

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“ARNALDO MILIÁN CASTRO”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**INFORME DE CASO**

**MIIASIS NASAL Y VASCULITIS SISTÉMICA**

Por:

Dra. Mayté Treto Fernández<sup>1</sup>, Dra. María Elena Castillo Corzo<sup>2</sup> y Dr. Rosbel Alemán Rosquete<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de segundo año en Otorrinolaringología. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC. e-mail: [mayteorl@yahoo.com.mx](mailto:mayteorl@yahoo.com.mx)
2. Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Profesora Auxiliar. ISCM-VC. e-mail: [mariaelena1609@yahoo.es](mailto:mariaelena1609@yahoo.es)
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer año en Otorrinolaringología. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. e-mail: [mirelys@capiro.vcl.sld.cu](mailto:mirelys@capiro.vcl.sld.cu)

***Descriptorios DeCS:***

MIIASIS  
VASCULITIS

***Subject headings:***

MYIASIS  
VASCULITIS

El término miiasis fue propuesto por Hope para definir la infestación humana originada por larvas de dípteros; Zumpt lo define como la infestación de vertebrados y humanos con larvas de dípteros de distintas especies, las cuales, por un cierto período de tiempo, se alimentan de tejidos vivos y muertos del hospedero, líquidos corporales o alimentos ingeridos<sup>1,2</sup>. Algunos autores afirman que esta enfermedad es rara en personas sanas y que en la mayoría de los casos aparece en pacientes con afecciones predisponentes. Ciertos estudios han indicado que en la esfera maxilofacial un 81 % ocurre en la nariz, el 11 % en los oídos y solo el 1% en la cara<sup>3</sup>. Se considera que la boca y otras localizaciones son lugares inusuales, y en algunos casos la migración hacia órganos internos (incluso el cerebro) puede ser discapacitante u ocasionar la muerte<sup>4,5</sup>.

**Presentación del paciente**

Paciente masculino de 77 años de edad, alcohólico, con antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva. En 1991 sufre una hemorragia subaracnoidea, sin secuelas, además de una Insuficiencia suprarrenal para la cual llevó tratamiento prolongado con esteroides. Es traído al centro por epistaxis intermitente de dos días de evolución e intranquilidad. Al examen físico, encontramos edema facial en los párpados y hemicaras, con aumento de volumen en la pirámide nasal, y úlceras sépticas en miembros inferiores (Fig 1).



Fig 1 Úlceras sépticas en miembros superiores e inferiores

En la rinoscopia anterior, se observa sangre en ambas fosas nasales, salida de secreciones mucopurulentas fétidas, con pequeñas larvas de color amarillo de aproximadamente 4 mm (Fig 2).



Fig 2 Presencia de larvas en ambas fosas nasales.

Se procede a limpiar las fosas nasales y se indica tratamiento con antibióticos. El 15 de mayo se realizan los siguientes complementarios: Hemograma: Hb 104 g/l, Leucograma: conteo global  $12 \times 10^9$ ; polimorfonucleares: 075; linfocitos: 020; eosinófilos: 005; eritrosedimentación: 55 mm/h; TGP: 1,0 UI; glicemia 4,5 mmol/l; creatinina: 116 mmol/l; radiografía de senos paranasales: opacidad del seno maxilar izquierdo y tomografía axial computadorizada (TAC) de senos paranasales, que informa engrosamiento mucoso del seno maxilar izquierdo, celdas etmoidales y seno frontal. Es llevado al quirófano para extraer las larvas y explorar los senos paranasales mediante la técnica de Cadwell-Luc (Fig 3). Durante el acto quirúrgico, se extraen las larvas y se comprueba necrosis del septum nasal, se toma una muestra para la biopsia, cuyo resultado informa: sinusitis maxilar necrotizante.



Fig 3 Presencia de larvas en el seno maxilar.

Las lesiones ulcerosas que describimos anteriormente en los miembros inferiores empeoraron hacia la necrosis, y aparece un cuadro vasculítico con úlceras diseminadas en los cuatro miembros con flictenas en la piel; las uñas tomaron un color oscuro (Fig 4).



Fig 4 Se observan edema y necrosis en tercio inferior de ambas piernas y falanges distales

Es valorado en conjunto por los especialistas de Medicina Interna, Angiología y Otorrinolaringología el 18 de mayo; se le indica tratamiento para la vasculitis con ciclofosfamida, zofrán, furosemida y se sustituye la penicilina por la cefazolina; se realiza la biopsia de las lesiones de la piel, en la cual se informa una vasculitis diseminada. El paciente evoluciona satisfactoriamente, es trasladado después de una semana para el servicio de Angiología y egresa al término de 24 días.

#### Comentario

Aun cuando los informes nacionales son escasos, es importante tener presente los aspectos clínico-epidemiológicos. La enfermedad se produce con mayor frecuencia en las zonas rurales<sup>6</sup>, como sucede en este caso. Pueden aparecer complicaciones en el curso de la enfermedad, como reacción sistémica ante la sepsis. En el paciente que presentamos aparece una vasculitis sistémica que entorpece su evolución, la cual es tratada oportunamente. A todo paciente deben realizársele estudios paraclínicos: hematología completa, estudio de imágenes, radiografía, tomografía, resonancia magnética o ambas; en algunos casos, estudios microbiológicos y anatomopatológicos<sup>7</sup>. La mejor forma de prevenir la miiasis es erradicar las moscas responsables de la enfermedad.

#### **Referencias bibliográficas**

1. Hopkins R. Re: oral myiasis. Br J Oral Maxillofac Surg. 2003 Dec;41(6):422.
2. Hope FW. On insects and their larvae occasionally found in human body. Royal Entomol Soc Trans. 1840;2:236-71.
3. Baliga MJ, Davis P, Rai P, Rajasekhar V. Orbital myiasis: a case report. Int J Oral Maxillofac Surg. 2001 Feb;30(1):83-4.
4. Costa DC, Pierre-Filho Pde T, Medina FM, Mota RG, Carrera CR. Use of oral ivermectin in a patient with destructive rhino-orbital myiasis. Eye. 2005 Sep;9(9):1018-20.
5. Gomez RS, Perdigao PF, Pimenta FJ, Rios Leite AC, Tanos de Lacerda JC, Custodio Neto AL. Oral myiasis by screwworm *cochliomyia hominivorax*. Br J Oral Maxillofac Surg. 2003 Apr;41(2):115-6.
6. Botera D, Restrepo M. Parasitosis humanas. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2003.
7. Gursel M, Aldemir OS, Ozgur Z, Ataoglu T. A rare case of gingival myiasis caused by diptera (*Calliphoridae*). J Clin Periodontol. 2002 Aug;29(8):777-80.