

# MIÍASE LABIAL

## Lip Myiasis

Luiz Fernando BOROS<sup>1</sup>; Luis Henrique BOROS<sup>2</sup>; Luis Filipe BOROS<sup>2</sup>; Priscilla Algarte da SILVA<sup>2</sup>; Jayme BORDINI JUNIOR<sup>3</sup>

## RESUMO

Os autores fazem uma revisão na literatura mais recente das possíveis espécies da ordem díptera que podem causar miíase no ser humano e os diversos tratamentos propostos. Relatam um caso clínico de miíase labial em um paciente branco com 32 anos do sexo masculino e sem nenhuma doença sistêmica de base.

**Palavras-chave:** Miíase, Miíase Labial, Miíase Bucal, *Dermatobia hominis*, *Cochliomyia hominivorax*

## ABSTRACT

The authors review from the most recent literature the various species from diptera class which may cause human myiasis and its several forms of treatment. They describe a clinic case of lip myiasis in a 32 years old white male and with no systemic disease.

**Keywords:** Myiasis, Lip Myiasis, Oral Myiasis, *Dermatobia hominis*, *Cochliomyia hominivorax*

A palavra miíase tem sua origem do grego (myia = mosca, ase = doença) define uma infestação de larvas de dípteros em animais vertebrados pelo menos em uma fase do seu desenvolvimento, alimentando-se dos tecidos

vivos ou mortos do hospedeiro, de suas substâncias líquidas ou do alimento ingerido (MARTINEZ, et al. 2003); (MAZZOTTINI e SOTTOVIA, 2002). É uma dermatose de maior incidência nos trópicos e é mais

---

<sup>1</sup> Professor de Patologia Aplicada do Curso de Odontologia da UFPR. Doutor em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru - USP.

<sup>2</sup> Graduados em Odontologia pela UFPR.

<sup>3</sup> Professor de Patologia Aplicada do Curso de Odontologia da UFPR. Doutor em Clínica Cirúrgica pela UFPR.

prevalente nas populações rurais. Tanto na região rural como urbana esta doença é mais encontrada em pessoas com distúrbios psiquiátricos (FREITAS, et al 1989); (MADEIRA, et al. 1978), etilistas crônicos (GOMEZ, et al. 2003), diabéticos (TARSO, et al. 2004), desnutridos, imunodeprimidos e, especialmente em pessoas com precários hábitos de higiene corporal, bucal e de baixo grau de instrução (MARTINEZ, et al. 2003), como também pode acarretar em pacientes portadores de outros tipos de doenças como carcinoma de lábio inferior (NOGUEIRA, et al. 2000), leishmaniose (DURIGUETO JUNIOR, et al. 1995) paralisia cerebral hipertônica (MAZZOTTINI e SOTTOVIA, et al. 2002).

A infestação é provocada pela penetração nos tecidos ou nas cavidades naturais humanas de larvas de dípteros de cor azul ou verde de brilho metálico identificadas geralmente como (moscas varejeiras), acarretando as bicheiras como é conhecido pelos pecuaristas (FREITAS, et al. 1989). Esta infestação no ser humano pode se dar na cabeça comprometendo o couro cabeludo, ouvidos, olhos, fossas nasais e seios paranasais, raramente a boca está comprometida sendo mais comum a infestação no palato e gengivas (FREITAS, et al. 1989); (TARSO, et al. 2004); (GOMEZ, et al. 2003); (MADEIRA, et al. 1978); (MAZZOTTINI e SOTTOVIA, et al. 2002); MELENDEZ, et al. 1995); (SHINOHARA, et al. 2004); (STEPHAN, e FUENTEFRIA, 1999); (TERRA e SIQUEIRA, 1980). No corpo a infestação é mais comum na pele com lesões ulceradas (DURIGUETO JUNIOR, et al. 1995); (MOISSANT DE ROMÁN, et al. 2004); (NOGUEIRA, et al. 2000) do que na pele normal e regiões urogenitais (MARTINEZ, et al. 2003).

Os autores MADEIRA, et al. (1978) citam a classificação de Veronessi, (1964) que classifica a miíase em dois grupos. Grupo I –

Miases primárias com duas sub-divisões: a) miíase migratória causada pelas larvas do gênero *Gastrophilus* e *Hypoderma*, atacam a pele de bovinos e eqüinos, ocasionalmente o homem (*Hypoderma*) em algumas formas clínicas podem ser confundidas com a dermatose serpintigiosa (larva migrans – bicho geográfico). b) miíase furunculóide (berne) causada pela *Dermatobia hominis*. Grupo II - Miase secundária com três subdivisões: a) miíase das úlcerações produzidas por larvas da *Callitroga macellaria* (mosca varejeira) do gênero *Lucilia* e da família *Sarcophagidae*. b) miíase cavitária – da cavidade nasal, conduto auditivo e globo ocular e vias urinárias, causadas por larvas da *Callitroga hominovarax*. c) miíase intestinal ocasionada pela ingestão de alimentos ou bebidas contaminadas com ovos ou larvas de dípteros.

