

---

## MIÍASE ASSOCIADA A ERISIPELA BOLHOSA

---

---

---

*Lorena Bianchi Ferro Braga, Nathalia Raposo Thompson, Bárbara de Queiroz Gadelha, André Ricardo Accacio Veloso, Marina Oliveira Hoerlle, Valéria Magalhães Aguiar Coelho e Cláudia Soares Santos Lessa<sup>1</sup>*

### RESUMO

Miíase é a presença de larvas de moscas em tecidos do homem ou de outros animais vertebrados, onde se nutrem e evoluem como parasitos. Erisipela é uma celulite superficial que apresenta comprometimento do plexo linfático subjacente, cujo principal agente etiológico é *Streptococcus* (Rosenbach, 1884) beta hemolítico do grupo A de Lancefield. Caracteriza-se por placas eritematosas acompanhadas de dor e edema. Este é o relato de um caso raro de paciente idosa internada em hospital público para tratamento de erisipela bolhosa no membro inferior esquerdo, em cujas lesões, durante a internação, foi detectada a presença de miíase. Foram retiradas várias larvas vivas com auxílio de pinça e prescrita ivermectina para erradicar possíveis larvas remanescentes. O diagnóstico precoce e o tratamento correto das lesões primárias são fundamentais para evitar a ocorrência de afecções como a miíase, cuja instalação atrasa o tratamento e pode agravar o prognóstico.

DESCRITORES: Enfermidades cutâneas. Miíase. Dípteros. Doenças tropicais.

### INTRODUÇÃO

Define-se miíase como a infecção de vertebrados vivos por larvas de dípteros que, pelo menos por um determinado período, se alimentam dos tecidos vivos ou mortos do hospedeiro, de suas substâncias corporais ou do alimento por ele ingerido (10, 22).

Sua localização preferida em humanos é na pele. Também é descrita nas cavidades naturais, como boca, nariz, ouvidos, olhos, vagina e ânus (8). O quadro clínico geralmente envolve prurido, associado ou não a dor local (13). A patologia da miíase assume importância em algumas especialidades médicas, como:

---

1 Disciplina de Parasitologia, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Endereço de correspondência: E-mail: lorenabfb@yahoo.com.br

Recebido para publicação em: 20/11/2010. Revisto em: 28/4/2011. Aceito em: 11/10/2011.

otorrinolaringologia, proctologia, ginecologia, psiquiatria, oncologia, dermatologia, angiologia, geriatria e traumatologia (11).

Na América do Sul, os agentes etiológicos mais comuns de miíase humana são larvas de *Cochliomyia hominivorax* (Coquerel, 1858), que causam uma forma mais frequente e grave de miíase – a não furunculosa – e larvas de *Dermatobia hominis* (Linnaeus Jr., 1781), que ocasionam a miíase furunculosa, popularmente conhecida como “berne” (12). Esta última, também conhecida como miíase nodular cutânea, é causada por uma única larva, limitada ao folículo piloso, diferente da miíase ocasionada por larvas de *C. hominivorax*, em que pode ocorrer uma destruição tecidual muito extensa (17). Existem casos raros de associação de miíase não furunculosa por larvas de *C. hominivorax* com miíase furunculosa por larvas de *D. hominis* (9).

O diagnóstico requer a demonstração da larva no tecido e é importante preservá-la para uma posterior identificação entomológica (19). O tratamento é baseado na remoção mecânica das larvas, podendo haver associação de desbridamento cirúrgico de tecidos desvitalizados (18) com uso de ivermectina.

A ivermectina é um anti-helmíntico sistêmico que vem sendo utilizado em humanos desde 1987 para tratamento de diversas doenças parasitárias (4, 6). O uso de ivermectina sistêmica e/ou tópica tem se mostrado uma arma eficiente no tratamento das miíases, com taxa de 100% de sucesso (23), visto que ajuda na remoção das larvas quando se encontram alojadas tanto na superfície como em profundidade, desde que não estejam enclausuradas nos tecidos (19). A administração da ivermectina por via oral é prática, pois é feita em dose única de 150-200 µg/kg de peso. Apresenta absorção rápida, com elevada concentração sanguínea em relativamente pouco tempo (5).

