

Miasis oral en un paciente con parálisis cerebral: Reporte de un caso*

Oral myiasis in a patient with cerebral palsy: A case report*

Hernán Arango Fernández ¹

Martha Rebolledo Cobos ²

Marisol Sánchez Molina ³

Pablo Roa Rojas ⁴

Pedro Méndez Malagón ⁵

* Artículo de reporte de caso realizado por los autores en la Universidad Metropolitana de Barranquilla

1 Cirujano Oral y Maxilofacial. Docente asistente en el área de Cirugía Oral, Universidad Metropolitana de Barranquilla, Coordinador del Área de Cirugía oral y maxilofacial, Hospital Metropolitano de Barranquilla: drharango@hotmail.com

2 Cirujana Oral y Estomatóloga, Maestrante en Genética Molecular. Docente asistente tiempo completo, Investigadora en patología oral, cirugía oral y semiología oral. Director de grupo GIOUMEB, Universidad Metropolitana de Barranquilla: mrebolledo@unimetro.edu.co malereco18@gmail.com, malereco18@hotmail.com teléfono: 3013847044. Dirección de correspondencia física: Calle 76 No 42-78, Universidad Metropolitana, piso 3, oficina de investigaciones programa de Odontología – Barranquilla Colombia – Sur América.

3 Odontóloga. Maestrante en Microbiología, Universidad Metropolitana de Barranquilla, Docente asistente en investigación formativa Universidad Metropolitana: msanchez@unimetro.edu.co

4 Odontólogo. Estudiante de especialización en Cirugía Oral y Maxilofacial, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá Cundinamarca. Residente de Cirugía oral y Maxilofacial Hospital Metropolitano de Barranquilla: p.roa@javeriana.edu.co

5 Odontólogo. Estudiante de especialización en Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad El Bosque. Residente de Cirugía oral y Maxilofacial Hospital Metropolitano de Barranquilla: docfelipemendez@gmail.com

RESUMEN

La Miasis Oral es una infección parasitaria ocasionada por larvas de mosca que pueden afectar tejido vivo o necrótico, etiológicamente se asocia a deficiente higiene oral, lesiones supurativas, alcoholismo, pacientes seniles, parálisis cerebral, entre otras condiciones que predisponen al depósito de estas larvas. El presente caso evidencia una paciente femenina de 22 años de edad con diagnóstico de parálisis cerebral y desnutrición severa, la cual es llevada por acudiente presentando tumefacción ulceronecrosante en paladar duro y presencia de larvas vivas móviles en el interior de la afección, fue manejada farmacológicamente con Ivermectina vía oral y Clindamicina vía endovenosa por siete días, con posterior lavado y debridamiento de la lesión bajo anestesia general, con revolución satisfactoria del cuadro y sin complicaciones.

PALABRAS CLAVE:

Miasis oral; parálisis cerebral; parásitos; infección; cirugía.

ABSTRACT

Oral myiasis is a parasitic infection caused by fly larvae that can affect living or necrotic tissue, etiologically associated with poor oral hygiene, suppurating lesions, alcoholism, senile patients, cerebral palsy, among other conditions predisposing to deposit these larvae. This case shows a female patient of 22 years of age diagnosed with cerebral palsy and severe malnutrition, which is carried by guardian presenting ulceronecrotizing swelling on the hard palate and presence of mobile live larvae inside the condition, was handled pharmacologically with Ivermectin oral and intravenous clindamycin for seven days, with subsequent washing and debridement of the lesion under general anesthesia, with satisfactory picture revolution without complications.

KEYWORDS:

Oral myiasis; cerebral palsy; parasites; infection; surgery.

Citación sugerida

Arango-Fernández H, Rebolledo-Cobos M, Sánchez-Molina M, et al. Miasis oral en un paciente con parálisis cerebral: Reporte de un caso. *Acta Odontol Col* [en línea] 2016; 6(2): 61-68 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>.

