

Ectoparásitos en cavidad bucal

Ectoparasites in buccal cavity

Laquihuanaco F¹, Vera N²

RESUMEN

Las enfermedades producidas por ectoparásitos que se alimentan de tejidos necróticos, conocidas comúnmente como “gusaneras”, se presentan en pobladores de regiones tropicales y subtropicales, ocasionando manifestaciones clínicas que varían según la especie de larva involucrada y según el sitio infestado. La localización en la cavidad bucal es una de las menos usuales; la literatura refiere que en el Perú existen pocos reportes de casos clínicos de miasis en cavidad bucal, generalmente estas son producidas como consecuencia del depósito de huevos por parte de moscas, como es el *Cochliomyia hominivorax*.

Miasis es el término que se da a la invasión de tejidos vivos o necróticos, por larvas de moscas de diferentes especies (dípteros), que al menos por un período de su desarrollo se alimentan de tejidos vivos o muertos, así como también de sus fluidos orgánicos o del alimento ingerido por el hospedero.

Palabras clave: miasis, ectoparásito, dípteros, cavidad bucal.

ABSTRACT

The diseases produced by ectoparasites that are fed on necrotic weaves, are those known usually like “gusaneras”, they appear in populations of tropical and subtropical regions; causing clinical manifestations that vary according to the species of involved larva and the infested site. The location in the buccal cavity is one of less usual. Literature refers that in Peru few reports of clinical cases of myiasis in buccal cavity exist, these are produced generally as a result of deposit of eggs on the part of flies, as it is *Cochliomyia hominivorax*.

Myiasis is a term that describes, an invasion of living or dead tissues for larvae of different species, that at least by a period of its development, they are fed on alive or dead weaves as well as of his organic fluids or the food ingested by the host.

Key words: myiasis, ectoparasites, dipterous, buccal cavity.

INTRODUCCIÓN

El término miasis describe la invasión de tejidos por larvas de moscas de diferentes especies (dípteros), que al menos por un período de su desarrollo se alimentan de tejidos vivos, muertos o necróticos, así como también de sus fluidos orgánicos o del alimento ingerido por el hospedero^{1,2,3}.

La miasis puede ser una enfermedad benigna, leve e incluso asintomática o bien gravísima. El compromiso de sitios tales como el oído, la nariz o las encías puede producir problemas severos. En algunos casos la migración hacia órganos internos (incluso el cerebro) puede ser discapacitante u ocasionar la muerte^{1,2}.

Según el grado de parasitismo se han clasificado en tres tipos:

- **Miasis primaria.** Es causada por larvas biófagas (es decir, se alimentan de tejidos vivos), las cuales son más comunes en ganado y raras en humanos.
- **Miasis secundaria.** Es causada por moscas necrobiófagas (las cuales se alimentan en tejidos muertos) Este

es el tipo más común y habitualmente afecta a pacientes con lesiones en cavidades necróticas.

- **Miasis accidental.** Causada por dípteros de vida libre pero que por ciertas circunstancias pueden ser ingeridos por el hospedador y desarrollarse en él de forma accidental^{1,2}.

Epidemiología

El término “miasis” fue descrito por primera vez por Hope (1840) quien la define como la infestación humana originada por larvas de dípteros⁴, Zumpt (1964) la define como la “infestación de animales vertebrados y humanos con larvas de dípteros las cuales, por lo menos durante un cierto periodo de tiempo, se alimentan de tejidos vivos y muertos del hospedador, sean líquidos corporales o alimentos ingeridos”.⁵

Desde entonces son muchos los reportes que se encuentran en la literatura biomédica sobre esta entidad, pero menos de 100 de ellos corresponden al área maxilofacial². Se señala que un 81% de los casos ocurre en la nariz, 11% en oídos y solo 1% en la cara⁶. Se considera que la boca y otras localizaciones son lugares inusuales de la miasis⁷.

A pesar de ser observada frecuentemente en los hospitales del Perú, existen pocos reportes en el Perú. Así tenemos el reporte de Seminario en 1990, de un caso de miasis en carúncula ocular por *Dermatofia hominis* en Iquitos⁸; el

¹ Felipe Laquihuanaco Loza. Cirujano Dentista. Profesor asociado de la Carrera Profesional de Odontología Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

² Nivia Vera Rado. Cirujano Dentista. Jefe de Prácticas de la Carrera Profesional de Odontología de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

Correspondencia: niviavera@hotmail.com



Figura 1. Se observa en la zona que está a nivel del segundo molar superior gran proliferación de parásitos vivos (larvas).

de Villarreal, quien reporta otro caso de miasis en un paciente de Ayacucho⁹, y el de Guillén, en 1994, quien reporta una miasis nasal por *Oestrus ovis linnaeus* en Lima¹⁰.

