

Miasis vulvovaginal. Reporte de caso

 Eduardo Reyna-Villasmil.¹

RESUMEN

La miasis es producto de la infección larvaria de numerosas especies de dípteros en el ser humano y otros animales vertebrados. Las larvas suelen encontrarse en partes expuestas del cuerpo. En aquellas partes cubiertas, como los genitales externos, es poco común. El bajo nivel socioeconómico y la escasa limpieza personal se asocian a un mayor riesgo de esta infestación. La miasis rara vez afecta al aparato urogenital, y la miasis vulvovaginal, que solo representa el 0,7 % de todos los casos, es mucho menos frecuente. Solo se han documentado unos pocos ejemplos. La mayoría de los diagnósticos son realizados con base en los hallazgos clínicos. Como tratamientos se dispone de la extirpación localizada de las larvas y de fármacos antiparasitarios tópicos o sistémicos. Se presenta un caso de miasis vulvovaginal.

Palabras clave: Miasis vulvovaginal, Miasis, Infestación, Genitales externos.

Vulvovaginal myiasis. Case report

SUMMARY

Myiasis is brought on by the larval infection of numerous species of Diptera in humans and other vertebrate animals. The larvae are typically discovered on exposed body parts. On covered body parts, such as the external genitalia, it is uncommon. Low socioeconomic status and poor personal cleanliness are associated with a higher risk of this infestation. Myiasis seldom affects the urogenital system, and vulvovaginal myiasis, which makes up just 0.7% of all cases, is far less frequent. Only a few cases have been documented. Most diagnoses are made on the basis of clinical findings. Localized larval removal and topical or systemic antiparasitic drugs are available as treatments. A case of vulvovaginal myiasis is presented.

Keywords: Vulvovaginal myiasis, Myiasis, Infestation, External genitalia.

INTRODUCCIÓN

El término “miasis” deriva de la palabra griega “Myia”, que significa “mosca”. Es una enfermedad causada por la invasión de larvas de varias especies de moscas dípteras en tejidos - órganos humanos o de animales vertebrados (1). Puede aparecer en tejidos sanos (miasis primaria) o tejidos lesionados (miasis secundaria). Tienen mayor prevalencia en personas

con nivel socioeconómico bajo que residen en regiones tropicales, subtropicales y templadas cálidas. Las larvas se alimentan de los tejidos del huésped, sustancias corporales líquidas o alimentos ingeridos (2-4).

La miasis cutánea es la forma clínica más prevalente de la enfermedad y puede afectar ojos, boca, oído y genitales (5). La infestación genital es poco frecuente y únicamente existen pocos casos reportados (6). El tratamiento va desde la extracción local de las larvas hasta el uso tópico o sistémico de fármacos antiparasitarios, dependiendo de la gravedad de la infestación (7). Se presenta un caso de miasis vulvovaginal.

¹Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Central “Dr. Urquimaona”, Maracaibo, VENEZUELA.
Correo de correspondencia: sippenbauch@gmail.com

Forma de citar este artículo: Reyna-Villasmil E. Miasis vulvovaginal. Reporte de caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 83(4):507-511. DOI 10.51288/00830417

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de 68 años, nuligesta, quien asistió a la emergencia por presentar dolor de fuerte intensidad de carácter pulsátil y aumento de volumen vulvar con expulsión de larvas, acompañado de prurito perineal intenso y flujo vaginal fétido. La sintomatología comenzó quince días antes con prurito perineal que aumentó en forma gradual. La paciente informó que vivía en una zona rural de nivel socioeconómico bajo, con escasa agua y condiciones higiénicas deficientes. Refería menopausia desde hacía 17 años. Negaba antecedentes de traumatismos y/o picaduras de insectos en la región perineal, actividad sexual en los últimos 5 años, tratamiento inmunosupresor/esteroideo, antecedentes de tuberculosis, diabetes mellitus u otras condiciones crónicas. Indicó que reutilizaba la ropa sucia y sin lavar durante la menstruación, en ocasiones no usaba ropa interior y utilizaba aseos públicos sin limpiar al aire libre.