Os casos de miíase em humanos são mais comuns no verão e em locais de clima tropical. Configuram um importante problema de saúde pública em razão do forte componente social ligado ao seu aparecimento. Há estreita relação com a pobreza, a falta de cuidados primários com a saúde e de saneamento básico (14). A miíase pode instalar-se em locais previamente acometidos por outras enfermidades (ou dermatoses), como já referido em área endêmica de filariose no Brasil, o que indica um maior risco de infecção bacteriana secundária em pacientes com linfangiomatose associada à miíase (7).

A erisipela é uma infecção da derme e epiderme com importante comprometimento do plexo linfático subjacente, cujo principal agente etiológico é *Streptococcus* beta hemolítico do grupo A de Lancefield (1) ou, eventualmente, dos grupos B, C e G. Há casos descritos como de etiologia estafilocócica, porém o mais provável é que o estafilococo se estabeleça secundariamente ou que sejam casos de celulite (3). Caracteriza-se por placas eritematosas acompanhadas de dor e edema, podendo dar à pele um aspecto de casca de laranja (21). As lesões expandem-se periféricamente, tornam-se quentes e com limite demarcado. Acomete ambos os sexos, sendo a quinta e a sexta décadas de vida as mais atingidas e os membros inferiores e face os locais mais acometidos (1).

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 80 anos, hipertensa, tabagista e etilista moderada, encontrava-se internada no Hospital Federal do Andaraí em condições precárias de higiene. Seu estado geral era ruim e mostrava-se desorientada, febril, corada, hidratada, com edema e eritema em membros inferiores, lesões bolhosas dolorosas e pruriginosas, com intensa descamação, exsudato seropurulento, odor fétido e presença de larvas nas lesões do membro inferior esquerdo.



*Figura 1.* Perna esquerda da paciente de 80 anos acometida por erisipela bolhosa associada a miíase.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO (protocolo Nº 56/2006), a paciente autorizou a retirada das larvas e a realização de fotografias. Procedeu-se ao desbridamento das lesões e à remoção das larvas utilizando-se pinça anatômica e vaselina gel; as de 1º e 2º ínstar foram acondicionadas em frasco plástico contendo álcool a 70% e as de 3º ínstar foram transferidas para frascos plásticos vedados com tecido de náilon contendo serragem esterilizada. Foi realizado curativo oclusivo e prescrita ivermectina 200 µg/kg de peso, via oral, para erradicação das larvas possivelmente remanescentes. A paciente foi orientada quanto à prevenção da miíase e permaneceu internada para continuar o tratamento da erisipela bolhosa, feito com penicilina cristalina 20 Milhões UI/dia de 4/4h por via endovenosa. Os imaturos coletados foram transportados ao Laboratório de Estudo de Dípteros da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (LED-UNIRIO). Os acondicionados em serragem foram mantidos em câmara climatizada (temperatura de 28°C e umidade relativa do ar 70±10%) até a emergência dos adultos, cuja identificação taxonômica foi realizada utilizando-se chave proposta por Mello

(2003). Os conservados em álcool a 70%, num total de 82, foram diagnosticados segundo Guimarães & Papavero (1999) e Serra-Freire & Mello (2006). Todos os exemplares corresponderam à espécie *Cochliomyia hominivorax* e foram alocados na Coleção Entomológica do LED-UNIRIO.

## DISCUSSÃO

Relata-se um caso de paciente internada em hospital público para tratamento de lesões de erisipela bolhosa, nas quais houve instalação de miíase, afecção comum em localidades de clima tropical e que mantém estreita relação com a pobreza e a falta de cuidados primários com a saúde.