Recibido	31 de julio de 2016
Aprobado	20 de septiembre de 2016
Publicado	31 de diciembre de 2016

INTRODUCCIÓN

La infestación por parte de larvas en tejido vivo o necrótico es conocido con el nombre de Miasis, palabra que tiene origen griego "myia" que significa mosca, aunque este tipo de lesiones es común observarlas en regiones tropicales o en climas húmedos, se puede presentar en cualquier región, afecta principalmente animales de pastoreo y en ocasiones humanos, los primeros reportes fueron descritos en 1840 por Hope y el primer reporte en cavidad oral fue realizado por Laurence en 1909 denominándola Miasis Oral (MO) (1-4). Los individuos que conviven con animales, y en estos climas, presentan factores de riesgo como: tejidos necróticos, úlceras tróficas o por presión, pie diabético o alguna enfermedad vascular periférica, los cuales se consideran como candidatos a presentar esta condición infecciosa, pues presentan un sustrato ideal para el crecimiento de larvas (5-7)

Según el grado de dependencia de las larvas se puede clasificar en:

1. Miasis Obligatoria, en donde las larvas necesitan del huésped para poder completar su ciclo.
2. Miasis Facultativa, en donde casualmente las larvas invaden a un huésped, pero no es necesario este para completar su ciclo (8).

Los sitios anatómicos más comunes para la aparición de miasis son; la nariz, los ojos, los pulmones, el oído, el ano, la vagina y muy raramente, la cavidad oral (6-7). También se puede clasificar según el tejido que afecta sea tejido vivo o tejido necrótico y dependiendo el sitio donde se ubican las larvas (8-13). Otras condiciones que facilitan la infestación para el desarrollo de MO son: mantener la boca abierta de forma persistente, junto con la falta de higiene, lesiones supurativas, halitosis severa y el trauma facial (14-16). Se ha reportado casos de MO en pacientes con epilepsia que mantienen los labios lacerados o traumatizados posterior a las convulsiones, labios incompetentes y hábitos de chuparse el dedo, la enfermedad periodontal avanzada también se consideran factores de riesgo, igualmente diversos autores reportan la presencia de MO en los sitios de extracción de órganos dentales, carcinomas orales, paciente con tétano, el alcoholismo, la senilidad, así como otros autores reportan que la infestación puede afectar a órganos o tejidos que son accesibles para la puesta de huevos y el desarrollo de las larvas debido a que se alimentan de los tejidos y fluidos corporales o sitios de necrosis proporcionando un sustrato ideal (17-20).

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 22 años de edad remitida por medicina interna del Hospital Metropolitano de Barranquilla – Colombia al servicio de cirugía oral, maxilofacial y estomatología, con diagnósticos de: 1. Parálisis Cerebral, 2. Desnutrición Severa y 3. MO (fig.1 y 2). Acude en compañía de su madre con lesión tumoral persistente en región palatina anterior con larvas móviles y evidentes en su interior, de 3 días de evolución. Al examen físico general se evidencia, sin ubicación en las 5 esferas, en regular estado general, afebril al tacto, tipo de cara mesoprosopo, relación esquelética clase II por prognatismo maxilar y retrognatismo mandibular, mordida abierta anterior, respiradora oral, sin competencia labial, enfermedad periodontal activa, con periodontitis crónica y finalmente, lesión tumoral en paladar, de difícil identificación de síntomas, lacerado, de 15 x 20 mm de diámetro, con bordes irregulares, exofítica.

En tomografía computarizada se evidencia la presencia de lesión radiolúcida difusa evidenciando múltiples larvas en región palatina, que se extiende a dos terceras partes de la superficie palatina, seno maxilar izquierdo totalmente ocupado con imagen hiperdensa sugestiva de un proceso infeccioso activo, con presencia de secreción y larvas en su interior. Se inicia manejo con Ivermectina 6mg/mL VO. 15 gotas, Clindamicina IV. 400mg cada 8 horas por 10 días (fig. 3 y 4). En el día 5 de manejo antibiótico se realiza bajo anestesia general previo a la firma de un consentimiento informado por parte de la madre (y autorización de la publicación), retiro de 7 larvas con debridamiento palatino y abordaje de Caldwell-Luc de seno maxilar izquierdo, con lavado profuso de solución salina 0,9% y peróxido de hidrogeno al 5%. Controles posoperatorios con evolución favorable, se enfatizó en los factores predisponentes y de riesgo asociados particulares de la paciente, actualmente en seguimiento por consulta externa con nutrición, estomatología, medicina interna, odontopediatría y periodoncia (fig. 5).

