

## Tumefacções Cutâneas Recidivantes – Dois Casos Clínicos

CRISTINA BAPTISTA, EURICO GASPAR, GRAÇA CARVALHO, LUÍSA TAVARES, ANTÓNIO DOMINGUES

Serviço de Pediatria do Hospital S. Teotónio de Viseu

### Resumo

As míases são infestações causadas pela penetração de larvas de Dípteros em tecidos humanos ou animais. Nestes últimos, podem mesmo provocar a morte. No homem, raramente põem em causa a vida mas provocam doenças dolorosas e mutilantes, sendo fonte de mal estar.

Os autores descrevem dois casos clínicos de crianças do sexo masculino que surgiram com tumefacções cutâneas migratórias e recidivantes. Ambos habitavam em meio rural.

O exame objectivo mostrava as tumefacções cutâneas localizadas à região cervical (caso clínico n.º 1), face, tronco e abdómen (caso clínico n.º 2). O restante exame físico era normal. Perante este quadro clínico foram colocadas várias hipóteses de diagnóstico: míase, larva migrans, triquinose e leucemia. Os exames complementares efectuados revelaram eosinofilia. O diagnóstico de míase foi confirmando após a expulsão das larvas as quais foram identificadas como pertencendo à espécie *Hipoderma lineatum* e *Gasterophylus intestinalis*.

Os autores fazem, a propósito destes dois casos clínicos, uma breve revisão bibliográfica dos aspectos clínicos e terapêuticos da míase.

**Palavras-Chave:** Míase, criança, tumefacções cutâneas.

### Summary

#### Swellings Skin Recurring – Two Clinical Cases

Miasis is the infestation of human or animal body tissues by the larval stage of Dipterous flies. Unlike in animals, in man it rarely leads to death; but may cause painful and mutilating conditions.

The authors describe the cases of two male patients who presented with migratory and recurrent cutaneous swellings. Both lived in a rural setting.

The physical examination showed skin lesions localized to the cervical region (case no. 1) and to the face, trunk and abdomen (case no. 2). The remaining examination was normal in both cases. Resulting from the clinical presentation, various diagnoses were proposed, such as, miasis. Larva migrans, Triquinosis and Leukaemia. Blood

results showed eosinophilia. The diagnosis of miasis was confirmed following the expulsion of the larvae, whose examination revealed them to belong to the species *Hipoderma lineatum* and *Gasterophylus intestinalis*.

Based on these two cases the authors briefly discuss the current bibliography and the therapeutic approach to miasis.

**Key-Words:** Miasis, child, cutaneous swellings.

### Introdução

A míase é uma forma de parasitose animal provocada por larvas de Dípteros <sup>(1, 2, 3)</sup>.

O termo míase, do grego «mya», mosca, foi proposto por Hope em 1840. Em 1965, Zumpt propõe a seguinte definição:

«infestação de animais e humanos vivos por larvas de Dípteros que, pelo menos durante um certo período, se alimentam de tecidos vivos ou desvitalizados, substâncias líquidas do corpo do hospedeiro ou alimentos ingeridos pelo mesmo» <sup>(2)</sup>.

As míases podem ser classificadas entomologicamente em:

1. Obrigatórias – evoluem necessariamente à custa dos tecidos vivos do hospedeiro (sarcófagia ou hematofagia);
2. Facultativas – embora não sendo sarcobióticos nem hematófagos desenvolvem-se em matéria orgânica muito diversificada, nomeadamente cadáveres (necrofagia), fezes (coprofagia), detritos vegetais e fruta em decomposição (saprofagia);
3. Acidentais – habitualmente desenvolvem-se por coprofagia, saprofagia ou necrofagia, não tendo necessidade de um hospedeiro vertebrado para o fazerem mas por «acidente» – ingestão de ovos ou larvas – entram em contacto com os hospedeiros <sup>(4, 5, 6, 7)</sup>.

