

## MIÍASES NO LÁBIO SUPERIOR - APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

### MYIASIS IN UPPER LIP – CLINICAL REPORT

Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo<sup>1</sup>  
 Conceição de Maria Albuquerque Vitor<sup>2</sup>  
 Marcela Barbosa Lins e Silva<sup>3</sup>  
 Luciana Alves de Luna<sup>4</sup>  
 Adriana Carla Barbosa Firmo<sup>5</sup>

#### Endereço para Correspondência:

Prof. Dr. Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo.  
 Rua Antonio de Castro, 180 – Casa Amarela. CEP: 52070-080. Recife / Pernambuco / Brasil.  
 E-mail: ricardo.eugenio@sds.pe.gov.br

1 - Mestre e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela PUCRS; Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial; Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco; Coordenador da Disciplina de Traumatologia da UFPE; Coordenador do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Federal de Pernambuco; Professor Convidado da Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid – Espanha; Professor Convidado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto – Portugal; Professor Convidado da Universidad Nacional Federico Villareal – Peru; Professor Visitante da School of Medicine, University of Miami – Estados Unidos; Professor Convidado da Universidad Alas Peruanas – Peru; Membro da Academia Pernambucana de Ciências.

2 - Estagiária do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração (Pronto-Socorro); Staff do Hospital Jaime da Fonte; Staff do Hospital São Salvador.

3 - Professora substituta da Disciplina de Traumatologia da Universidade Federal de Pernambuco; Mestranda em Clínica Integrada da UFPE; estagiária do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração (Pronto-Socorro); Staff do Hospital Jaime da Fonte; Staff do Hospital São Salvador.

4 - Professora Substituta da Disciplina de Traumatologia da Universidade Federal de Pernambuco; Estagiária do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração (Pronto-Socorro).

5 - Acadêmica estagiária do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração (Pronto-Socorro); acadêmica estagiária do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Jaime da Fonte; acadêmica estagiária do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Polícia Militar de Pernambuco.

#### RESUMO

A miíase pode ser definida como uma zoodermatose causada pela presença de larvas de moscas em órgãos e tecidos do homem ou outros animais vertebrados, onde elas se nutrem e evoluem como parasitos. É caracterizada pela lesão da pele, mucosa ou orifícios e cavidades naturais do organismo. Entre as principais moscas, cujas larvas produzem miíases em nosso meio, estão as: *Dermatobia hominis*, *Callitroga americana* e espécies do gênero *Lucilia*. Existem várias classificações para miíases, conforme seja a localização das larvas, a biologia da mosca e o tipo de tecido em que ocorre. Considerando que embora a ocorrência da miíase seja rara nas intervenções odontológicas, o seu conhecimento também é importante para a eventualidade do cirurgião dentista se deparar na prática clínica de um possível caso dessa infestação. Relataremos um caso clínico de uma paciente, o qual apresentava miíases em cavidades naturais do organismo, onde o diagnóstico e tratamento foi realizado, obtendo-se sucesso.

**UNITERMOS:** Miíases. Larva. Lábio. Parasitologia.

#### ABSTRACT

Myiasis can be defined as a zoodermatosis caused by the presence of larvae from flies in human organs and tissue as well as other vertebrate animals where they feed and develop themselves as any parasite. It is characterized by the harmed skin tissue, soft tissue and natural cavities of the organism. Among the most well-known flies, whose larvae produce myiasis on human beings, we have the *Dermatobia hominis*, the *Callitroga Americana*, and *Lucilia* gender kind. There are several classification for the myiasis according to its localization, its biology and also the kind of tissue where it occurs. Considering that, although the occurrence of myiasis is rare in dental interventions, it is important that the surgeon be aware of its existence in advance where facing a possible case of this infestation while on clinical practice. The authors report a case in which the patient showed myiasis in natural cavities of the organism where its diagnose and treatment were applied successfully

**UNITERMS:** Myiasis. Larva. Lip. Parasitology.

## INTRODUÇÃO

As miíases são afecções causadas pela invasão dos tecidos ou dos órgãos, do homem ou dos animais, pelas larvas de dípteros<sup>1, 2, 5, 9, 15, 18, 19</sup>. A denominação de miíases (de myia, mosca) foi dada por F. W. Hope<sup>2, 4, 5, 9, 15, 16, 19</sup>, há mais de um século (1840), a esses casos de parasitismo por larvas de moscas<sup>5</sup>.