Al examen físico, la paciente presentaba complexión delgada (42 kilogramos, 1,50 metros de altura e índice de masa corporal de 18,6 Kg/m²), marcada palidez cutáneo-mucosa, estaba hemodinámicamente estable (frecuencia cardíaca 96 latidos x minuto, presión arterial 95/65 mm de Hg y frecuencia respiratoria de 16 respiraciones/minutos) y orientada en las tres esferas. Al examen ginecológico ambos labios mayores estaban aumentados de tamaño, eritematosos y extremadamente dolorosos a la palpación con edema y descamación superficial, labios menores y tercio inferior de la vagina edematosos. Se encontró una úlcera de aproximadamente 5 x 5 centímetros con bordes necrosados y frágiles, los cuales se desprendían fácilmente, con varias larvas blancuzcas-amarillentas en su interior. Se extrajeron más de 100 larvas de la vulva y 50 de la vagina y se limpió la herida con jabón. También se demostró la presencia de flujo vaginal fétido de color amarillo-verdoso. No había evidencia de linfadenopatías pélvicas y el cuello uterino estaba

sano a la especuloscopia. Se tomaron algunas larvas para el examen microscópico.

Los resultados de las pruebas de laboratorio fueron: hemoglobina 7,5 g/dL, conteo de leucocitos 9800 x mL y glicemia 78 mg/dL. El resto de las pruebas para funcionalismo renal, hepático, perfil de coagulación, electrolitos y examen de orina estaban dentro de límites normales. Las pruebas serológicas para sífilis, hepatitis B y virus de inmunodeficiencia humana fueron negativas.

La paciente fue hospitalizada y tratada con antibióticos de amplio espectro para prevenir una posible infección bacteriana secundaria e ivermectina oral. Durante este tiempo se realizó asepsia y antisepsia de la región afectada, aplicando cloroformo al 15 % en aceite de parafina para promover la salida de las larvas, (Figura 1) las cuales fueron extraídas de forma instrumental, seguido de la eliminación de la costra superficial. La morfología de las larvas era compatible con moscas. Este procedimiento fue repetido en 7 ocasiones hasta que no fueron encontradas larvas, procediéndose a la limpieza de la zona y desbridamiento de las partes infectadas y necróticas de la úlcera, con cicatrización completa a los 23 días. La paciente fue dada de alta con seguimiento mensual con la recomendación que

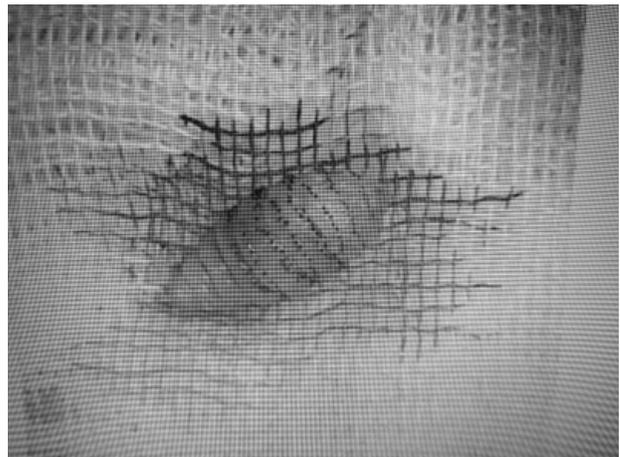


Figura 1: Larva obtenida de la lesión vulvo-vaginal.

aumentara la higiene personal. Un mes después del egreso hospitalario, la lesión había desaparecido. Luego de 6 meses, no ha presentado recurrencias.

La evaluación anatomopatológica del tejido necrótico demostró larvas blancuzcas dentro del tejido. Fue imposible realizar el estudio entomológico de las larvas por la falta de personal especializado.

DISCUSIÓN

Las larvas de los dípteros entran a los tejidos, depositadas como huevos o larvas de primer estadio. Estas se alimentan del tejido circundante y emergen como larvas de tercer estadio (5, 8). Las especies *Cochliomyia hominivorax*, *Chrysomya bezziana* y *Wohlfahrtia magnifica* son las causas más comunes de miasis en todo el mundo. Los casos primarios son causados por larvas de biófagos (que se alimentan de tejidos vivos), mientras que los casos secundarios, el tipo más común, es causado por moscas necrobiófagas (que se alimentan de tejidos muertos). La forma cutánea es la más común, pero también existen informes de formas nasofaríngeas, oftálmicas, intestinales y urogenitales (6).