Feridas abertas, como lesões de erisipela, inclusive do tipo bolhosa, podem funcionar como atrativo para a oviposição de dípteros cujo desenvolvimento pode levar ao agravamento da lesão inicial. Fêmeas de *C. hominivorax* realizam as posturas em ferimentos recentes da pele ou cavidades; cada fêmea põe até 350 ovos aglomerados, podendo efetuar várias posturas, com intervalos de três a quatro dias. O ciclo evolutivo completa-se geralmente em 21 a 23 dias em temperatura ambiente, entre 22°C e 25°C; à medida que se desenvolvem, as larvas causam sintomatologia cada vez mais exuberante. A degradação tecidual consequente à liberação de enzimas proteolíticas pelas larvas origina uma lesão do tipo ulcerada que progride, aumentando de tamanho e exalando odor fétido característico. Tais lesões são um atrativo para fêmeas fertilizadas realizarem seguidas reinfecções (9).

O tratamento consiste na limpeza da ferida; no uso de anestésicos, se necessário; na remoção das larvas com auxílio de pinça e, conforme a apresentação da lesão, no uso de medicação local e sistêmica. No caso relatado, foi usada para eliminar possíveis larvas remanescentes a ivermectina, antiparasitário de uma classe de compostos conhecida por avermectinas, endectocida macrolídeo com atividade contra endo e ectoparasitos(5). Quanto à erisipela, na maioria dos casos é utilizada a penicilina benzatina ou cristalina, conforme se verificou na literatura revisada (1), na dosagem de Penicilina G 10-20 Milhões UI/dia de 4/4h ou 6/6h pela via endovenosa (2). A paciente encontrava-se internada por tratar-se de um caso de complicação da erisipela e já recebia tratamento com penicilina cristalina.

O prognóstico da doença depende do tempo de infecção, das condições clínicas do paciente e do local acometido (16) e pode levar à necrose tecidual, entre outras complicações posteriores. Neste caso, a paciente não soube relatar o tempo de surgimento das larvas; porém pode-se deduzir que a infecção cursava há mais de uma semana. O local acometido já se encontrava previamente lesionado pela erisipela e evoluía para a forma bolhosa. Existe a possibilidade de tanto a necrose do tecido como o surgimento de secreção purulenta serem decorrentes da infecção miodária.

Sendo o Brasil um país que apresenta condições favoráveis ao desenvolvimento das principais espécies causadoras de miíases humanas, atenção especial deverá ser dada aos pacientes portadores de miíase. Estes muitas vezes

são vítimas de maus-tratos e descaso por parte dos responsáveis ou mesmo dos profissionais de saúde, o que favorece a instalação e a evolução clínica desta doença parasitária, podendo, até mesmo, retardar o tratamento da doença primária ou agravar seu curso clínico.

Portanto, é importante o relato de casos raros como este para reforçar a atenção e ampliar o conhecimento do manejo de tais pacientes por parte do corpo de saúde.

São fundamentais o diagnóstico precoce e o tratamento adequado de lesões primárias, pois, dessa forma, evita-se a ocorrência de afecções como a miíase cuja associação torna pior o prognóstico.

## ABSTRACT

Case report: myiasis associated to bullous erysipelas

Myiasis is the presence of fly larvae in tissues of humans or other vertebrates, where they feed and develop as parasites. Erysipelas is a superficial cellulitis with involvement of underlying lymphatic plexus, characterized by erythematous plaques accompanied by pain and swelling. We report a case of an aged patient admitted to a public hospital for treatment of bullous erysipelas in the left lower limb, who developed cutaneous myiasis during hospitalization. Several larvae were removed with the aid of forceps and ivermectin was prescribed to eradicate possible remaining larvae. Early diagnosis and correct treatment of the lesions are essential to prevent the occurrence of diseases such as myiasis.

KEY WORDS: Skin diseases. Myiasis. Diptera. Tropical diseases.