Factores predisponentes

La enfermedad se produce con mucha mayor frecuencia en zonas rurales y en zonas tropicales. Está asociada principalmente a animales; en humanos es importante considerar el estado general del paciente, los hábitos higiénicos de quienes la padecen, alteraciones en los labios, pacientes con enfermedad periodontal avanzada, en lugares de extracción dental, en pacientes con neoplasias de la mucosa bucal o personas con enfermedades en las cuales haya predisposición a mantener la boca abierta. La mayoría de los casos ocurre en pacientes con patologías predisponentes, generalmente lesiones que dan paso al depósito de los huevos por parte de las moscas involucradas^{2,11}.

REPORTE DE CASO

Paciente de 54 años de edad, sexo masculino, de raza mestiza, campesino, quien refiere como lugar de procedencia la provincia de Paucartambo, departamento de Cusco, acude a consulta refiriendo presencia de parásitos (gusanos) en cavidad bucal, halitosis y dolor pulsátil, localizado y constante en zona retromolar y malestar general.

El paciente nos informa que dos semanas previas a la consulta, por motivos laborales, realizó un viaje a la zona de Puerto Maldonado, donde le realizaron la exodoncia de la segunda molar superior. Dos a tres días posteriores a la interven-

ción, el paciente empieza a sentir dolor leve pero constante en el lugar de la extracción, dolor que se incrementaba con el paso de los días, acompañado de halitosis.

En el transcurso del viaje de retorno a la provincia de Paucartambo, la camioneta que los transportaba se detuvo por problemas técnicos. El paciente refiere haberse quedado dormido a la intemperie y que tenía respiración oral mientras dormía.

Una semana previa a la consulta comenzó a sentir halitosis, urticaria y dolor con intensidad creciente, agregándose un malestar general, con disminución o falta de apetito, por lo que él mismo con la ayuda de un espejo y un mondadientes se inspecciona el área de la extracción logrando, con gran alarma, extraer dos larvas que él interpretó como "gusanos"

El paciente refiere haber estado hospitalizado hace cuatro años por problemas gástricos; no refiere antecedentes personales patológicos.

El paciente acude a consulta con un aparente regular estado general. Al examen clínico extraoral no se destaca algo contribuyente.

Al examen clínico intraoral se observa una deficiente higiene oral, un mal estado de conservación de las piezas dentales, prótesis dentales y restauraciones defectuosas, gingivitis y presencia de tártaro a nivel de todas las piezas superiores e inferiores. Se observa una leve tumefacción en la zona retromolar, la cual es dolorosa a la palpación intrabucal. A nivel del alveolo del segundo molar se observa la proliferación de parásitos vivos (larvas) de color blanquecino, de tamaños entre 2mm a 10mm. Dicho alveolo se encuentra inflamado y con gingivorragia; además, se observa líquido purulento y tejido aparentemente necrótico (Figura 1).

Al examen radiográfico se observa una zona radiolúcida compatible con un proceso infeccioso, el mismo que rodea a un resto radicular en zona de la segunda molar superior, lo que nos indica la falta de cicatrización en la herida (Figuras 2, 3)

Previo asepsia y antisepsia intraoral y bajo anestesia local, se procedió a la extracción de las larvas y del resto radicular; se realizó irrigación con solución salina estéril; se extrajeron 24 larvas del alveolo, observándose la presencia de tejido necrótico a este nivel, y se procedió a la extracción del resto radicular (Figuras 4,5). Al examinar el remanente radicular no se halla ningún signo particular que indique alteración. Antes de la sutura se procede a la limpieza del alveolo con gasa embebida en agua oxigenada, y por medio de visión indirecta se comprueba que no quede ninguna larva; se indica medicación antibiótica y analgésica por vía oral (amoxicilina de 500mg e

ibuprofeno de 400mg por siete días). Además se le indica al paciente enjuagues con antisépticos bucales, así como también tener un cuidado especial con su higiene bucal. Se le indica que regrese después de cinco días para el retiro de los puntos de sutura.

Las muestras de larvas extraídas fueron enviadas a un laboratorio para su análisis, indicándose en los resultados que se trataba del tipo de larva *Cochliomyia hominivorax*. Cinco días después a la intervención observamos al paciente en mejores condiciones físicas y de ánimo. Se procede a realizar el retiro de los puntos de sutura. Encontramos el alveolo exento de gingivorragia o líquido purulento, y con una cicatrización favorable en proceso.