La miasis urogenital humana puede ser externa o interna (2, 9). La miasis externa es más frecuente en mujeres. Los sitios afectados incluyen clítoris, uretra, vulva, vagina y útero (10). Las moscas son atraídas por la sangre y secreciones corporales, dejando sus huevos en la ropa interior (9, 11). Estas larvas son fotofóbicas y penetran profundamente en los tejidos con la ayuda de ganchos bucales (12). La miasis vulvovaginal es poco frecuente y constituye 0,7 % de los casos de miasis y solo algunos casos han sido descritos. Los factores de riesgo incluyen entornos socioeconómicos pobres y rurales, edad avanzada, condiciones sanitarias

inadecuadas, falta de higiene personal, enfermedades físicas/psiquiátricas, antecedentes de diabetes mellitus y enfermedades vasculares oclusivas, cáncer de cuello uterino y enfermedades de transmisión sexual (13).

La sintomatología habitual de la miasis vulvovaginal incluye prurito vaginal o perineal intenso, flujo vaginal fétido y persistente, excoriaciones locales, edema de los genitales externos y/o expulsión de larvas. También puede producirse retención urinaria secundaria al edema y dolor del área periuretral (14). En estos casos es importante excluir las enfermedades de transmisión sexual, ya que la miasis vulvovaginal puede simular lesiones inflamatorias o ulcerosas producidas por las enfermedades urogenitales (15).

Las larvas deben someterse a identificación, por lo que deben ser extraídos vivos y/o conservados en alcohol o formaldehído para identificar la especie de mosca. Esto puede ayudar a tener mejores perspectivas de la epidemiología de la enfermedad (14).

La miasis tiene curso benigno. El tratamiento tiene como objetivo eliminar las larvas del tejido a través de la eliminación mecánica de todas las larvas visibles, desbridamiento del tejido necrótico, irrigación regular con solución antiséptica hasta que salgan todas las larvas e inicie la cicatrización (5). El tratamiento puede realizarse con la aplicación local de vaselina, aceite de parafina, cloroformo al 15 % en aceite de oliva o cera de abejas, con el objetivo de asfixiar las larvas, al ocluir sus espiráculos, forzando su salida. La aplicación de aceite de trementina es común en el tratamiento de la miasis cutánea, pero no existe evidencia sobre su uso en casos de miasis genital (16).

El desbridamiento del tejido está indicado si las larvas están muertas, fracasa el tratamiento médico o existe evidencia de enfermedad migratoria. Es necesario ser cuidadoso y evitar romper las larvas porque pueden

causar infecciones secundarias o desencadenar reacciones de hipersensibilidad/de cuerpo extraño por los antígenos larvarios (6). La ivermectina oral (150-200 mcg/kg de peso corporal) es un medicamento antiparasitario de amplio espectro eficaz en el tratamiento de miasis en diferentes localizaciones y es una alternativa cuando el desbridamiento es inviable, infestación generalizada y pacientes inmunodeprimidos (7).

La prevención primaria de la miasis vulvovaginal incluye prácticas higiénicas. Es necesario sensibilizar a las pacientes sobre higiene menstrual y prevención de enfermedades como infecciones del tracto reproductivo. También puede evitarse utilizando mosquiteros, planchando la ropa interior (método eficaz para destruir los huevos), cubrir heridas y evitar dormir al aire libre (17).

