



Clínica-UNR.org

Publicación digital de la 1ª Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica y la Carrera de Posgrado de especialización en Clínica Médica  
Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario  
Rosario - Santa Fe - República Argentina

## Publicación Original

## MIASIS DE SENOS PARANASALES EN PACIENTE CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER: UNA LOCALIZACIÓN POCO COMÚN DE INFECCIÓN POR LARVAS DE DíPTERAS (DERMATOBIA HOMINIS).

FRIGIERI, N<sub>1</sub>; E<sub>1</sub>; BERTOLA, D<sub>1</sub>; GONZÁLEZ, E<sub>1</sub>; EGRI, N<sub>1</sub>; PALATNIK, S<sub>2</sub>;  
PARODI, R<sub>1</sub>; CARLSON, D<sub>1</sub>; GRECA, A<sub>1</sub>.

<sup>1</sup>Servicio de Clínica Médica. Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Santa Fe. Argentina.

<sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Santa Fe. Argentina.

**Introducción:** la infección por larvas de *Dermatobia hominis* puede tener diferentes localizaciones, siendo la más frecuente la afectación cutánea de tipo forunculoide. Las moscas cuyas larvas producen este tipo de lesiones habitan en países tropicales de América Central, América del Sur y África. 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 alberga. Dentro de este grupo tenemos las moscas siguientes: *Dermatobia cyaniventris*, *Lucilia macellaria*, *Hypoderma bovis* y *Cochliomya hominivora*.<sup>3,4</sup> Desde el punto de vista clínico se clasifican en:

- 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 3 formas clínicas:
  - Forma forunculoide: se presentan en la piel lesiones con franco aspecto forunculoide, que contiene la larva en su interior, saliendo esta en 2 ó 3 semanas al exterior.
  - Forma lineal rampante: la larva al emigrar bajo la piel va dibujando los más caprichosos trazos.

- 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 10 semanas hasta que la última tumoración se ulcera dejando salir la larva.

El tratamiento de elección suele ser la extracción manual de larvas mediante la aplicación de cloruro de etilo, tratamiento de fácil realización. La droga utilizada para el tratamiento es la ivermectina, producida por el *streptomyces avermitiles*, el cual estimula la liberación de GABA por las neuronas, induciendo la parálisis muscular tónica y la muerte del parásito. La ivermectina administrada en dosis de 0.2 mg/kg, en única dosis, demostró ser útil en el tratamiento de la miasis humana, presentando efectos colaterales mínimos.

Si bien son posibles múltiples formas de presentación, no es habitual que involucre los senos paranasales. Presentamos un caso de miasis de senos paranasales, en un paciente con Granulomatosis de Wegener.

**Caso Clínico:** varón de 62 años, tabaquista, etilista, hipertenso, con granulomatosis de Wegener en tratamiento con azatioprina y ciclofosfamida, que comienza con un cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por cefalea hemicraneana izquierda, intensa y de tipo pulsátil. Presenta además edema bpalpebral bilateral, fiebre y secreción fétida y amarronada a nivel de las fosas nasales.

Examen físico: vigil, orientado en persona, espacio y tiempo. Hipertenso, febril, con quemosis, exoftalmos en ojo izquierdo y edema bpalpebral bilateral a predominio izquierdo

Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia y velocidad de eritrosedimentación elevada

Tomografía computada de cráneo, órbita y senos paranasales: discreta alteración de la grasa intra y extracranial, no se visualizan francas colecciones intra y extraorbitarias en ojo izquierdo. Engrosamiento del músculo recto interno del ojo izquierdo con alteración de la morfología del globo ocular. Marcado componente osteolítico que compromete las paredes de los senos paranasales, tabique, cornetes, piso orbitario izquierdo, seno esfenoidal y celdillas etmoidales. (Imagen 1 y 2).

Comienza tratamiento con ampicilina sulbactam 3 gramos cada 6 horas endovenoso.

Rinoscopia: presenta larvas en senos paranasales, realizándose toilettes diarias mediante esta técnica.

Durante la internación presento lenta mejoría del edema bpalpebral, con expulsión espontánea e inducidas mediante la exposición a albahaca\* de larvas por fosas nasales y orofaringe. Realizó tratamiento con ivermectina VO, evolucionado favorablemente.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de infección de senos paranasales por larvas de dípteras, en un paciente con tratamiento inmunosupresor por granulomatosis de Wegener. Si bien existen numerosas comunicaciones de celulitis orbitaria en pacientes con esta enfermedad, no detectamos en la bibliografía consultada informes de miasis de senos paranasales en este tipo de pacientes.



\* Macerados de albahaca que liberan timol, agente tóxico para las larvas que provoca la expulsión de las mismas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sharma H, Dayal D, Agrawal SP. "Nasal myiasis: Review of 10 years experience". *The Journal of Laryngology and Otolaryngology*; 1989, 103:489-491
2. Wilson, ME. "A world guide to infections: Diseases, distribution, diagnosis". Oxford University Press, New York 1991: 35-38
3. Caumes E, Carriere J, Guermonprez G, *et al.* "Dermatoses associated with travel to tropical countries: a prospective study of the diagnosis and management of 269 patients presenting to a tropical disease unit". *Clin Infect Dis* 1995; 20:542
4. Soni NK. "Endoscopy in nasal myiasis". *Trop Doct.* 2000, 30(4): 225-227
5. Sherman R. "Wound myiasis in urban and suburban United States". *Arch Intern Med.* 2000;160: 2004-2014