

## Miasis en carcinoma epidermoide de labio. Presentación de caso y revisión bibliográfica

### Oral myiasis associated with epidermoid carcinoma. Case report and literature review

Natalia C. Giannotta, Emiliano A. Navarro, Néstor M. Bernal Aragón, Juan C. Coccaro, Pablo Ghiglione, Rafael Inzeo

Servicio de Cirugía General, Hospital General de Agudos Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: natug\_87@hotmail.com

El cáncer de la cavidad oral representa aproximadamente el 3 a 4% de todas las neoplasias malignas en el hombre<sup>1</sup>. El carcinoma de células escamosas es el más común en esta localización y representa el 90% de las lesiones malignas<sup>2</sup>. La región labial es la zona más afectada; en la mayoría de los casos se observa el compromiso del labio inferior. Una rara complicación del carcinoma de células escamosas avanzado es la miasis<sup>1</sup>.

Miasis, del griego "myia" (mosca), significa invasión de los tejidos vitales de los seres humanos u otros mamíferos por larvas de mosca. Fue descrito por Laurence por primera vez en 1909. Puede verse en todo el mundo, pero su incidencia es mayor en las zonas tropicales y regiones subtropicales de África y América, debido a las condiciones climáticas favorables de calor y humedad<sup>2</sup>.

Se encuentra entre los ancianos, individuos abandonados, así como en geriátricos, hospitales e instituciones mentales que presentan mala higiene y hábitos. Los sitios más comúnmente afectadas son la piel, la nariz, las orejas, los ojos, el ano, la vagina y la cavidad oral. Los factores de riesgo para el desarrollo de miasis oral son: heridas abiertas, lesiones supurativas, déficit neurológico, halitosis severa, falta de higiene oral, lesiones ulcerosas y neoplasias orales<sup>2,3</sup>.

Se plantean diferentes formas de tratamiento, entre ellas: la extracción mecánica de

las larvas, la topicación con éter, la irrigación con solución salina o antisépticos, la ivermectina tópica o sistémica, y los macrólidos<sup>4</sup>, además de realizar desbridamiento del tejido desvitalizado<sup>5</sup>.

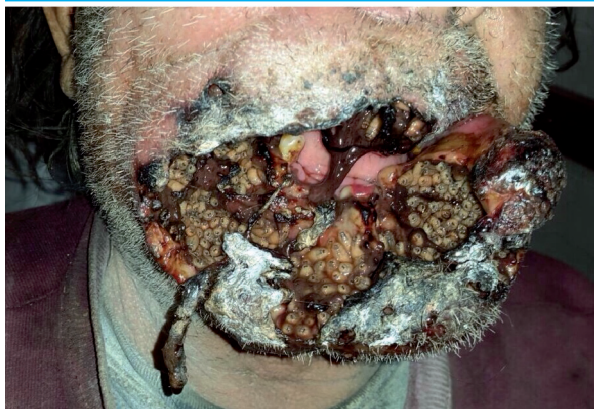
Se presenta un paciente de sexo masculino de 72 años, quien consulta –por formación de labio inferior de 5 años de evolución– al Servicio de Dermatología, evidenciándose lesión verrugosa sangrante, con costras hemáticas que abarcaba todo el labio inferior y parte del mentón. Posteriormente a esto, el paciente se pierde a la consulta.

Ingresa luego de un mes, traído por familiares, en mal estado general, presentando pérdida de sustancia a nivel del maxilar inferior asociada a miasis, celulitis y edema en hemicara derecha (Fig. 1). Asimismo presenta mala higiene y cuadro de depresión.

Se realiza desbridamiento del lecho con éter para retirar las larvas y se toma muestra para biopsia. La tomografía computarizada evidencia lesión expansiva en región maxilar inferior con compromiso óseo y de partes blandas. No se evidencian secundarismos ganglionares ni a distancia. Se inicia tratamiento antibiótico con ampicilina-sulbactam y clindamicina, y se realizan curaciones con gasas furacinadas sobre lecho cicatrizal resolviendo en su totalidad la miasis.

Se recibe el resultado de la biopsia: carcinoma epidermoide ulcerado infiltrante. Se decide tratamiento quirúrgico mediante exéresis de labio inferior y reconstrucción con colgajo de Burow bilateral<sup>6</sup> y gas-