É conhecida, no novo mundo, desde 1587, num primeiro caso de miíase cutânea descrito por Soares de Souza<sup>5, 15</sup> e o primeiro caso de miíases envolvendo o complexo oro-dental foi relatado por Scott<sup>9, 15</sup>.

A localização destas larvas nos distintos órgãos e tecidos que parasitam, vem acompanhadas de uma série de transtornos às vezes, sumamente graves, que tem por origem as lesões destrutivas que estas larvas ocasionam, as quais se agregam fenômenos inflamatórios, infecciosos e hemorrágicos<sup>17</sup>.

Nem todas as moscas que invadem as casas são *Musca domestica* (mosca doméstica), mesmo quando esta espécie represente a quase totalidade da população desses insetos<sup>1, 15, 21</sup>.

As fêmeas põem um total de 500 a 600 ovos, em quatro a seis vezes quinzenalmente durante toda a sua vida. Quando as condições são favoráveis e levando em consideração que somente uma parte sobrevive, a descendência de uma só mosca pode chegar a 500 mil ao fim de dois meses. Os ovos segundo as condições ambientais, eclodem dentro de 8 horas e quatro dias e as larvas aparecem entre 4 a 5 dias numa temperatura variando entre 23 e 26 graus centígrados.<sup>21</sup>

A incidência de miíases humanas em nosso meio não é muito grande, mas em algumas regiões podem provocar sérios danos nos homens e nos animais<sup>13</sup>.

Outros casos, variavelmente são chamados de miíases gengivais, miíases dentárias, miíases oral e miíases periodontal, dependendo do tecido específico do complexo oro-dental. A miíase oral afetando o complexo oro-dental é rara<sup>9</sup>.

Alguns casos de miíases oral têm sido relatados em ferimentos pós-extração, em pacientes epiléticos que sofreram trauma na área facial, em pessoas com higiene oral pobre<sup>7, 9, 11, 15, 22</sup>, devido a retardo ou doença mental<sup>7, 9</sup>, pessoas que tem o hábito de sugar o dedo e em respiradores bucal onde a boca se mantém aberta durante o sono<sup>11</sup>.

## FASES EVOLUTIVAS

Na generalidade dos casos, a fêmea, depois de fecundada, põe ovos que evoluem no meio exterior. Mas, em algumas espécies, os ovos ficam retidos numa dilatação do canal vaginal (denominada de útero), onde se dá a evolução da fase larvária<sup>15, 21</sup>.

Tipicamente, as larvas dos muscóideos são vermiformes, ápodas e com região cefálica muito reduzida. Isto lhes valeu a denominação geral de larvas acéfalas e, ao primeiro segmento do corpo, o nome de pseudocéfalo. As peças bucais estão transformadas em dois ganchos<sup>15, 21</sup>.

No segundo segmento larvário, após o pseudocéfalo, as larvas de segundo e terceiro estádios trazem os espiráculos anteriores, estruturas salientes em forma de leque. O último segmento, que é geralmente largo, termina por uma superfície truncada e em alguns casos, deprimida. Aí ficam situadas as placas estigmáticas, simetricamente dispostas e com as aberturas espirculares formando desenhos diferentes segundo as espécies. O aspecto das placas estigmáticas é utilizado para a identificação específica das larvas<sup>21</sup>.

A maioria das formas larvárias de ciclorrafas alimenta-se no solo de detritos orgânicos tais como fezes, lixo e corpos em decomposição. Algumas espécies crescem sobre cadáveres de animais e, eventualmente, em cadáveres humanos – larvas necrobiontófagas<sup>21</sup>.

Outras espécies exigem tecidos vivos para sua alimentação – larvas biontófagas, e passam, então, para a categoria de verdadeiros parasitos. São parasitos protelianos, isto é, parasitos somente na fase juvenil, pois no fim do período larvário (por volta do 5º dia), abandonam seu hospedeiro e caem no solo, onde se enterram para pupar. Como adultos são em geral, seres de vida livre ou, se adaptados à alimentação sanguínea, são micropredadores<sup>21</sup>.

A pupa fica protegida dentro da pele do último estágio larvário que, endurecida, constitui o pupário. Permanece imóvel, consumindo as reservas nutritivas acumuladas no período larvário, lisando seus próprios tecidos para formar o novo organismo e desenvolver uma profunda reorganização estrutural de que resultará o inseto adulto<sup>15, 21</sup>.