Correspondência: Dra. Cristina Baptista  
Rua António José de Almeida, 295 - 2.º Dto.  
3000-045 Coimbra

Aceite para publicação em 31/05/2001.

Entregue para publicação em 02/03/2001.

Quanto à localização das infestações, podem ser classificadas em:

1. cutâneas (furunculosas, serpiginosas e míases das feridas);
2. cavitárias;
3. viscerais (6, 8).

Esta entidade pode ocorrer em todo o planeta. No entanto, surge com maior frequência em regiões tropicais. A maioria dos casos diagnosticados no nosso País é de importação (1, 3, 4).

Por se tratar de uma patologia rara, pareceu-nos interessante descrever e divulgar estes dois casos clínicos.

### Caso Clínico N.º 1

Criança de quatro anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana, residente em meio rural, com contacto estreito com gado bovino. Os antecedentes pessoais e familiares são irrelevantes.

Em Outubro de 1998 surgiu com uma tumefacção cutânea localizada à região inguinal esquerda. Invocado o diagnóstico de hérnia inguinal foi submetido a cirurgia. Esta, não confirmou a existência de hérnia. Um mês depois, deu-se o aparecimento de outra tumefacção cutânea na mesma região a qual conduziu a uma segunda herniorrafia. Desde essa altura surgiram tumefacções cutâneas na face, tronco e Joelho. Esta última motivou um internamento no Serviço de Ortopedia com o diagnóstico de celulite pós traumática.

Estas lesões eram migratórias, dolorosas e apresentavam sinais inflamatórios. Desapareciam espontaneamente após dois dias de evolução.

Não apresentava febre, emagrecimento ou outra sintomatologia.

Três meses após o início do quadro foi internada no Serviço de Pediatria.

O exame clínico revelou uma criança com bom estado geral, que apresentava uma tumefacção cervical esquerda exuberante, de consistência mole e sem sinais inflamatórios, e ainda uma outra de menores dimensões com uma zona de necrose no centro, localizada no flanco esquerdo.

Não eram evidentes adenopatias e a palpação abdominal não revelava massas nem visceromegalias. O restante exame físico era normal.

Ao 2.º dia de internamento, a lesão cervical evoluiu para edema angioneurótico da face com necessidade de administração de adrenalina (Fig. 1).

Perante este quadro de alergia, pensou-se na possibilidade de corpo estranho como causa desencadeadora destas tumefacções recidivantes de localização variável.



FIG. 1 - Edema angioneurótico da face

Com estas características, apenas a míase ou a larva migrans poderiam ser os agentes causais.

Ao 4.º dia de internamento, observou-se a expulsão de uma larva viva de mosca pela região frontal. Esta foi enviada para o laboratório de Parasitologia da Faculdade de Medicina de Coimbra, sendo identificada como pertencendo à espécie *Hipoderma lineatum*, confirmando assim o diagnóstico de míase.

Os exames laboratoriais pedidos evidenciaram uma eosinofilia significativa (leucócitos- $12.10^9/l$ , eosinófilos- $5.10^9/l$ ).

Teve alta ao 7.º dia de internamento, encontrando-se clinicamente bem e sem tumefacções.

Três meses depois, foi observado em consulta externa. Neste período, houve expulsão de uma outra larva através do couro cabeludo. O exame objectivo não mostrava quaisquer outras alterações.

Teve alta da consulta seis meses após o diagnóstico, apresentando-se clinicamente bem, sem tumefacções e sem eosinofilia.

### Caso Clínico N.º 2

Criança de 11 anos, sexo masculino, residente em meio rural. Antecedentes pessoais e familiares irrelevantes.

Em Agosto de 1991 fez uma reacção urticariforme exuberante com a duração de uma semana. Desde essa altura surgiram tumefacções cutâneas localizadas à face, tronco e abdómen. As lesões eram migratórias e resolviam espontaneamente ao fim de 3 a 8 dias. Estas tinham uma consistência duro elástica, eram dolorosas, de limites mal definidos e mostravam sinais inflamatórios. Não apresen-

tava febre, emagrecimento, prurido ou outra sintomatologia.

