CASO CLINICO

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA
Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología
ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Manejo de las miasis en heridas agudas y crónicas. Presentación de casos y revisión de la bibliografía

ACUTE AND CHRONIC WOUND IN MYASIS MANAGEMENT. CASES REPORT AND BIBLIOGRAPHY REVIEW

Jul - Sep 2012 | Vol. 93 N°3

Caso clínico
Rev. argent. dermatol. 2012; 93 (3): 35 - 43
Publicado en línea 2012, Septiembre / Published online September 2012 .
Manejo de las miasis en heridas agudas y crónicas. Presentación de casos y revisión de la bibliografía

Autores | Contacto

RH Mengarelli * y MV Cevallos *

*** Servicio de Cicatrización de Heridas. Hospital Municipal de Tigre. Casaretto 118 (1649). Tigre. Buenos Aires. Argentina.**

Email contacto: rhmengarelli@yahoo.com.ar

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés.

RESUMEN

Se presentan casos de heridas tratadas localmente, producidas por diferentes tipos de miasis cutáneas.

SUMMARY

Fifteen cases of wound due to cutaneous myiasis are reported. Local treatment and the subtypes of myasis are reviewed.

PALABRAS CLAVES

Miasis; Heridas; Tratamiento.

KEY WORDS

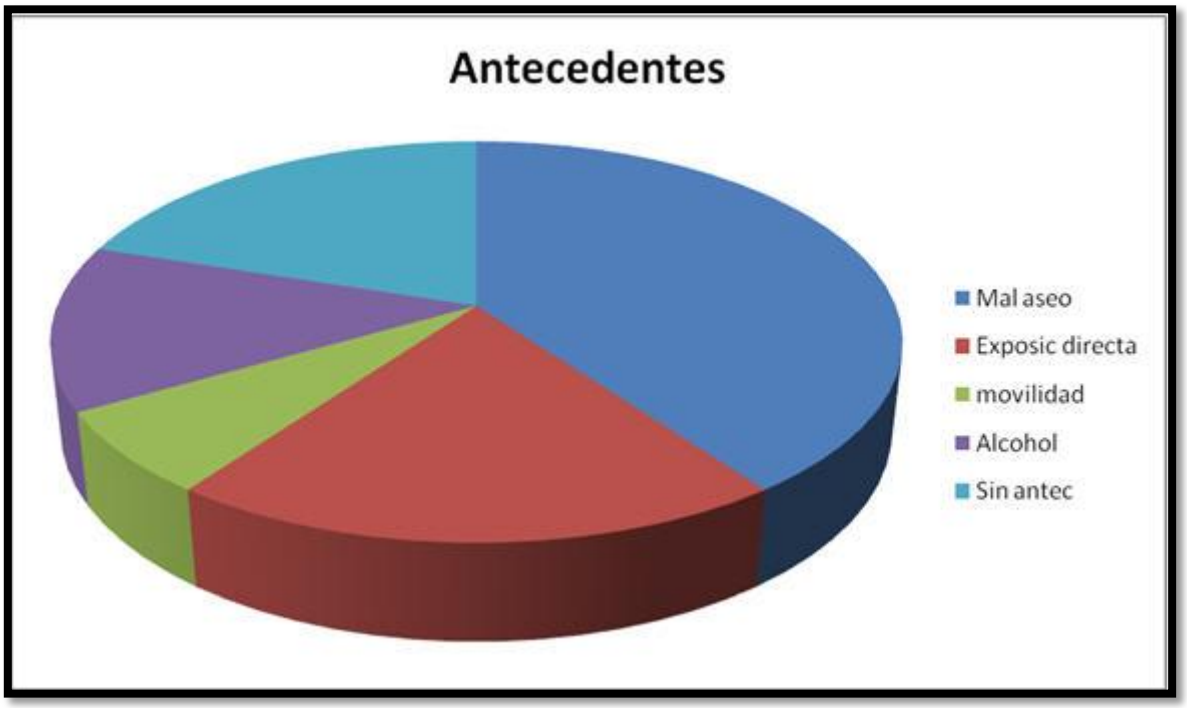
Myasis; Wounds; Treatment.

INTRODUCCIÓN

La miasis se refiere a la lesión producida por larvas de dípteros ciclorrafos, que infestan animales y seres humanos y de quienes se nutren en forma parásita de sus tejidos vivos o muertos, produciendo invasión y destrucción tisular[1]. Existen varias clasificaciones clínicas; en este trabajo se le dará relevancia a las miasis dérmicas traumáticas, denominación dada a la invasión de heridas por larvas y a las que afectan la piel, denominadas miasis cutáneas[3].

