para erradicación de las mismas. Imágenes (1 y 2).

En la fase inicial de tratamiento se decide instilar éter sobre las zonas anteriormente afectadas, obteniéndose más de 100 larvas en ambos orificios; en la extracción larvaria se observa múltiples orificios sangrantes y posterior dolor en el área intervenida, por lo cual se complementa con analgésicos tipo opiáceo en el paciente. En posteriores curaciones se extraen larvas en menores cantidades y se observa que, si bien compromete cuero cabelludo, no irrumpe en la calota ni el área cortical.

Durante su estadía por siete días en la institución de salud, tras el retiro total de las larvas y la curación con éter se realizan curaciones con solución fisiológica y láminas de parafina a fin de revitalizar el tejido afectado. El paciente egresa de la institución y es seguido para curaciones cada 48 horas con láminas de parafina por 20 días; posteriormente sería valorado para la probable intervención con colgajo de piel en el área afectada por la miasis. Imagen (3)



Fig. 1. Área occipito-temporal con larva en primera fase de extracción larvaria.

Fig. 2. Larvas extraídas posteriormente a tratamiento con éter en primeras horas de internación.



Fig. 3. Área occipito-temporal tras extracción larvaria en el segundo día de internación.

Discusión

La miasis se describe como una infección parasitaria, ocasionada por larvas de mosca del género *Diphthera*. De éstas, aquellas que ocasionan ésta pertenecen en mayoría a los generos *Sacrophaga*, *Dermatobia*, *Oestrus* y *Musca*.(2) El ciclo de desarrollo de la larva se describe como la aparición de la misma posterior a la picadura de mosca en tejidos expuestos, de allí la larva crece en los tejidos subcutáneos y de alimenta de los tejidos adyacentes hasta la aparición de una mosca.(1, 2) Se presenta

más comúnmente en el mundo occidental en áreas tropicales y subtropicales, en el continente americano se presenta en áreas de Centroamérica, América del Sur con excepción de Chile y el Norte de Argentina (3), su presentación está relacionada a condiciones en el huésped como alcoholismo, enfermedad vascular periférica (4), condiciones de insalubridad, neoplasias, lesiones supurativas, senilidad y pacientes con necesidades especiales (5). Se describe mayor predilección por el género masculino en un ratio de 5.5: 1 (4); no hay una edad de mayor prevalencia, sin embargo se menciona la presentación de la miasis en edades extremas (5).

Respecto a las publicaciones de casos de miasis en áreas corporales, se observa mayor reporte en casos cutáneos (8) y de orificios a nivel nasal (6), genital (7) e incluso en áreas maxilofaciales (4), para nuestro caso reportado no se encuentran previos datos de casos en áreas occipito-temporales en el continente ni fuera de él, siendo una entidad no reportada o probablemente subregistrada.

En el tratamiento de la miasis se ha propuesto comienzo con antisepsia, remoción larvaria y precauciones generales de cuidado y contacto. Para otros casos han sido reportada la aplicación de cloroformo y terfinadine como alternativas y dentro de las medidas no farmacológicas se han expuesto la aplicación de aceite mineral, jalea de petróleo y tocino a fin de la eliminación de las larvas. (3, 4) En casos donde hay condiciones de inmunosupresión o lesiones subyacentes en piel, se propone el tratamiento de la causa adjunta además de las medidas anteriormente mencionadas. Para el caso presen-

tado, el manejo de la miasis no dista de los tratamientos más comúnmente usados en Europa y en América Latina, sin embargo en la actualidad no se cuenta con un tratamiento estándar unificado para el abordaje inicial de esta entidad y no se encuentran publicaciones sobre este tipo de miasis en la bibliografía revisada.

Bibliografía

1. Estrada B. *Ectoparasitic infections in homeless children. Seminars in Pediatric Infectious Diseases, Vol 14, No 1 (January), 2003: pp 20-24.*
2. Varani S, Tassinari D, Elleri D. *A case of furuncular myiasis associated with systemic inflammation. Parasitol Intl 2007; 330-33.*
3. Maier H, Honigsmann H. *Furuncular myiasis caused by Dermatobia Hominis, the human Botfly. J Am Acad Dermatol 2004; 50:S26-30.*
4. Gutta R, Vega L. *Traumatic wound myiasis: An unusual finding in maxillofacial trauma. J. Oral Maxillofac Surg 2007; 65:2086-2089.*
5. Dogra SS, Mahan VK. *Oral myiasis caused by Musca Domestica larvae in a child. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra 5 (2010) 105-107.*
6. Tamarit-Conejeros JM, Cuesta Mt. *Myiasis associated with nasal basal cell carcinoma. Acta Otorrinolaringol Esp 2011; 62(1) 77-78.*
7. Saldarriaga W. *Myiasis in uterine prolapse, successful treatment. Am J Obstet. Gynecol 2011.*
8. Ting PT, Barankin B. *Cutaneous myiasis from Panama, South America: case report and review. J Cutan Med Surg 2008; 12: 133-8.*