Três meses depois, por aparecimento de lesões cutâneas localizadas à região temporal e face, recorreu ao Serviço de Urgência. O exame objectivo revelou uma criança com bom estado geral, com duas lesões cutâneas na região temporal direita e face, de consistência duro elástica, dolorosas e com sinais inflamatórios. Não evidenciava adenopatias palpáveis. A palpação abdominal também não revelou visceromegalias nem outras massas.

Foram colocadas as hipóteses de diagnóstico de triquinose, míase e leucose.

Os exames laboratoriais revelaram uma leucocitose com eosinofilia (leucócitos- $16,5 \cdot 10^9/L$ ). Velocidade de sedimentação, ionograma, glicémia, proteína C reactiva, função renal, proteína total, albumina e imunoglobulinas séricas normais. O exame parasitológico das fezes foi negativo.

Sob tiabendazol (50 mg/kg/dia) as lesões não regressaram. A biópsia de uma delas excluiu o diagnóstico de triquinose, tendo alta ao 7.º dia de internamento.

As lesões cutâneas recidivantes persistiram.

Meio ano após o início do quadro, verificou-se a eliminação espontânea de duas larvas de mosca. Foram identificadas no Laboratório de Parasitologia da Faculdade de Medicina de Coimbra. Pertenciam à espécie *Gasterophylus intestinalis*.

## Discussão

A míase é rara na infância (4, 9). Numa série de 254 casos de míase na Índia, durante um período de 6 anos, 94 (38%) ocorreram em crianças (4).

A míase cutânea é a forma de apresentação mais comum (9, 10).

A entrada das larvas na pele é feita através de soluções de continuidade – escoriações, locais de picada de outros insectos ou através do folículo piloso (3, 11). A larva desenvolve-se nos tecidos subcutâneos, podendo, em alguns casos, migrar em profundidade, invadindo outros tecidos. Os sintomas clínicos surgem nesta fase.

Das seis espécies de *Hipoderma* conhecidas, apenas três foram observadas no homem e destas a mais comum é a *H. lineatum*. A clínica é extremamente variável e depende da localização das larvas (9).

As larvas destes Dípteros permanecem na derme, dando origem a uma síndrome de míase serpigínea; podem também deslocar-se para o tecido celular subcutâneo provocando uma síndrome de «tumores ambulatórios», caracterizando-se por serem lesões fechadas. Na forma furuncular, as larvas penetram no tecido celular sub-cutâneo através de uma lesão aberta e desenvolvem uma reacção inflamatória em tudo semelhante a um vulgar furúnculo

com halo inflamatório. Através de uma evolução natural, as larvas abandonam a lesão que, por sua vez, regride completamente sem cicatriz. Podem ainda originar dores musculares, hidrartose, artralgias, vômitos e dores abdominais, dependendo da sua localização nos diferentes tecidos. O tracto génito urinário baixo é outro local de míase humana. As larvas podem invadir a bexiga por migração através do meato urinário e uretera, provocando disúria, hematúria e piúria. Nos casos mais graves podem localizar-se no olho conduzindo a cegueira.

O *Gasterophylus intestinalis*, tal como o *Hipoderma lineatum*, deslocam-se ambos sob a pele, dando origem a míase serpigínea (2).

Analicamente é frequente encontrar-se eosinofilia.

A míase pode ser subdiagnosticada devido à inespecificidade das lesões cutâneas. Estas mimetizam outros diagnósticos – larva migrans, picadas de insecto vulgares, furunculose estafilocócica, triquinose e leucose (9).

A clínica e a possibilidade de estada em país endémico ou a estreita exposição a um meio onde abundem as moscas, sugerem o diagnóstico. No entanto, a confirmação só é possível com a demonstração e identificação da larva obtida da lesão.