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta una serie de quince pacientes tratados en el servicio de cicatrización de heridas del Hospital Municipal de Tigre, en el período comprendido entre marzo de 2009 y julio de 2011. Los mismos se dividen en: sexo femenino (diez pacientes); sexo masculino (cinco pacientes). La edad promedio fue de 20 años, presentando la serie tres pacientes pediátricos. Se evaluaron siete miasis dérmicas traumáticas y ocho miasis cutáneas. El diagnóstico fue en todos los casos clínico-directo (por visualización de las larvas) o por sospecha (tunelización, orificio de entrada, cavidades en heridas); en dos pacientes la presentación fue mediante forunculosis. Solicitud de laboratorio: en la mayoría de los casos reportó leucocitosis y eosinofilia. Como antecedentes: seis pacientes presentaron extremado descuido del aseo personal; tres pacientes exposición directa de úlceras; un paciente con disminución de la movilidad por antecedentes neurológicos; dos pacientes por alcoholismo crónico y el resto no presentó antecedentes.



RESULTADOS

Todos los pacientes de la serie presentaron evolución favorable. Los pacientes pediátricos y un paciente adulto requirieron internación, por sobreinfección de las miasis para tratamiento antibiótico endovenoso. A cinco de los pacientes de la serie, se le administró Ivermectina vía oral en dosis de 0,2 mg por kilo de peso[6]. Se realizó tratamiento tópico con éter etílico, obturando la herida con remoción posterior de larvas y desbridamiento quirúrgico de la misma. Posteriormente, se trató la herida según el estado de la misma (se observó que casi todos los pacientes, no tuvieron necesidad de desbridamiento quirúrgico de tejido necrótico, posterior a la remoción de las larvas): cinco pacientes presentaron cierre con cura convencional, cuatro pacientes se trataron con cura avanzada con apósitos, un paciente realizó seis sesiones de oxígeno tópico, tres pacientes no cerraron su úlcera pero la mantuvieron sin complicaciones y dos pacientes abandonaron el tratamiento posteriormente a la remoción de larvas.

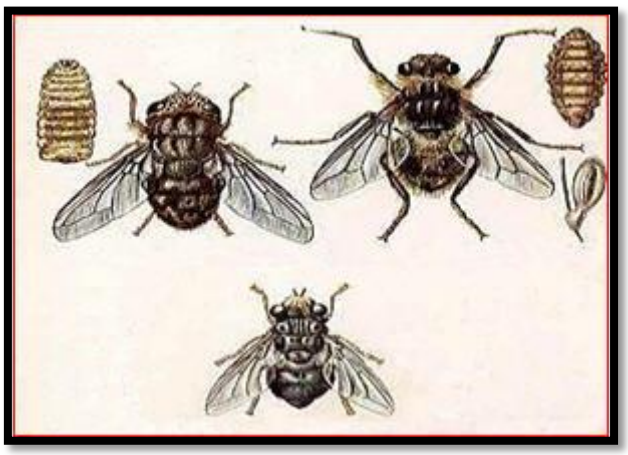
DISCUSIÓN

El término miasis fue propuesto por Hope (1840), para definir la infestación humana originada por las larvas de dípteros ciclorrafos en el hombre o animales, de quienes se nutren en forma parásita de tejidos vivos o muertos[7]. Las miasis pueden ser producidas por larvas biontófagas o necrobiontófagas.

Las primeras invaden tejidos vivos o cavidades naturales y son parásitos obligados; las segundas colonizan lesiones preexistentes y son parásitos accidentales.

El orden de los dípteros y el suborden de los ciclorrafos agrupan a estas moscas y es el grupo de los estridos, el que por sus características provoca las miasis cutáneas. Estas características relacionan la reducida longevidad de los adultos, que contrasta con el dilatado período vital de las larvas, para completar su evolución en el hospedero que de forma obligada las albergan.

Dentro de este grupo tenemos las moscas siguientes: *Dermatobia cyaniventris, Lucilia macellaria, Hypoderma bovis* y *Cochliomya homonivora*[8].



Los tipos de miasis según el hábito parásito de la mosca se dividen en: específicas (moscas que solo parasitan seres vivos, son miasis obligadas); semiespecíficas (se alimentan de materia orgánica en descomposición y ponen sus huevos o larvas ocasionalmente en heridas y úlceras cutáneas) y accidentales (transportadas a un huésped con condiciones para su desarrollo o ingeridas por éste por los alimentos)[8].

FORMAS CLÍNICAS

- Miasis cavitarias: el ataque de larvas tiene lugar, preferentemente, en la extremidad cefálica (senos paranasales, conducto auditivo externo).
Dotadas de gran voracidad, las larvas destruyen cartílagos y huesos, ocasionando procesos mutilantes y complicaciones serias e incluso mortales, de acuerdo con la región afectada.
A la perforación de los huesos del cráneo puede seguir la invasión del tejido meníngeo y encefálico, causando meningoencefalitis y hemorragias.