FIGURA 1



Formación de labio inferior y su posterior evolución asociado a miasis

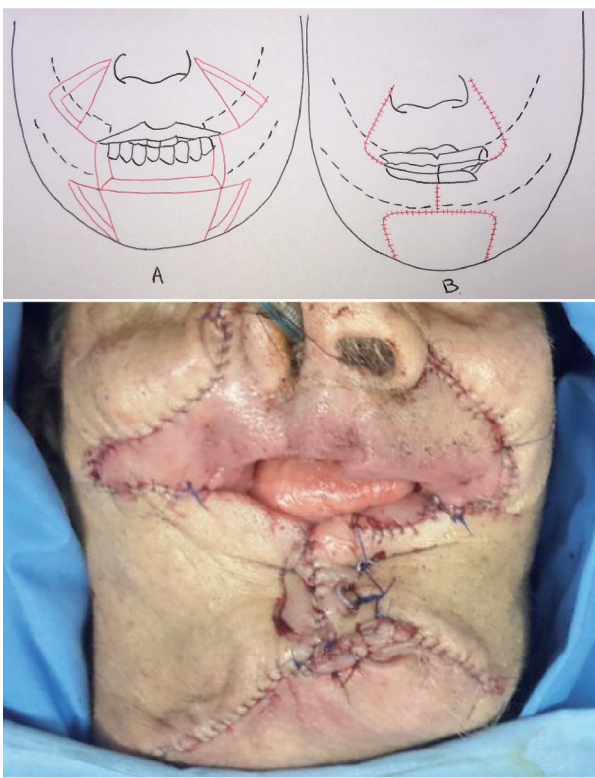
Recibido el  
03 de febrero de 2016  
Aceptado el  
12 de mayo de 2016

trostomía de alimentación. El colgajo de Burow permite la reconstrucción de grandes defectos del labio inferior utilizando tejido de avance de la mejilla adyacente. El método consiste en la transposición de colgajos cutáneos triangulares con bases en el nivel de las comisuras y volteado de solapas triangulares superiores para reconstruir el bermellón utilizando mucosa bucal (Fig. 2).

El paciente evoluciona en buen estado general y se inicia alimentación por vía oral el 20° día posoperatorio con buena tolerancia. Se otorga el alta al día 27° posoperatorio (Fig. 3).

Podemos destacar que la miasis es una complicación rara del carcinoma de células escamosas

FIGURA 2



Superior: esquema de marcación para realizar colgajos de Burow bilateral. A, prequirúrgico. B, posquirúrgico. Inferior: posoperatorio inmediato de exéresis de labio inferior y reconstrucción con colgajo de Burow bilateral

FIGURA 3



Resultado a corto plazo de la reconstrucción

avanzado de la cavidad oral. La bibliografía internacional refiere 8 casos sobre miasis asociada a tumor de células escamosas de la cavidad oral, los cuales fueron hallados en pacientes que vivían en zonas tropicales y tenían en común varios factores: mala higiene bucal, lesiones supurativas, heridas cancerosas, bajo nivel socioeconómico y depresión.

Dicha complicación puede resolverse de diferentes maneras, ya sea realizando una limpieza y desbridamiento del tejido afectado, la topicación con éter y la administración de antiparasitarios<sup>2-5</sup>.

Es importante evitar la infestación manteniendo adecuada higiene bucal y general, cubrir las heridas ulceradas y educar a la población susceptible<sup>3,4</sup>.

El tratamiento del carcinoma de células escamosas de labio inferior en su estadio inicial ha sido motivo de controversia entre cirujanos y radioterapeutas. Actualmente existe consenso en que tanto el tratamiento quirúrgico como la radioterapia ofrecen similares porcentajes de curación.

El tratamiento quirúrgico consiste en la resección radical y eventual vaciamiento linfoganglionar del cuello. Para lesiones que comprometan hasta el 65% del labio serán necesarias técnicas de transposición de tejidos<sup>1</sup>.

#### Referencias bibliográficas

1. Cantín López M, Suazo Galdames I, Venegas Rojas B, Zavando Matamala D. Carcinoma de células escamosas de labio inferior: asociación entre grado de angiogénesis, graduación histológica y frente de invasión tumoral / Lower lip squamous cell carcinoma: relationship between angiogenesis grade, histological grading and invasion tumoral front. *Int J Morphol*. 2008; 26(1):77-82.
2. Al-Maweri SA, Al-Sufyani GA, Tarakji B, Abdulrab S. Myiasis Associated with Oral Squamous Cell Carcinoma—A Literature Review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(12):4997-9.
3. Carvalho RW, Santos TS, Antunes AA, Laureano Filho JR, Anjos ED, Catunda RB. Oral and maxillofacial myiasis associated with epidermoid carcinoma: a case report. *J Oral Sci*. 2008 Mar; 50(1):103-5.
4. Pessoa L, Galvão V. Myiasis infestation in advanced oral squamous cell carcinoma. *BMJ Case Rep*. 2011; 2011. pii: bcr0420114124. doi: 10.1136/bcr.04.2011.4124.
5. Dharshiyani SC, Wanjari SP, Wanjari PV, Parwani RN. Oral squamous cell carcinoma associated with myiasis. *BMJ Case Rep*. 2012; 2012. pii: bcr2012007178. doi: 10.1136/bcr-2012-007178.
6. Craig L. Cuup, CDR, MC, USNR, Wayne F. Larrabee, JR, MD. Reconstruction of the Lips Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 1993; 4(1): 46-53.