

Miasis cutáneas sobre lesiones tumorales: presentación de tres casos

Cristina Rubio^a, Concepción Ladrón de Guevara^b, María A. Martín^a, Lucía Campos^a, Alicia Quesada^a y Mariano Casado^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

^bServicio de Microbiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Resumen.—Comunicamos 3 casos de miasis en pacientes con lesiones tumorales. El primer paciente, de 54 años, presentaba un carcinoma laríngeo con gran afectación local que formaba una gran masa tumoral en la cara anterior del cuello, previamente irradiada, donde se visualizaron varias larvas móviles. Las 2 pacientes restantes, de 101 y 87 años, respectivamente, presentaban tumores cutáneos en cuero cabelludo y cara, y en ellos se objetivaron numerosas larvas móviles. El examen microbiológico de las larvas extraídas identificó en el primer caso la especie *Chrysomyia* y en los otros dos la especie *Sarcophaga*.

Se han descrito una serie de factores de riesgo de adquirir una miasis, como edad avanzada, higiene deficiente, diabetes mellitus, insuficiencia venosa, etc. Estos cuadros son autolimitados, pero en la mayoría de los casos es necesario realizar tratamiento, que consiste en la limpieza y eliminación mecánica de las larvas visibles, asociado o no a métodos de oclusión.

Palabras clave: miasis, dípteros.

CUTANEOUS MYIASIS OVER TUMOR-LESIONS: PRESENTATION OF THREE CASES

Abstract.—We report three cases of myiasis in patients with tumor-lesions. The first patient, a 54-year-old male, presented with laryngeal carcinoma with extensive local involvement, forming a large tumorous mass on the front of the neck that had been irradiated, where several active larvae were seen. The other two patients, females aged 101 and 87 years, respectively, presented with skin tumors on the scalp and face, and several active larvae could be seen in these tumors. After microbiological examination of the larvae removed, the species in the first case was identified as *Chrysomyia*, while the species in the other two cases was *Sarcophaga*. Several risk factors for developing myiasis have been described, such as advanced age, poor hygiene, diabetes mellitus, venous insufficiency, etc. These manifestations are self-limited, but in most cases treatment is necessary. This consists of cleaning and mechanical removal of visible larvae, with or without occlusion methods.

Key words: myiasis, diptera.

INTRODUCCIÓN

Las miasis cutáneas son enfermedades producidas en el hombre por la endoparasitación o ectoparasitación por larvas de dípteros, propias de países tropicales y subtropicales, donde se producen a lo largo de todo el año.

En nuestro medio son trastornos infrecuentes y exóticos que ocurren en su mayor parte en los meses estivales, cálidos. En muchos casos se trata de enfermedades importadas, adquiridas en países tropicales. Las miasis de heridas cutáneas aparecen fundamentalmente en pacientes con factores de riesgo, como edad avanzada, clase social baja, falta de higiene, vagabundismo, alcoholismo, enfermedad vascular periférica o diabetes mellitus^{1,2}.

Correspondencia:

Cristina Rubio. Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario La Paz.
Pº de la Castellana, 261. 28046 Madrid. España.
crisrubio1977@hotmail.com

Recibido el 10 de enero de 2005.

Aceptado el 23 de febrero de 2005.

Presentamos 3 casos de miasis sobre lesiones tumorales cutáneas, en pacientes con factores predisponentes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El primer paciente se trataba de un varón de 54 años, con antecedentes personales de carcinoma de laringe supraglótico de 2 años de evolución, irrecusable debido a su gran tamaño, ya que ocupaba toda la cara anterior del cuello. Previamente había recibido radioterapia. Acudió al Servicio de Urgencias en el mes de junio de 2004, por la observación de «gusanos» en la lesión tumoral, muchos de los cuales habían sido extraídos por su cuidadora.

A la exploración, se objetivaba una gran masa tumoral en la cara anterior del cuello, con múltiples zonas ulceradas, nodulares, papilomatosas y criptas (fig. 1). De la profundidad de estas zonas necróticas se extrajo una larva móvil (fig. 2).

El segundo caso se trata de una mujer de 101 años, con antecedentes de múltiples epitelomas basocelulares y carcinomas epidermoides cutáneos, que acudió



Fig. 1.—Masa tumoral en la cara anterior del cuello.



Fig. 2.—Larva móvil.



Fig. 3.—Lesión tumoral ulcerada de varios años de evolución, localizada en el cuero cabelludo.

a Urgencias unos días después que el primer paciente, al haber observado sus familiares múltiples «gusanos» sobre una lesión tumoral ulcerada de varios años de evolución, localizada en el cuero cabelludo, de apro-

ximadamente 3 cm de diámetro, que correspondía a un carcinoma epidermoide (fig. 3). Se extrajeron 72 larvas móviles.

El tercer caso se trataba de una mujer de 87 años, con Parkinson y deterioro cognitivo grave, que presentaba un carcinoma basocelular ulcerado de 4 × 3 cm en región preauricular derecha, de 2 años de evolución, sobre el que sus cuidadores también observaron «gusanos», por lo que acudió a Urgencias en julio de 2004. Se extrajeron 11 larvas móviles.

En los 3 casos se realizó limpieza con antisépticos y oclusión con vaselina pura no perfumada, con resolución completa del cuadro.

La identificación de las especies de larvas implicadas fue llevada a cabo por el Servicio de Microbiología del Hospital La Paz, mediante la comparación de cortes de las larvas extraídas fijadas en alcohol con imágenes de atlas de dípteros. Este examen identificó las larvas como pertenecientes al género *Chrysomyia* en el primer caso (fig. 4) y *Sarcophaga* en los dos últimos (fig. 5).