- Miasis cutáneas: con tres formas clínicas:

- Forma forunculoide: se presentan en la piel lesiones con franco aspecto forunculoso que contiene la larva en su interior, saliendo esta en dos o tres semanas al exterior.
- Forma lineal rampante: la larva al emigrar bajo la piel va dibujando los más caprichosos trazos (larva migrans).
- Forma subcutánea con tumores ambulatorios: se forman tumefacciones profundas y dolorosas que a los pocos días se atenúan y desaparecen, pero que luego pueden aparecer a poca distancia. Este proceso se repite unas diez semanas hasta que la última tumoración se ulcera dejando salir la larva.

Los factores de riesgo son exposición de úlceras y hemorroides, infecciones bacterianas de heridas y cavidades, extremo descuido del aseo personal, tareas relacionadas con los animales de campo, el hábito de dormir a la intemperie, ingesta de alimentos contaminados. Otros factores de riesgo son la presencia de lesiones, producidas como consecuencia del rascado en pacientes con pediculosis[1].
Respecto de la clínica, el paciente experimenta prurito, luego dolor local y sensación de movimiento de la larva. Puede presentar adenopatías y síntomas sistémicos tales como: letargo, ataque al estado general, insomnio y fiebre[4,6]. La penetración de la larva no produce molestias. Los lugares preferidos en los humanos son el tronco, muslos, nalga y espalda. Las complicaciones más frecuentes son derivadas de la sobreinfección de las lesiones, debido al rascado y a la manipulación sin condiciones de asepsia. Habitualmente se trata de infecciones auto limitadas, con mínima morbilidad. Para llegar al diagnóstico de certeza, se debe hallar la larva e identificarla, pero la historia clínica y los antecedentes epidemiológicos, son necesarios para completar la historia de miasis de un enfermo[1].
Con el fin de recomendar un adecuado método de manejo y tratamiento de la miasis en humanos, tomar en cuenta el tipo, la localización y las condiciones actuales de las lesiones, cuánto tiempo ha estado presente la lesión, si la herida además se ha infectado y el estado general de salud del

paciente.
El tratamiento de una miasis avanzada es relativamente simple, aún sin conocer la especie del parásito.
Las larvas deben ser inmovilizadas con un tratamiento, a base de sustancias tales como cloroformo o éter y luego ser retiradas de la herida[2,4,5]. Deberá tenerse cuidado para evitar la ruptura de las larvas durante el proceso de remoción.
Dependiendo del tamaño de la herida y de su localización, deberá entonces tratarse sintomáticamente para evitar una infección bacteriana y favorecer la cicatrización.

Fig 1: miasis en paciente con pediculosis

Fig 2: miasis penetrante en cuero cabelludo

Figs 3,4,5 y 6: miasis en paciente con úlcera venosa, extracción de larvas y curación con apósitos.

Fig 7: tunelización de larvas en úlcera

Fig 8: curación con oxígeno tópico posterior a la eliminación de larvas.

Figs 9 y 10: estados larvales de distintos tipos de miasis.

CONCLUSIONES

Es importante el conocimiento de esta patología, a fin de poder identificarla rápidamente e instaurar el tratamiento necesario, ya que generalmente es un cuadro auto limitado y cura sin dejar secuelas importantes. Debe recalcarse que la sospecha es fundamental en el tratamiento de las heridas crónicas, a fin de no prolongar indebidamente el tratamiento, ahorrando recursos y tiempo.

REFERENCIAS

1. Carrasco I. Miasis: un problema de salud poco estudiado. Revista Enfermedades Infecciosas en Pediatría 22 (88).

2. González C y Salamanca J. Miasis cavitaria. Reporte de un caso. Rev Med 2008; 16 (1): 95-98.

3. Gudelia B y Brizuela T. Miasis forunculosa por dermatobia hominis. Medisan 2003; 7 (2): 124-128.

4. Manrique A y Catacora A. Miasis cutánea: reporte de un caso y revisión de la literatura. Folia dermatológica Peruana 2009; 20 (1): 23-26

5. Pereda O y Quijano E. Miasis cutánea migratoria. Reporte de un caso. Dermatología Peruana 2009; 19 (1): 62-66.

6. Ramírez A y Rodríguez A. Ivermectina en el tratamiento de las miasis humanas. Revista Clínica 2003; 7 (1): 63-65.

7. Soler C. El estudio de las miasis en España durante los últimos cien años. Ars Pharmacéutica 2000; 41 (1): 19-26.

8. Torruela J. Miasis cutáneas. Piel 2002; 17 (7): 300-309.