## CLASSIFICAÇÃO

A miíase das feridas ou cavidades, vulgarmente chamada de bicheira, pode ser causada nas diversas regiões, por diferentes espécies de moscas. Assim, por exemplo, incrimina-se a *Lucilia caesar* (mosca verde), a *Calliphora vomitoria* (mosca azul da carne)<sup>3, 5, 10, 19</sup>, a *Sarcophaga carnaria*<sup>1, 2, 4, 10, 15, 16, 19</sup> e a *Sarcophaga magnifica*<sup>1, 2, 4, 10, 16, 19</sup>, que tem a particularidade de atingir o homem durante o sono, depositando os ovos preferencialmente no saco conjuntival, penetrando as larvas através da córnea, no globo ocular e causando inflamações e supurações que podem chegar a perda do olho<sup>5</sup>.

As miíases generalizadas são formas de observação pouco frequentes e são cabíveis em caso de catástrofe e abandono de feridas durante vários dias. Como o nome indica, se produz uma invasão geral do corpo por larvas que terminam por devorá-lo in vivo<sup>17</sup>.

A miíase migratória é uma forma clínica primária na qual a larva percorre caminhos na pele em vez de ficar localizada, como na forma furunculóide. Assemelha-se à larva *migrans* da ancilostomíase, desta, diferenciando-se por movimentar-se muito mais lentamente. Essa forma clínica, porém, não ocorre no nosso meio, uma vez que é produzida por larvas do

gênero *Gasterophilus*<sup>5, 13, 14, 17, 23</sup> e *Hypoderma*<sup>4, 5, 6, 10, 14, 15, 17, 23</sup>, que aqui não são encontradas<sup>23</sup>.

As miíases são classificadas em primárias e secundárias<sup>23</sup>. A miíase primária – furunculóide (berne) – é causada pela larva da mosca *Dermatobia hominis*<sup>3, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 23</sup> ou, raramente, pela *Callitroga americana*<sup>13, 14, 23</sup> (*Callitroga hominivorax*),<sup>5, 9, 13, 17, 21</sup> parasitas obrigatórias (específicas) que, invadem o tecido vivo. A miíase secundária (bicheira) é causada pela larva da mosca *Callitroga macelaria* (mosca varejeira)<sup>5, 8, 13, 15, 17, 21</sup> e espécies do gênero *Lucilia*,<sup>3, 6, 14, 15, 17, 19, 23</sup> parasitas facultativos (semi-específicos), que invadem tecidos necrosados de ulcerações da pele e mucosa, destes alimentando-se para o seu desenvolvimento<sup>14, 23</sup>.

Existem várias classificações para miíases, conforme seja a localização, a biologia da mosca e o tipo de tecido em que ocorre<sup>13</sup>.

Quanto ao local de ocorrência, elas podem ser: cutâneas, subcutâneas, cavitárias<sup>10</sup> (nariz, boca, seios paranasais), ocular, anal, vaginal, etc. Essa classificação, por agrupar espécies biologicamente distintas sob o mesmo item, tem sido pouco usada<sup>14</sup>.

Já a classificação baseada nas características biológicas da mosca é mais aceita atualmente. Assim temos<sup>13, 15</sup>:

- a) obrigatórias<sup>6, 13, 18</sup> – também conhecidas por miíases primárias. Nesse grupo estão incluídas as seguintes moscas: Oestridae – desenvolvem-se nas cavidades nasofaríngeas de vários mamíferos; Calliphoridae (gênero *Cochliomyia* e *Chrysomya*), Cuterebridae, Muscidae (gênero *Philornis*) que se desenvolvem em tecido cutâneo e subcutâneo de vários mamíferos (o último gênero ocorre em aves) e Gasterophilidae, em aparelho digestivo de cavalos e outros mamíferos. Seriam as moscas denominadas de biontófagas, antigamente<sup>13</sup>.
- b) facultativas – também conhecidas por miíases secundárias. São as miíases causadas por larvas de dípteros que usualmente desenvolvem-se em matéria orgânica em decomposição (vida livre), mas eventualmente podem atingir tecidos necrosados em um hospedeiro vivo. Neste grupo estão várias espécies das famílias Calliphoridae, Sarcophagidae e Muscidae (*Fannia*)<sup>14</sup>. Essas moscas eram denominadas de necrobiontófagas, anteriormente<sup>13</sup>.
- c) pseudomiíases. São as ocasionadas por larvas de dípteros ingeridas com alimentos e que passam pelo tubo digestivo sem se desenvolverem, mas podendo ocasionar distúrbios, mais ou menos graves. As espécies causadoras são: Stratiomyidae (*Hermetia illucens*), Syrphidae, Muscidae, Tephritidae (moscas das frutas – bicho-de goiaba), etc. Anteriormente, esse tipo de miíase era denominada de acidental<sup>6, 13, 14, 18, 23</sup>.