## REFERÊNCIAS

1. Bernardes CHA, Cardoso KT, Augusto JCA, Santos JR, Lopes LT. Experiência clínica na avaliação de 284 casos de erisipela. *An Bras Dermatol* 77: 605-609, 2002.
2. Caetano M, Amorim I. Artigo de revisão – Erisipela. *Acta Med Port* 18: 385-394, 2005.
3. Callahan EF, Adal KA, Tomecki KJ. Cutaneous (non HIV) infections. *Dermatol Clin* 18: 497-505, 2000.
4. Capelari MM, Rodrigues VHP, Marzola C, Filho JLT. Uso da ivermectina no tratamento da miíase bucal. *Revista da Academia Tiradentes de Odontologia* 2: 150-172, 2009.
5. Carvalho DAO, Sobrinho JBV. *Antiparasitários. Farmacologia e terapêutica ocular*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1999. p.59.
6. Dourmishev AL, Dourmishev LA, Schwartz RA. Ivermectin: pharmacology and application in dermatology. *Int J Dermatol* 44: 981-988, 2005.
7. Dreyer G, Mattos D, Lins R, Fraiha H. Myiasis in a bancroftian filariasis endemic area. *Journal of Lymphoedema* 3: 10-16, 2008.
8. Fares NH, Melo DV, Stucchi N, Carvalhosa AA, Castro PHS, Siqueira CRB. Miíase em Paciente de 10 Anos de Idade: Relato de Caso e Revisão de Literatura. *Rev Clin Pesq Odontol* 1: 49-54, 2005.

9. Ferraz CPA, Vilela NR, Gadelha BQ, Nascimento B, Barros PREM, Coelho VMA, Lessa CSS. Raro caso de míases por *Cochliomyia hominivorax* (Diptera: Calliphoridae) e *Dermatobia hominis* (Diptera: Oestridae) em paciente humano. *Arq Ciênc Saúde* 15: 142-144, 2008.
10. Fortes E. *Parasitologia Veterinária*. Sulina. Porto Alegre, 1987.
11. Fraiha Neto H, Leão RNQ. Míases. In: Leão, R.N.Q. (Coord.). *Doenças infecciosas e parasitárias: Enfoque amazônico*. Belém: CEJUP / UEPA/ Instituto Evandro Chagas, 1997. p. 819-831.
12. Guimarães JH, Papavero N. *Myiasis in man and animals in the Neotropical Region*. Bibliographic database. Plêiade/Fapesp, São Paulo, 1999. p.308.
13. Henry J. Oral myiasis: a case study. *Dent Update* 23: 372-373, 1996.
14. Marques AT, Mattos MS, Nascimento SB. Míase associada com alguns fatores sócio-econômicos em cinco áreas urbanas do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Soc Bras Med Trop* 40: 175-180, 2007.
15. Mello RP. Chave para identificação das formas adultas das espécies da família Calliphoridae (Diptera: Brachycera, Cyclorrhapha) encontradas no Brasil. *Entomol Vect* 10: 255-268, 2003.
16. Nascimento EMF, Oliveira JB, Paes MJ, Lobo AP, Silva ALA, Santos Jr. ER, Leal JLF, Moya-Borja GE. Míases humanas por *Cochliomyia hominivorax* (Coquerel, 1858) (Diptera, Calliphoridae) em hospitais públicos na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. *Entomol Vect* 12: 37-51, 2005.
17. Nunes RV, Ferraz ACP, Gadelha BQ, Coelho VMA, Lessa CSS. Míase furunculóide de localização atípica. *Medicina (Ribeirão Preto)* 42: 164-166, 2009.
18. Pierce AW. Myiasis. In: Braud AI. *Medical microbiology and infectious diseases*. Philadelphia, W.B. Saunders; 1981. p.1704-1710.
19. Rodrigues MHL, Aoki L, Nicoletti AGB, Matayoshi S, Fernandes JBV. Ivermectina no Tratamento da Míase Orbitária: Relato de Caso. *Arq Bras Oftalmol* 66: 19-21, 2003.
20. Serra-Freire NM, Mello RP. *Entomologia & Acarologia na Medicina Veterinária*. L.F. Livros. Rio de Janeiro, 2006.
21. Tanaka AMU. Erisipela. *Ars Cyrandi* 6: 79-81; 1988.
22. Tarso P, Pierre-Filho P, Minguini N, Pierre AM. Use of ivermectin in the treatment of orbital myiasis caused by *Cochliomyia hominivorax*. *Scand J Infect Dis* 36: 503-505, 2004.
23. Victoria J, Trujillo R, Barreto M. Myiasis: a successful treatment with topical Ivermectin. *Int J Dermatol* 38: 142-144, 1999.