Cabe mencionar que por motivos ajenos a nuestra disposición en el caso, no se lograron tomar radiografías de seguimiento del paciente.

COMENTARIOS

La miasis bucal puede producirse por invasión secundaria, es decir producida por moscas que principalmente se alimentan de tejido necrótico. El paciente llegó a la consulta con un cuadro de alveolitis, con un resto radicular y lesiones necróticas en la cavidad alveolar del segundo molar superior, por lo que este es el tipo de miasis que presentaba. Además, por los hábitos referidos por el paciente, como el de dormir a la intemperie y con la boca abierta, indica que esta fue la forma como ingresaron y depositaron sus huevos los dípteros (moscas) mientras el paciente dormía. A esto debemos agregar factores favorables para la instalación del proceso, como son las condiciones en que se encontraba la cavidad bucal, falta de higiene y presencia de un resto radicular y tejido necrótico en la región alveolar del segundo molar.

La sintomatología descrita para este tipo de miasis es dolor pulsátil, localizado y constante acompañado de malestar general. Por los hallazgos radiográficos podemos indicar que no existió invasión de senos maxilares, pero cabe mencionar que sería necesario realizar controles posteriores y con medios auxiliares de diagnóstico más sofisticados que una radiografía para confirmar dicha aseveración.

Aun cuando en la literatura científica nacional son escasos los reportes de miasis, más aun de miasis bucal, es importante tener presente sus aspectos clínico-epidemiológicos; además es importante considerar los aspectos sociales en torno a la enfermedad. Como en otras enfermedades, principalmente tropicales, los antecedentes epidemiológicos y los factores predisponentes deben ser evaluados durante el examen clínico del paciente. La condición física del paciente, los hábitos higiénicos, alteraciones de los labios, enfermedad periodontal avanzada, lugares de extracción dental, neoplasias de la mucosa bucal o enfermedades en las cuales el paciente tenga predisposición a mantener la boca abierta, son factores predisponentes y de riesgo para la miasis bucal. Para el diagnóstico preciso debe colocarse en un recipiente apropiado todas las larvas que del paciente sean extraídas para una posterior identificación parasitológica de las mismas. Idealmente a todo paciente debería realizarse estudios paraclínicos complementarios como hematología completa, estudio de imágenes radiológicas, tomográficas y/o de resonancia magnética. También en algunos casos muestras de tejido para evaluación microbiológica (cultivos), así como para estudio anatomopatológico. Aparte de la atención odontológica que requieren estos casos, es importante considerar los aspectos sociales en torno a la enfermedad para su apropiado manejo brindando una atención integral.

La miasis suele tratarse con debridamiento o escisión de las larvas y tejido inflamatorio o necrótico adyacente. Algunos autores

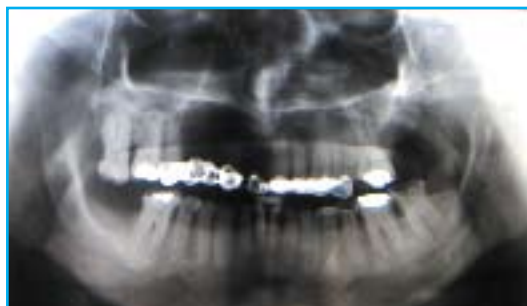


Figura 2. Radiografía panorámica donde se aprecia una zona radiolúcida en la zona superior izquierda.



Figura 3. Se observa presencia de un resto radicular en la zona superior izquierda.



Figura 4. Larvas extraídas de cavidad alveolar.



Figura 5. Remanente radicular y larvas extraídas de cavidad alveolar.

como Aceto y Rodríguez mencionan que en los casos de miasis epidérmica o cutánea, estas pueden ser tratadas obliterando el orificio cutáneo, que es la fuente de oxígeno de la larva, con grasa de cerdo o vaselina, lo que hace que la larva emerja de la piel para evitar la asfixia. En algunas partes también se ha hecho esto exitosamente con glicerina^{12,13}.

En el manejo terapéutico de la miasis la indicación más común y adoptada en la mayoría de los casos ha sido la extracción de las larvas. Adicionalmente a esto el uso de soluciones de cloroformo, éter, etanol, entre otras, ha sido controversial¹⁴. Lo que sí se ha usado en muchos casos es la droga Ivermectina^{14,15,16,17} obteniendo éxito terapéutico en la mayoría de los casos.

Revisada la literatura sobre el tema, y viendo

las coincidencias con otros autores, en el tratamiento de miasis bucal proponemos un protocolo de atención^{7,11,18,19}.