Para facilitar o reconhecimento das moscas aqui estudadas, será apresentada uma chave simplificada, baseada em caracteres macroscópicos:<sup>13</sup>

1. moscas de pequenas a grandes, de cor cinza, com três faixas negras no tórax e abdome axadrezado: *Sarcophagidae*.
2. Moscas grandes, tórax cinza-amarronzado e abdome azul metálico: *Dermatobia hominis*.
3. Moscas médias, de cor verde-metálico: *Calliphoridae*.
4. Toda verde, com três faixas longitudinais no tórax: *Cochliomyia*.
5. Toda verde, com duas faixas escuras transversais no tórax e três no abdome: *Chrysomya*.
6. Toda verde ou acobreada: *Phaenicia*.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Variam com a espécie e a localização das larvas, podendo configurar desde quadros benignos, leves e assintomáticos, até formas graves, com sérias complicações, até mesmo levando à morte. A larva pode parasitar a pele, o couro cabeludo, cavidades ou orifícios naturais do corpo (vagina, fossas nasais, seios paranasais, trato urinário e intestino), determinando quadros localizados, ou ainda, ser disseminada para órgãos internos.<sup>23</sup>

Entre as doenças transmitidas por moscas – como vetores mecânicos em vista dos seus hábitos peculiares, elas podem transportar bacilos da febre tifóide (*Salmonella typhosa*), agentes da disenteria bacilar, de infecções estafilocócicas, de amebíase e de ovos de helmintos, vírus da poliomielite, quer na superfície do corpo, pernas e tromba, quer através do conteúdo digestivo<sup>21</sup>.

O tipo mais encontrado na infância é a miíase furunculóide (berne)<sup>5, 8, 15, 23</sup>. A afecção é causada pela larva da mosca *Dermatobia hominis*<sup>3, 5, 6, 13, 14, 15, 17, 21, 23</sup> e excepcionalmente pela larva da *Callitroga americana*.<sup>13, 14, 15, 23</sup> Esses insetos depositam seus ovos na parede abdominal de outras moscas ou mosquitos, onde se dá a eclosão. As larvas resultantes são depositadas sobre a pele humana, penetrando nesta através da picada dos insetos carreadores. Com o desenvolvimento da larva, forma-se no local um nódulo que difere do furúnculo, por exemplo, por ter um aspecto menos inflamatório e apresentar na parte central um orifício que deixa sair, por expressão, uma serosidade. Atingida a maioridade, a larva move-se no interior do nódulo, dilata a abertura e sai, com posterior cicatrização da lesão<sup>8</sup>.

Os sintomas das miíases cavitárias consistem em geral na tumefação do nariz, dores mais ou menos vivas, tosse e, muitas vezes, epistaxes. Queixa-se o doente de forte cefaléia, formigamento e dores na nasofaringe. Se a miíase é determinada pela *Callitroga americana*,<sup>13, 14, 15, 23</sup> é muito grave, pois as larvas destroem as cartilagens, o arcabouço nasal, a abóbada palatina, podem penetrar nos seios nasais, e mesmo atingir a cavidade craniana, com êxito letal. Os

sintomas são menos graves em se tratando de larvas necrobiontófagas, que se limitam a nutrir-se de tecidos necrosados e respeitam as partes sãs<sup>20</sup>.

## TRATAMENTO

Nos casos das miíases intestinais<sup>6, 13, 14, 15, 18, 21</sup>, a cura pode ser acelerada com a administração de anti-helmínticos<sup>5, 13, 21</sup>. Recomenda-se o emprego de purgativo salino (Sal de Glauber) ou piperazina, na mesma dosagem empregada contra o *Ascaris lumbricoides* ou ainda o thiabendazol.<sup>13, 15</sup>

O processo leigo e antigo de tratamento consiste em colocar um pedaço de toucinho<sup>16, 23</sup>, vaselina e esparadrapo largo<sup>5, 13, 15, 16</sup> sobre a lesão, impedindo a respiração da larva, que migra para o toucinho ou surge no orifício de penetração, facilitando sua retirada ou eliminação pela expressão<sup>8</sup>.