Figura 1. Imagen clínica extra oral de la paciente



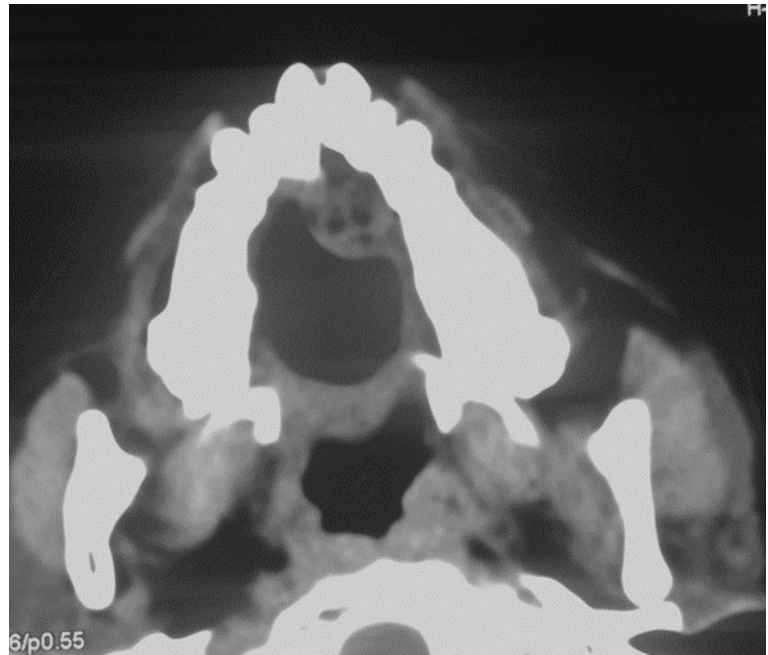
Fuente: propia de los autores.

Figura 2. Imagen clínica intra oral donde evidencia lesión tumoral en paladar.



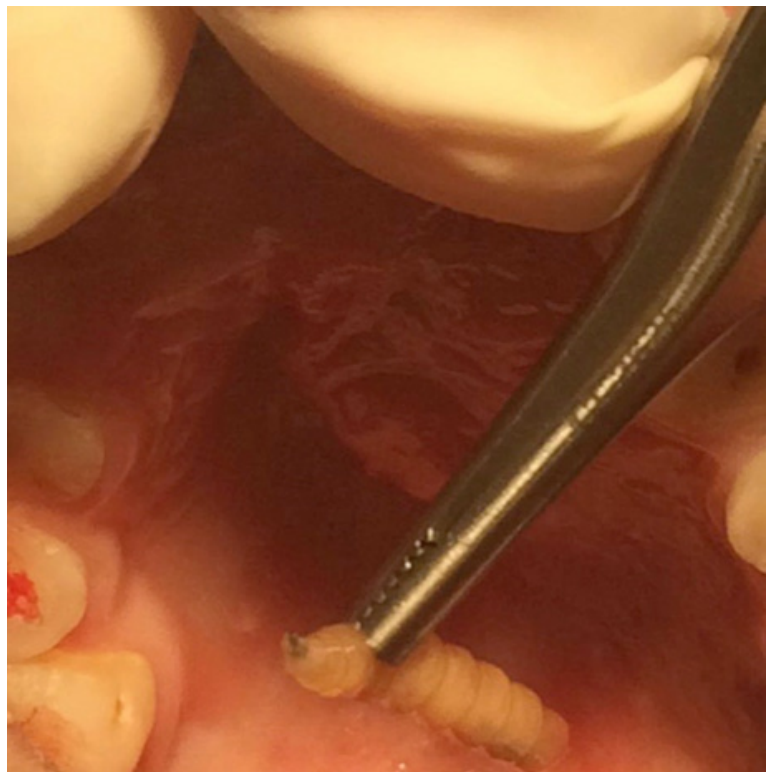
Fuente: propia de los autores.