En conclusión, la miasis vulvovaginal es una condición poco frecuente, cuyo diagnóstico y tratamiento son sencillos. Es necesario un alto índice de sospecha para realizar el diagnóstico. Puede prevenirse con mejores medidas higiénicas y asesoramiento adecuado sobre higiene personal. El tratamiento local tiene excelentes resultados al evitar la reproducción de las larvas y evitar complicaciones.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Ashopa V, Verma U, Nareda P, Gupta E, Prakash P. Postpartum genital myiasis - *Dermatobia hominis* infestation with giant uterine fibroid: A rare case with review of literature. *Trop Parasitol.* 2020; 10(2): 142-146. DOI: 10.4103/tp.TP_65_19.
2. Pandey D, Divedi P, Mishra PK, Mishra P. Vulval myiasis: An unusual presentation of a rare entity in an adolescent female. *Trop Parasitol.* 2015; 5(1): 58-60. DOI: 10.4103/2229-5070.149924.
3. Chaccour C. Miasis forunculosa. Serie de 5 casos en indígenas de la etnia Pemón y revisión de la literatura. *Dermatol Venez* [Internet]. 2005 [consulta mayo 2023]; 43(4): 8-15. Disponible en: <https://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/download/180/180>
4. Bolívar, AM, Mora W. Miasis cutánea furúncular por *Dermatobia hominis* en Mérida, Venezuela: Reporte de caso. *Bol Mal Salud Amb* [Internet]. 2015 [consulta mayo 2023]; 55(1): 105-108. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-46482015000100008&lng=es&nr m=iso.
5. Shrestha AB, Hoque SMS, Nawaz MH, Pokharel P, Shrestha S, Mahaseth A. Urogenital myiasis in a post-menopausal rural woman: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2023; 106: 108138. DOI: 10.1016/j.ijscr.2023.108138.
6. George MC, Joseph KS, Gunny RJ, Shrivastava S. A rare case of vulvar myiasis in a mentally subnormal young woman. *J Obstet Gynaecol India.* 2022; 72(Suppl 2): 445-447. DOI: 10.1007/s13224-022-01638-7.
7. Dos Passos JBS, Coelho LV, de Arruda JAA, Silva LVO, do Valle IB, Santos MS, *et al.* Oral myiasis: Analysis of cases reported in the English literature from 1990 to 2020. *Spec Care Dentist.* 2021; 41(1): 20-31. DOI: 10.1111/scd.12533.
8. Ragi SD, Kapila R, Schwartz RA. The botfly, a tropical menace: A distinctive myiasis caused by *Dermatobia hominis*. *Am J Clin Dermatol.* 2021; 22(1): 81-88. DOI: 10.1007/s40257-020-00522-2.
9. Gour S, Ramesh G, Kumar V, Thapliyal GK, Nagarajappa R. Cavitory myiasis and its management. *J Exp Ther Oncol* [Internet]. 2018 [consulta mayo 2023]; 12(3): 211-216. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324907204_Cavitory_myiasis_and_its_management
10. Durand B, Sängler I, Santillán Iturres M. A case of myiasis in stage IV pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2023; 34(1): 313-315. DOI: 10.1007/s00192-022-05410-3.
11. Peruzzo N, Siegle R, Tesche RD, Gössling G, Sperb LF, Buiar PG, *et al.* Rat-tailed maggot urinary myiasis. *J Travel Med.* 2023; 30(2): taad016. DOI: 10.1093/jtm/taad016.
12. Rozanski CA, DeSimone JD, Milman T, Ramesh S. Botfly Myiasis Masquerading as Dacryocystitis. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2023; 39(3): e72-e75. DOI: 10.1097/IOP.0000000000002329.
13. Singh A, Goel B, Rani S. Vulvar myiasis following suction and evacuation for incomplete abortion. *Trop Doct.* 2015; 45(3): 204-205. DOI: 10.1177/0049475515574965.
14. Hamza M, Yasmeen T, Fatima N, Ahmed Nadeem I.

MIASIS VULVOVAGINAL. REPORTE DE CASO

- Maggot Infestation of the Prolapsed Uterus. *Cureus*. 2018; 10(11): e3554. DOI: 10.7759/cureus.3554.
15. Kataria U, Siwach S, Gupta S. Myiasis in female external genitalia. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2013; 34(2): 129-131. DOI: 10.4103/0253-7184.120555.
 16. Zhou M, Cao K, Huang H, Luo X, Wang Y, Ma W, *et al.* Neonatal oral myiasis caused by the larvae of *Sarcophaga ruficornis* (Diptera: Sarcophagidae): a case report. *BMC Infect Dis*. 2021; 21(1): 1067. DOI: 10.1186/s12879-021-06742-z.
 17. Hall MJ, Wall RL, Stevens JR. Traumatic myiasis: A neglected disease in a changing world. *Annu Rev Entomol*. 2016; 61: 159-176. DOI: 10.1146/annurev-ento-010715-023655.

Recibido 21 de mayo de 2023
Aprobado 11 de julio de 2023