A apresentação clínica destes dois casos – tumefacções cutâneas migratórias e recidivantes, associadas a reacção alérgica – sugeriam a presença de um corpo estranho migratório e por isso vivo. A presença de eosinofilia era compatível com parasitose.

A ineficácia do tiabendazol e a biópsia das lesões excluíram triquinose.

A leucose foi um dos diagnósticos colocados. Porém, o bom estado geral, a ausência de clínica associada – emagrecimento, adenopatias, hepatoesplenomegália – e os exames laboratoriais, não apoiavam esta hipótese.

No caso clínico n.º 1 o diagnóstico foi confirmado ainda no internamento, através da expulsão da larva. No caso n.º 2, essa expulsão ocorreu seis meses depois.

As míases são situações autolimitadas.

Para completar o ciclo de vida, a larva tem de emergir espontaneamente para o exterior. A sua remoção cura a míase (3). As várias formas de remoção são testemunho da imaginação humana: unhas polidas, gordura de porco e tabaco, podem servir para sufocar a larva. A combinação de clorofórmio tópico com posterior extracção manual também é um método eficaz. O clorofórmio actua paralisando a larva (3, 6, 9). Esta, deve ser removida na totalidade. Segmentos destes organismos não removidos dos tecidos, podem provocar infecções ou reacções de corpo estranho (3). O exame microscópico confirma-nos que ela está intacta.

Raramente se recorre à cirurgia. Por vezes, ela é necessária em casos de míase ocular (3).

A antibioticoterapia está indicada no tratamento de sobreinfecções das lesões cutâneas.

O prognóstico habitualmente é bom, havendo, no entanto, casos de sequelas graves por lesão ocular – míase oftalmológica – com destruição dos meios transparentes do olho, levando à sua exérese; lesão auditiva com destruição do tímpano e míase nasal que pode estender-se para os seios, penetrar a lâmina cribiforme e atingir o sistema nervoso central.

A morte pode sobrevir por infecção ou choque anafilático <sup>(2)</sup>. As medidas de prevenção devem incluir uma higiene pessoal cuidada, correcto tratamento de esgotos, medidas de protecção contra exposição a moscas e tratamento dos mamíferos infectados <sup>(4)</sup>.

#### Bibliografia

1. Bizarro J, Nina J, Ribeiro H, Faustino M. Míases. Revisão a Propósito de um Caso Clínico por *Oestrus ovis linnaeus*. *Rev Port D Infec* 1995; 18(1): 75-82.
2. Pinhão R. Moscas com Importância em Saúde Pública – Agentes de Míase. *An Inst Hig Med Trop* 1982; 8: 61-78.
3. Gewirtzman A, Rabinovitz H. Botfly Infestation (Myiasis) Masquerading as Furunculosis. *Cutis* 1999; 63: 71-2.
4. Amitay M, Efrat M, Garry J, Shnwell E. Nosocomial Myiasis in an Extremely Premature Infant Caused by the Sheep Blowfly *Lucilia sericata*. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17: 1056-7.
5. Veraldi S, Gonani A, Süß L, Tadini G. Cutaneous Myiasis caused by *Dermatobia hominis*. *Pediatr Dermatol* 1998; 15: 116-8.
6. Grunwald M, Hallel-Halevy D, El-On J. Guess What! *Eur J Dermatol* 1998; 8: 287-8.
7. Pinhão R. Moscas com Importância em Saúde Pública – Moscas Sinantrópicas. *An Inst Hig Med Trop* 1982; 8: 3-18.
8. Noutsis C, Millikan L. Myiasis. *Dermatol Clin* 1994; 12: 729-36.
9. McIntyre F. Myiasis. *Am Fam Physician* 1989; 39(6): 129-31.
10. Pijpers E, Mulder W, Jacobs J. Answer to Photo Quiz. *Clin Infect Dis* 1998; 26: 172-3.
11. Engelbrecht N, Yatts R, Salem W, Slansky F. Palpebral Myiasis Causing Preseptal Cellulitis. *Arch Ophthalmol* 1998; 116: 684-5.