Figura 3. Tomografía computarizada, corte axial del paladar que evidencia la lesión en paladar duro y seno maxilar izquierdo.



Fuente: propia de los autores.

Figura 4. Imagen clínica intra oral que muestra la extirpación de las larvas.



Fuente: propia de los autores.

Figura 5. Imagen macroscópica de larvas por Miasis luego de la extirpación.



Fuente: propia de los autores.

DISCUSIÓN

La infección por Miasis puede tener un tropismo a nivel dérmico, subdérmico y cavidades naturales, como en este caso donde se vio implicada la cavidad bucal, además se reporta MO en tracto gastrointestinal o de forma generalizada (14). En cuanto la relación con el huésped puede darse por un parasitismo obligado como igualmente lo presenta este caso (15-17). Existen más reportes donde las condiciones climáticas son propicias para el desarrollo de la larva, cuando infesta a humanos, suele ser accidental o por inoculación directa de la mosca sobre una herida expuesta al medio ambiente (1-9) o igualmente donde existen condiciones que facilitan la inoculación de la larva entre ellas están: pobre higiene oral, negligencia en el cuidado de pacientes con necesidades especiales, ambientes extremos o viajes a sitios endémicos(12-18) estos planteamientos concuerdan con el presente caso donde es complejo el mantenimiento de la higiene oral debido a la situación neurológica del paciente, adicionándole la imposibilidad de autocuidado.

Posterior a la inoculación de los huevos las manifestaciones clínicas son inespecíficas como dolor, irritación local, sensación de movimientos, fiebre, mialgia, artralgia, acompañado en paraclínicos con una eosinofilia y aumento de la velocidad de sedimentación globular (1,12-19) semejante con el presente caso donde la sintomatología era difícil de identificar por los cuidadores de la paciente. A nivel imagenológico la ecografía resulta ser un examen ideal confirmatorio de la presencia de larvas, en el presente caso se utilizó ayuda correspondiente a tomografía computarizada (18, 20-25).

Autores como Saravana (19) et al, manifiestan que las larvas que infectan usualmente con clasificadas *Cochliomyia hominivorax* de la familia *Calliphoridae*, comúnmente encontrada en el continente americano en áreas tropicales, puede llegar a producir 2800 huevos, en el presente caso solo se extrajeron 7 larvas (1,4,7,9,15,19). Bhatt. A. et al, menciona que el desbridamiento bajo anestesia local suele ser el tratamiento más común y eficaz, donde se debe evitar la laceración de la larva porque produce una respuesta inflamatoria, infección bacteriana o formación de granulomas. El uso de antibiótico sistémico está indicado cuando se sospecha de una infección bacteriana secundaria a la miasis (20-23). En el presente caso se realizó el procedimiento bajo anestesia general, puesto que las condiciones inherentes al paciente no permitían que fuera de forma local y ambulatorio.