Um dos processos mais recomendados é aplicar leite de vaca com 20% de clorofórmio. A gordura do leite sufoca as larvas, que procuram deixar os tecidos, sendo mortas pelo clorofórmio. Usa-se também a benzina, a infusão de piretro, a terebintina, pulverizações com iodoformio, água salgada, solução fenicada a 2%, etc., mas o melhor é o clorofórmio a 15% em azeite, que atua também como emoliente na ferida infestada. Das cavidades (nariz, faringe, boca, ouvido), as larvas devem ser, tanto quanto possível, retiradas mecanicamente, depois de anestesiadas pelo clorofórmio, aplicando-se depois um leve desinfetante. A permanência das larvas, embora mortas, pode causar, pelo apodrecimento delas, sérias complicações. No nariz obtém-se bom resultado com uso repetido do clorofórmio embebido em algodão, para tamponamento nasal, ou por inalação.<sup>5, 15</sup>

Na localização ocular, afastamento das pálpebras, anestesia pela neotutocaína<sup>5, 13</sup> e retirada das larvas por meio de pinça. É urgente a indicação cirúrgica, principalmente quando as larvas penetram nos seios nasais, dando-se, entretanto, na generalidade desses casos, o desfecho fatal.<sup>5</sup>

A melhor maneira de se retirar o berne é matando-o por asfixia<sup>13, 15</sup>:

- raspar os pelos da região (cabeça);
- colar firmemente um pedaço de esparadrapo (3cm de cada lado);
- deixar por uma hora;
- retirar o esparadrapo: o berne deve estar aderido ao mesmo; caso não esteja, com ligeira compressão, sairá;
- tratar a ferida com bacteriostático local.

Caso não se consiga retirá-lo assim, pode-se proceder de outra maneira. Colocar um pedaço de fumo de rolo em água filtrada e ferver durante 15 minutos. Depois de fria, colocar algumas gotas no orifício da larva. A nicotina matará o berne rapidamente, facilitando a sua extirpação por compressão manual. O berne, ou os bernes presentes num mesmo orifício, deverão ser retirados íntegros, para facilitar a cicatrização. De outra forma, poderá

haver proliferação bacteriana, evoluindo para um abscesso<sup>13</sup>.

Deve-se matar o berne antes de tentar retirá-lo. Estando vivo, mantém os seus espinhos firmemente aderidos aos tecidos do hospedeiro, dificultando sua extirpação.

Dependendo da área, só sairá do orifício após ligeira anestesia local, com neotutocaína<sup>5, 13</sup> ou xilocaína, seguida de incisão na pele com bisturi ou tesoura.<sup>13</sup>

Na miíase furunculóide<sup>5, 8, 15, 23</sup>, consiste na simples retirada das larvas com uma pinça. Em alguns casos pode haver a necessidade de ato cirúrgico para debridamento, excisão e alargamento do orifício para a retirada da larva, ou irrigação com solução salina sob anestesia<sup>9, 23</sup>.

No caso da terapia larval, há muito tempo se sabe que ferimentos necrosados e infectados têm seu processo de cicatrização acelerado quando são infestados por larvas de determinadas espécies de moscas. Esse processo para a cura de feridas tem sido usado por populações aborígenes na Austrália, América Central e Birmânia.<sup>13</sup>

Médicos militares que tinham que tratar de soldados com ferimentos necrosados e infestados por larvas de moscas já haviam notado esse fenômeno. Os mecanismos de atuação das larvas podem ser resumidos em: remoção mecânica de bactérias causada pelo aumento acentuado do exsudato seroso produzido pelo efeito irritativo das larvas sobre o tecido sadio de ferimento; proliferação rápida do tecido de granulação resultante do estímulo constante produzido pela movimentação das larvas sobre o tecido sadio do ferimento; liquificação enzimática do tecido necrosado; destruição de bactérias no tubo digestivo das larvas; presença de alantoína, uma substância antibacteriana produzida pelas larvas; alcalinização do meio devido à liberação de amônia e carbonato de cálcio, que inibe a proliferação bacteriana.<sup>13, 15</sup>