DISCUSIÓN

Las miasis son enfermedades producidas en el hombre por la parasitación de larvas de dípteros. Según el cuadro clínico que producen, se denomina miasis de heridas o cavidades (cutánea, anal, intestinal, nasal, ocular, ótica, urinaria, vaginal, etc.), miasis foruncular o miasis serpiginosa (*Larva migrans*).

En nuestro medio las miasis cutáneas son infrecuentes aunque, dada la benignidad del cuadro, es posible que exista infradeclaración de casos diagnosticados. Se producen con más frecuencia en los meses de verano y se asocian a factores de riesgo, tales como edad avanzada, clase social baja, falta de higiene, vagabundismo, alcoholismo, enfermedad vascular periférica o diabetes mellitus²⁻⁶. Los pacientes descritos presentaban lesiones tumorales cutáneas, las cuales son un buen sustrato para el desarrollo de una miasis. Se han comunicado varios casos en la literatura médica, algunos de ellos con tratamiento radioterápico previo^{1,5,6}. Otros factores de riesgo presentes fueron la falta de medidas higiénicas adecuadas y la edad avanzada de las dos últimas pacientes.

Estas enfermedades se caracterizan por la presencia de larvas enterradas o visibles en la superficie de una herida que supura o tejido necrótico. Habitualmente tienen mínima morbilidad y son autolimitadas, aunque requieren tratamiento debido a los efectos psicológicos importantes que producen². De manera excepcional producen cuadros de mayor gravedad, por extensión a través de las cavidades nasales a los senos paranasales, meninges e incluso encéfalo².

Se implican muchas especies de dípteros en este tipo de cuadros. Las hembras adultas depositan huevos o larvas sobre la piel humana o fomites, que pue-



Fig. 4.—Larva *Chrysomya*.



Fig. 4.—Larva *Sarcophaga*.

den permanecer vivas hasta 15 días sin alimento. Sobre la piel se alimentan del huésped y prosiguen su ciclo vital, transformándose en moscas adultas en un periodo de 1 a 12 semanas.

El género *Chrysomya*, aislado en el primer paciente, forma parte del grupo de las moscas azules. Son originarias de África, Asia, América y Australia. Se caracterizan por realizar puestas muy numerosas (150-1.000 huevos) en cadáveres y en orificios naturales de seres vivos, que en 12-21 h se transforman en larvas muy voraces, que se han llamado gusano tornillo. En 5-7 días caen al suelo y prosiguen su ciclo vital, para transformarse en pupa o crisálida. Las larvas de este género pueden producir miasis graves, por perforación de tejidos blandos, cartílago o hueso. Las publicaciones de miasis de heridas causada por *Chrysomya* son escasas y pertenecen a zonas como el Sudeste asiático, Oriente Medio o África^{7,8}. No hemos encontrado en la literatura especializada ningún caso en Europa.

El género *Sarcophaga*, aislado en las pacientes restantes, pertenece a la familia *Sarcophagidae* (mosca de la carne) y es de distribución mundial. Las hembras son larvíparas: depositan decenas de larvas recién nacidas sobre la piel, que son poco destructoras de tejidos. En 8/10 días caen al suelo y se transforman en pupa o crisálida. Tampoco son frecuentes las comunicaciones de casos de miasis por *Sarcophaga* aunque se han descrito varios casos en Europa y, concretamente, en nuestro país³⁻⁷.

El tratamiento se basa en el lavado con antisépticos y eliminación de las larvas. En ocasiones se requiere desbridamiento o extracción quirúrgica completa². Es recomendable enviar un ejemplar al

Servicio de Microbiología en frasco seco para su identificación. El resto de las larvas se sacrifican en agua caliente (100 °C). Puede complementarse el tratamiento con métodos oclusivos, en prevención de la existencia de larvas enterradas, dada la naturaleza aerobia de éstas. Se utilizan diversos materiales, como vaselina, parafina, cera, aceite pesado, esmalte de uñas, tocino, etc.². Se ha propuesto la inyección de lidocaína en la base de la lesión para favorecer la salida a la superficie de posibles larvas enterradas². La ivermectina oral es una alternativa que no suele ser necesaria.

Es importante la prevención en zonas o pacientes de riesgo con higiene adecuada, evitando ropas húmedas y zonas arenosas y utilizando repelentes de insectos.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Joo CJ, Kim JB. Nosocomial submandibular infections with dipterous fly larvae. *Korean J Parasitol*. 2001;39:255-60.
2. Meinking TL, Burkhart CN, Burkhart CG. Changing paradigms in parasitic infections: common dermatological helminthic infections and cutaneous myiasis. *Clin Dermatol*. 2003;21:407-16.
3. Villa-Real Berruelo R, Fernández Valdearena R, Urdiales Viezma M. Native myiasis: report of two cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1990;8:508-10.

4. Cilla G, Pico F, Peris A, Idígoras P, Urbieta M, Perez Trallero E. Human genital myiasis due to *Sarcophaga*. *Rev Clin Esp*. 1992;190:189-90.
5. Merino FJ, Campos A, Nebreda T, Cánovas C, Cuezva F. Cutaneous myiasis by *Sarcophaga* sp. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2000;18:19-21.
6. Valero Aleixandre MA, Vilar Sanchís D, Galan-Puchades MT, Fuentes i Ferrer MV. Human myiasis caused by *Sarcophaga* sp. (Diptera) in a post-irradiation ulcerative lesion alter treatment for an axillary epidermoid carcinoma. *Rev Clin Esp*. 2000;200:641-2.
7. Jeremías X. Miasis cutáneas. *Piel*. 2002;17:300-9.
8. Ramalingam S, Nurulhuda A, Bee LH. Urogenital myiasis caused by *Chrysomya bezziana* (Diptera: *Calliphoridae*) in peninsular Malaysia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 1980;11:405-7.