1. Anestesia dental.
2. Remoción de larvas.
3. Irrigación con solución salina estéril.
4. Desbridamiento de tejido necrótico y tejido inflamatorio.
5. Irrigación con solución salina estéril
6. Enjuagues con antisépticos.
7. De ser necesario, suturar la herida.
8. Irrigación con solución salina estéril.
9. Antibioticoterapia (en caso de presumir infecciones bacterianas secundarias)
10. Controles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Maguiña C, Osoreo F, Farías H, Torrejón D, Alcorta T.** Enfermedades por Ectoparasitos. Rev Esp Salud Publica 2003; 002: 20.
2. **Rodríguez J,** Manifestaciones Bucales de las Enfermedades Parasitarias Tropicales Presentes Universidad de los Andes. Centro Trujillano de Investigaciones Parasitológicas "José Witremundo Torrealba", Venezuela. 2006
3. **Brizuela G, González C, González Y.** Miasis Furunculosa por *Dermatobia hominis*, "Colmoyote". Medisan 2003; 7: 2.
4. **Hope FW.** On insects and their larvae occasionally found in human body. Royal Entomological Society Transactions 1840; 2: 236 - 71.
5. **Soler Cruz, M.** El estudio de las miasis en España durante los últimos cien años. Ars Pharmaceutica 2000; 41: 19 - 26.
6. **Costa DC, Pierre-Filho PT, Medina FM, Mota RG, Carrera CR.** Use of oral ivermectin in a patient with destructive rhinoorbital miasis. Eye 2005; 19(9): 1018 - 20
7. **Gomez RS, Perdigo 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; 41(2): 115 - 6.
8. **Seminario M, Colán E.** Dermatobia Hominis En Cárcula Ocular. Reporte de un Caso en Iquitos, Perú. Diagnóstico 1990; 26: 95 - 6.
9. **Villarreal J, Agapito J, Gutiérrez J, Lavander L.** Miasis Genital: A propósito de un caso. Rev San Pol Nac Per 1993; 54: 72 - 5.
10. **Guillén Z.** Miasis. Miasis nasal producida por larvas de *Oestrus ovis linnaeus*, 1758 (Diptera, Oestridae) en Lima, Perú. Rev Per Med Trop UNMSM 1994; 8: 115 - 6.
11. **Gursel M, Aldemir OS, Ozgur Z, Ataoglu T.** A rare case of gingival myiasis caused by diptera (*Calliphoridae*). J Clin Periodontol 2002; 29(8): 777- 80
12. **Aceto C.** Enfermedades de etiología parasitaria. Quinta parte: Miasis. En: Negroni M. Microbiología estomatológica. Fundamentos y guía práctica. Editorial Médica Panamericana, 1999: 434 - 5.
13. **Rodríguez AJ, Riera JA, Vargas JA, Reinoza W.** Wound Myiasis Overinfected with *Escherichia coli*: Report of Case and Review. 9th International Congress on Infectious Diseases. Buenos Aires, Argentina. 2000; 95: 366
14. **Fernández CT, Sánchez F, Torres JR.** Miasis. En: Iturrriaga E, Torres JR, Ríos A. Enfermedades Tropicales en Otorrinolaringología. Sociedad Venezolana de Otorrinolaringología, Caracas, 2001: 75 - 93.
15. **De Tarso P, Pierre-Filho P, Minguini N, Pierre LM, Pierre AM.** Use of ivermectin in the treatment of orbital myiasis caused by *Cochliomyia hominivorax*. Scand J Infect Dis 2004; 36(6-7): 503 - 5.
16. **Dourmishev AL, Dourmishev LA, Schwartz RA.** Ivermectin: pharmacology and application in dermatology. Int J Dermatol 2005; 44(12): 981 - 8.
17. **Shinohara EH, Martini MZ, Oliveira Neto HG, Takahashi A.** Oral myiasis treated with ivermectin: case report. Braz Dent J 2004; 15(1): 79 - 81.
18. **Aguiar AM, Enwonwu CO, Pires FR.** Noma (*Cancrum oris*) associated with oral myiasis in an adult. Oral Dis 2003 ; 9(3): 158 - 9.
19. **Bhatt AP, Jayakrishnan A.** Oral myiasis: a case report. Int J Paediatr Dent 2000; 10(1): 67 - 70
20. **Farreras Valenti P, Rozman C.** Tratado de medicina interna. 14 ed. Barcelona: Harcourt, 2000: 525
21. **Llop Hernández A.** Microbiología y parasitología médicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2001; 3: 135.

Recibido para publicación: 06 / 09 / 07

Aceptado para publicación: 27 / 09 / 07