Com o descobrimento dos antibióticos, esse método de limpeza e tratamento de feridas foi abandonado. Entretanto, com o aparecimento de resistência generalizada de bactérias a antibióticos, associado ao fato de que a antibiotioterapia tem eficácia muito comprometida nos casos de osteomielite crônica, tumores necrosados e também em certas úlceras crônicas, larvas de Califorídeos têm sido novamente usadas no tratamento dessas afecções. Três espécies são as mais comumente utilizadas: *Phaenicia sericata*, *Lucilia illustris* e *Phormia regina*. Destas, apenas a *Phaenicia sericata* ocorre no Brasil. Entretanto, algumas espécies locais são candidatas em potencial para esse tipo de utilização, tais como *Cochliomyia macellaria* e *Phaenicia eximia*. Para isso, são necessários estudos mais detalhados da biologia dessas espécies.<sup>13, 15</sup>

A ivermectina<sup>16, 22</sup> um antibiótico macrolídeo semi-sintético, isolado do *Streptomyces avermitilis*, amplamente usada em animais de grande porte (bovinos, eqüinos, caprinos e camelídeos) como tratamento e controle das parasitoses causadas por

nematódeos gastrointestinais e pulmonares, nas infestações por bernes, piolhos e auxiliar no tratamento de sarnas (escabiose) e carrapatos, tem sido ultimamente utilizada nos seres humanos como profilático no tratamento das filariose provocadas por *Onchocerca volvulus*, *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* e *Brugia timori* (oncocercose, loiasis, loa-loa, elefantíase) e nas miíases, demonstrando ser um método seguro nas dosagens recomendadas de 200 a 400 µg/kg. Utiliza-se para pacientes entre 40 a 60Kg, 2 comprimidos de ivermectina (12mg) via oral; e pacientes entre 60 e 90Kg, 3 comprimidos (18mg). Reavalia-se após 24 horas. Geralmente as larvas morrem e são eliminadas espontaneamente ou através de lavagem, sem os incômodos da catação unitária.

## RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 72 anos de idade, da zona rural, compareceu à emergência do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração (pronto-socorro) em Recife – Pernambuco, apresentando como queixa principal desconforto na região labial superior direita, devido a uma ferida há 12 meses, sendo tratada com medicação caseira. Estava consciente e afebril, colaborando com o exame. Não apresentava alergias medicamentosas ou alimentares, cardiopatias, diabetes, hepatopatias ou nefropatias. Ao exame clínico / radiográfico, apresentava aumento de volume no lábio superior direito, duro à palpação, necrose tecidual, prurido, odor fétido, edema. Foi observado infestação de miíase do tipo secundária cavitária, visíveis na inspeção. Não foi observada a miíase intra-bucal nem intra-nasal.

No primeiro atendimento, foi adotada a anestesia local como procedimento de eleição. Constatou-se a presença de dezenas de larvas na região labial superior, com destruição parcial. O tratamento foi realizado impregnando-se em gaze, soluções voláteis como o éter, que, colocado sobre a superfície, auxiliou na saída das larvas. A seguir, foram retiradas com uma pinça do tipo dissecação, larvas vivas de, aproximadamente, 12mm de comprimento. (Figura 1)



**Figura 1.** Larva de *Hypoderma bovis* no lábio superior.

Foi realizado o debridamento dos tecidos desvitalizados e curetagens da cavidade para a remoção do tecido necrosado. Posteriormente, foi realizada a limpeza, irrigando-se com soluções salinas e logo após, com soluções antissépticas do tipo polivinil pirrolidona e realizado os curativos. Foi instituído o controle dos sinais vitais, uso de uma dieta hiperproteica, hipercalórica, reposição volêmica contínua, administração de complexo B e vitamina C para combater os radicais livres na circulação e estimular a reparação tissular, do 9α-Fluoro-16α-metilprednisolona, da cefalotina sódica (4g / dia), a metoclopramida que atua periféricamente, atuando a ação do ACh nas sinapses muscarínicas e antagonizando a dopamina no SNC, aspiração das secreções bucais em curto espaço de tempo e em intervalos regulares, manutenção do tórax e segmento cefálico elevado. O pós-operatório transcorreu dentro dos padrões da normalidade. Ao exame parasitológico foi constatada a presença da larva *Hypoderma bovis*, membro da família Oestridae.