CONCLUSIÓN

La MO es una afección inusual, lo que dificulta la definición de su tratamiento, pues es complejo evidenciar un protocolo establecido para esta condición. Con base en la revisión realizada, se manejó con antiparasitarios teniendo el resultado favorable facilitando la remoción de las larvas quirúrgicamente, es importante mantener al paciente con antibioticoterapia para evitar sobreinfección de las heridas y eliminar factores de riesgo para pacientes en condiciones vulnerables, como lo es el retraso mental en este caso. Finalmente es evidente el buen pronóstico posterior a la intervención ya que se evitó una infestación masiva eliminando con cuidado y por completo las 7 larvas encontradas en el cuerpo de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sahrma D, Kumar S, Parashar P, *et al.* Oral gingival myiasis: A rare case report and literatura review. *Contemp Clin Dent.* 2015; 6(4): 548-551.
2. Silveira MA, Pinheiro SD, Silva VC, *et al.* Cavitary myiasis mimicking peritonsilar abscess. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015; 81(3): 336-368.
3. Antunes AA, Santos T de S, Avelar RL, *et al.* Oral and maxillofacial myiasis: a case series and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112(6): 81-85.
4. Neto CA, Monnazzi MS. Oral myiasis in a patient with neurological signs. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2016;(16): 54-57.
5. Carvalho R, Santos T, Antunes A, *et al.* Oral an Maxillofacial myiasis associated whit epidermoid carcinoma: a case report. *Journal of Oral Sicence,* 2008;50:103-105.
6. Ali FM, Patil K, Kar S, *et al.* Oral Myiasis Affecting Gingiva in a Child Patient: An Uncommon Case Report *Case Rep Dent.* 2016.
7. Hegde S, Bhaskar SA. Oral Myiasis: A Concealed Threat to Disabled Children of Developing Countries. *J Dent Child* 2015;82(2):112-115.
8. Gealh W, Ferreira G, Farah G, *et al.* Tratment of oral myiasis caused by Cichiliomyia hominivorax: Two Cases trated with ivermectin. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 47(1): 23-26.
9. Novo-Neto JP, Dos Santos FS, Pontes AE, *et al.* Oral Myiasis Caused by Cochliomyia hominivorax in a Disabled Person. *Case Rep Pathol.* 2015.
10. Ng K, Yio K, Choi C, *et al.* "A case of oral myiasis due to Crysomya Bezziana. *Hong Kong Med J.* 2003; (9): 454- 456.
11. Hakimi R, Yazdi I. Oral Mucosa Myiasis casued by Oestrus Ovis. *Arch Iraniana Med.* 2002; (5): 194-196.

12. [Yazar S, Dik B, Yaçin S, et al.](#) Nosocomial Oral Myiasis by *Sarcophaga* sp. In Turkey. *Yonsei Med J.* 2005; 46(3): 431-434.
13. [Corrêa AP, Beneti IM, Ribeiro ED, et al.](#) Myiasis in elderly involving oral and nasal cavities-diagnosis and treatment. *J Craniofac Surg.* 2015; 26(3):989-990
14. [Saravanan T, Mohan MA, Thinakaran M, et al.](#) Oral myiasis. *Indian J Palliat Care.* 2015; 21(1): 92-94.
15. [Joseph B, Vyloppilli S, Ahsan A, et al.](#) Extreme oral myiasis. *Saudi Med J.* 2014; 35(9): 1133-1135.
16. [Jimson S, Prakash CA, Balachandran C, et al.](#) Oral myiasis: case report. *Indian J Dent Res.* 2013; 24(6): 750-752.
17. [Abosdera MM, Morsy TA.](#) Oral cavity myiasis in children: first demonstration in Egypt with general review. *J Egypt Soc Parasitol.* 2013; 43(3): 737-746.
18. [Yadav S, Tyagi S, Kumar P, et al.](#) Oral myiasis involving palatal mucosa of a young female. *J Nat Sci Biol Med.* 2014; 5(1):194-197.
19. [Saravana T, Mohan M, Thinakaran M, et al.](#) Oral myiasis. *Indian J Palliat Care.* 2015; 21(1): 92-94.
20. [Biradar S, Wankhede P, Munde A, et al.](#) Extensive myiasis infestation associated with iral squamous cell carcinoma: Report of two cases. *Dent Res J (Isfahan).* 2015; 12(1): 100-105.
21. [Novo-Neto JP, dos Santos FS, Pontes AEF, et al.](#) Oral Myiasis Caused by *Cochliomyia hominivorax* in a Disabled Person. *Case Reports in Pathology.* 2015;1-3.
22. [Leylabadlo HE, Kafil HS, Aghazadeh M, et al.](#) Nosocomial oral myiasis in ICU patients: occurrence of three sequential cases. *GMS Hygiene and Infection Control.* 2015;10:Doc16.
23. [Bhatt A, Jayakrishnan A.](#) Oral myiasis: a case report. *International Journal of Pediatric Dentistry.* 2010;(10): 67-70.

