

Presencia de larvas en conducto auditivo externo y fosas nasales en paciente alcohólico

Luz Marina Calvo^a, María Mercedes Suárez^a, Rosa María Apolinario^a y Antonio Manuel Martín^b

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ^bServicio de Microbiología. Centro de Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Caso clínico

Paciente varón de 55 años con antecedentes personales de tabaquismo e ingesta alcohólica en grado tóxico que ingresó en el servicio de medicina interna tras ser encontrado en un descampado con disminución del nivel de conciencia. El paciente presentaba a la exploración física mal estado general, múltiples contusiones, signos de deshidratación y mala higiene personal. Además destacaba la salida de larvas por ambos conductos auditivos externos (CAE) y de ambas fosas nasales que se enviaron al servicio de microbiología. En la exploración del CAE se constató la presencia de larvas y perforación timpánica central.

En el hemograma se objetivó un volumen corpuscular medio (VCM) de 115 fl y en la bioquímica sodio de 159 mM/l, creatinfosfocinasa de 665 U/l, LDH de 268 U/l, GGT 761 U/l y PCR de 10,4 mg/dl, siendo el resto de los parámetros normales. La resonancia magnética (RM) de cráneo, senos paranasales y mastoides descartó la presencia de larvas en dicha localización.

La evolución del paciente fue favorable tras realización de extracción diaria de las larvas, lavados de CAE, antibioterapia tópica y oral.

Identificación y desarrollo de las larvas

Se recibieron en el servicio de microbiología 6 larvas de tamaño similar (6-9 mm de longitud). Se observó al microscopio ($\times 40$) una de las larvas y en la imagen se apreciaban sus espiráculos posteriores (fig. 1). El peritrema no llegaba a cerrarse y en su interior se apreciaban tres hendiduras dirigidas hacia la zona donde se encontraría el botón, que en estas larvas estaba desdibujado. Esta descripción se correspondía con una larva en el tercer estadio del género *Phormia* (*P. regina*) de la familia *Calliphoridae*. Asimismo se observaron larvas del mismo género en el segundo estadio (dos aberturas en el peritrema). El resto del material enviado se depositó en una placa de Petri con el medio de cultivo Mueller Hinton sangre (totalmente sellada con cinta adhesiva). En el medio de cultivo alrededor de las larvas se produjo crecimiento bacteriano. La bacteria aislada se identificó como *Proteus mirabilis*. Al segundo día del cultivo se objetivó el desarrollo de otras

larvas muy activas que en los días siguientes llegaron a alcanzar 15 mm de longitud. La observación de estas larvas en estadio 3 permitió distinguir sus espiráculos posteriores. En una oquedad en el interior de un peritrema incompleto se apreciaron las tres ranuras incurvadas no dirigidas a la apertura del peritrema (fig. 2). Sus espiráculos anteriores tenían 12 ramificaciones. Esos datos hicieron posible clasificar estas larvas en el género *Sarcophaga* (*S. crassipalpis*).

Las larvas de *Phormia* no completaron el ciclo mientras que las de *Sarcophaga* alcanzaron el estadio de pupa saliendo el adulto del pupario (fig. 3).



Figura 1. Larva del género *Phormia* en tercer estadio. Espiráculos posteriores, observados con $\times 40$, en fondo oscuro.

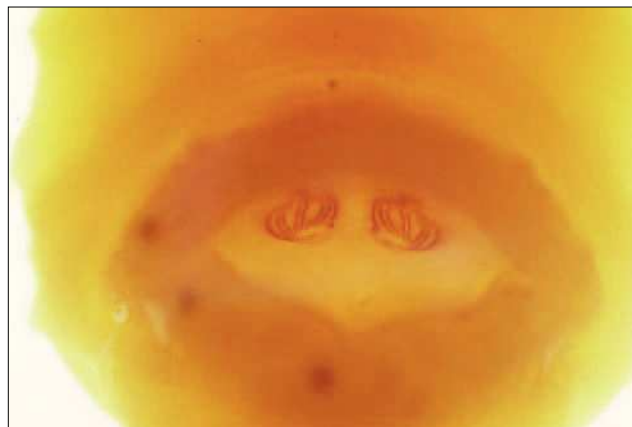


Figura 2. Larva del género *Sarcophaga* en tercer estadio. Espiráculos posteriores, observados con $\times 40$.

Correspondencia: Dra. M.M. Suárez.
Avda. José Mesa y López, 58, escalera 2, piso 6º A.
35010 Las Palmas de Gran Canaria. España.
Correo electrónico: msuarezcabrera@hotmail.com

Manuscrito recibido el 20-7-2004; aceptado el 28-7-2004.



Figura 3. Imago (adulto) y pupario de *Sarcophaga* sp., obtenidos por ciclo biológico (desarrollado en el laboratorio) de las larvas del paciente.

Comentarios

Las miasis son infestaciones de los tejidos y órganos de los mamíferos por larvas de dípteros. Se clasifican en específicas cuando necesitan pasar la fase larvaria en los animales de forma obligada y en semiespecíficas cuando se desarrollan sobre materia orgánica en descomposición, y que de forma facultativa invaden tejidos vivos. Los principales factores de riesgo son las edades extremas, alcoholismo, enfermedades mentales y mala higiene, siendo poco frecuentes en países desarrollados¹. También se clasifican según la localización. La otomiasis es una miasis cavitaria

cuyas complicaciones más frecuentes son la perforación timpánica, destrucción del oído medio, invasión de mastoides y meningitis².

El caso presentado corresponde a una otomiasis semiespecífica causada por larvas de *Phormia* y *Sarcophaga*, siendo estas últimas detectadas gracias a la realización de cultivo. Estas especies raramente producen miasis en esta localización³⁻⁵. Además existen pocas publicaciones sobre miasis mixtas. Un estudio prospectivo multicéntrico dirigido por Sherman en Estados Unidos estudia 42 casos de miasis autóctonas de heridas. De ellas, 16 (38%) ocurrieron en personas sin hogar, 13 (30%) en alcohólicos y 6 (14%) eran coparasitaciones por dos especies de moscas⁶.

Como conclusión destacamos que ante pacientes con mala higiene, alcohólicos o vagabundos se debe descartar dicha patología e instaurar un tratamiento precoz para evitar complicaciones locales o sistémicas secundarias a las sobreinfecciones bacterianas frecuentes en estos casos.

Bibliografía

1. Butterworths Z. Myiasis in man and animals in the old world. London: Butterworths; 1965.
2. Martín AM, Montes I, Domínguez De Luis F. External otitis due to fly larvae. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2001;19:403-5.
3. Merino FJ, Campos A, Nebreda T, Canovas C, Cuezva F. Cutaneous myiasis by *Sarcophaga* sp. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2000;18:19-21.
4. Carrasco I, Alonso R, Calderón A, Grau J. Autochthonous vaginal myiasis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1994;12:317-8.
5. Cilla G, Pico F, Peris A, Idigoras P, Urbieto M, Pérez-Trallero E. Human genital myiasis due to *Sarcophaga*. *Rev Clin Esp.* 1992;190:189-90.
6. Sherman RA. Wound myiasis in urban and suburban United States. *Arch Intern Med.* 2000;160:2004-14.