## CONCLUSÕES

As péssimas condições locais de higiene, com ferimentos ou presença de secreções, facilitam para que as moscas ou outros insetos que agem como vetores mecânicos, depositem seus ovos e se desenvolvam.

O tratamento recomendado é a utilização de substâncias voláteis para auxiliar na retirada, debridamento do tecido desvitalizado com a remoção mecânica das larvas. A remoção das larvas deve ser realizada com cuidado para que não sejam fragmentadas e os restos das mesmas permaneçam no local servindo de meio para infecção. Recomendamos o uso de antiinflamatórios e antibioticoterapia nas miíases do tipo cavitária, pelo difícil acesso para a higiene local e como medidas profilática ou terapêutica associadas ao complexo vitamínico nos casos onde existam um baixo estado nutricional. O uso da ivermectina tem sido preconizado, pois interfere na transmissão de impulsos nervosos, junto às terminações nervosas, por estímulo à liberação do ácido gama amino butírico (GABA). Em vermes redondos, a ivermectina estimula a liberação de GABA nas terminações nervosas, favorecendo a sua fixação no nível dos receptores, interrompendo dessa forma, os impulsos nervosos, determinando a eliminação dos parasitos. A acetilcolina, principal neurotransmissor periférico em mamíferos, não é afetada pela ivermectina.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo P et al. Miíase auricular humana. Primeiro caso descrito em Portugal. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial* 2003; 41(2).
2. Baliga MJ et al. Orbital myiasis: a case report. *Int J Oral Maxillofacial Surg* 2001; 30: 83-84.

3. Brumpt L, Brumpt V. *Parasitología práctica*. Barcelona: Toray – Masson, 1969, 396p.
4. Çaçá I et al. Orbital Myiasis: Case Report. *Jpn. J. Ophthalmol.* 2003; 47: 412-414.
5. Coutinho E. *Tratado de clínica das doenças infectuosas, parasitárias e peçonhentas*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1957, 835p.
6. Despommier DD, Gwadz RW, Hotez PJ. *Parasitic diseases*. 3 ed. New York: Springer – Verlag, 1995. 333p.
7. Erol B et al. Oral Myiasis caused by hypoderma bovis larvae in a child: A case report. *Journal of Oral Science* 2000; 42(4):247-249.
8. Farhat CK et al. *Infectologia pediátrica*. São Paulo: Atheneu, 1993. 628p.
9. Felices RR, Ogbureke KUE. Oral myiasis. Report of case and review of management. *J Oral Maxillofacial Surg* 1996; 54(2):219-220.
10. Guiart J. *Précis de parasitologie*. Paris: Librairie J.B. Bailliére et Fils, 1910.
11. Lata J, Kapilla BK, Aggarwal P. Oral myiasis. A case report. *Int J Oral Maxillofacial Surg* 1996; 25(6):455-456.
12. Liebert PS, Madden RC. Human Botfly Larva in a Child's Scalp. *J Pediatric Surg* 2004; 39(4): 629-630.
13. Linhares AX. Míases. In NEVES, D.P. *Parasitologia humana*, 9 ed. São Paulo: Atheneu, 1995.
14. Markell EK, Voge M. *Medical parasitology*, 3 ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1971, 357p.
15. Melo REVA, Vitor CMA, Pinto SF. Míases Humanas. *Anais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco* 2000;10(1):73-79.
16. Millikan LE. Myiasis. *Clin Dermatology* 1999; 17: 191-195.
17. Niño FL. *Parasitologia. Zooparasitos y patología de las zoonosis humanas*. México: Editorial Jose M. Cajica, Jr., 1958, 801p.
18. Novelli MR, Haddock A, Eveson JW. Orofacial myiasis. *Br J Oral Maxillofacial Surg* 1993; 31:36-37.
19. Otranto D. The immunology of myiasis: parasite survival and host defense strategies. *TRENDS in Parasitology*, v.17, n. 4, p. 176-182, apr., 2001.
20. Pessoa SB, Martins AV. *Parasitologia médica*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977, 986p.
21. Rey L. *Parasitologia, parasitos e doenças do homem nas Américas e África*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 731p.
22. Ribeiro FAQ et al. Tratamento da míase humana cavitária com ivermectina oral. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 2001; 67(6): Parte I, p. 755-761.
23. Souza JJ, Marinho LAC. Míase. In: *Tratado de infectologia*. Veronesi R, Focaccia, R. São Paulo: Atheneu, 1996.