No artigo os autores FREITAS, et al. (1989) citam a classificação de Keilin (1917) e a de Patton (1921). Na classificação de Keilin as larvas das moscas que podem produzir miíase são classificadas em duas categorias. A primeira que interessa a este caso clínico em que a larva ou larvas invadem exclusivamente os tecidos saudáveis são as larvas “biontófagas”. Comprometem o estado geral do hospedeiro parasitado. As principais espécies são: *Cochliomyia hominivorax* (coguerel), *dermatobia hominis* (berne) e *Oestrus ovis*. A segunda são as larvas que invadem exclusivamente tecidos necrosados são as larvas “necrobiontófagas”. Pertencem a esta categoria os seguintes gêneros *Lucília*, *Sarcófaga*, *Phaenicia*, *Caeliphora*, *Musca*, *Muscina* e *Fannia*. Na classificação de Patton as miases são três categorias. A primeira categoria são as miases específicas (larvas biontófagas de Keilin). A segunda categoria são as miases semi-específicas são as miases que se alimentam de animais mortos e substâncias orgânicas vegetais, ocasionalmente podem por ovos ou depositar as larvas em tecidos lesados de animais ou

do homem (larvas necrobiontófagas de Keilin). A terceira categoria seriam as miíases acidentais que são numerosos dípteros que podem ser encontrados no organismo humano, geralmente no tubo digestivo, raramente invadem bexiga, uretra e feridas necrosadas. Neste grupo citam-se: *Sarcophagi herminieri*, *Fannia scalaris*, *Musca domética*, *Hermetia illucens*, *Tubífera tenax*, *Drosophila funbris*, *Drosophila melanogaster*, *Piophila casei* e outras. De acordo com a localização as miíases podem ser divididas em três grupos: primeiro o cutâneo, segundo cavitário; nasal, ocular, auditivo, urinário, bucal e o terceiro grupo é o intestinal.

Clinicamente as miíases são agrupadas segundo as cavidades infestadas: estomatomíase, nasomiíase, rinomiíase, otomiíase (VERONESI, 1991).

## RELATO DO CASO

Paciente branco com 32 anos do sexo masculino residente em Curitiba compareceu no consultório para diagnóstico e tratamento de lesão no lábio superior.

Na anamnese o paciente relatou emagrecimento rápido, dificuldade em alimentar-se, debilidade física acentuada, ansioso e estressado. Paciente não relatou nenhuma doença sistêmica. Relatou que em sua chácara de lazer situada em um município próximo de Curitiba, quando estava cortando grama sentiu em um determinado momento no período da tarde uma forte ardência no lábio superior e, que a noite em sua residência em Curitiba observou que o lábio estava bem inchado com uma área avermelhada extensa com um ponto branco central. No dia seguinte o lábio inchou mais e com o passar do tempo inchou tanto que deformou o lábio chegando aparecer a mucosa interna labial. O paciente também relatou que imediatamente procurou

assistência médica e que o diagnóstico foi dado de alergia. Foram prescritos vários medicamentos sendo que no momento estava tomando 1 comprimido ao dia de Allegra® 180 mg e passando sobre a lesão Quadriderme® creme 3 vezes ao dia, mas sem resultado de melhora.

No exame bucal foi observada uma extensa lesão destrutiva com secreção serosa purulenta de odor fétido. Com uma pinça clínica reta quando introduzida no orifício maior adentrava em uma caverna no tecido conjuntivo indo até a comissura labial em ambos os lados do lábio. Ainda aparecia outra caverna menor no sentido antero-posterior que terminava com um outro orifício no fundo do vestíbulo. O lábio apresentava parestesia total. Já tinha passado 8 dias da forte ardência no lábio sentida pelo paciente. Relatou que no dia anterior a consulta o lábio apresentava recoberto por casca de ferida com um ponto branco que a irmã achou que se tratava de um furúnculo. Com uma pinça caseira de sobrancelhas removeu a casca da ferida e no ponto branco começou a puxar para fora em várias tentativas, em uma tentativa removeu do interior da lesão uma massa branco-amarelada de consistência firme de tamanho aproximado de 10 mm que foi chamado de “carnegão”. O material foi jogado no lixo doméstico.

Embásado no que nos foi dito e nos aspectos clínicos fizemos um diagnóstico sugestivo de miíase labial.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

Inicialmente foi utilizada gaze embebida com éter sulfúrico para obstruir os orifícios para pesquisar se dentro dos túneis tinham mais larvas. Como não houve movimentação nos planos profundos dos tecidos concluiu-se que não havia mais larvas. Iniciou-se uma limpeza da lesão usando gaze embebida em

soro fisiológico intercalando com solução de PVPI e com a pinça clínica e tesoura cirúrgica foi realizado o debridamento dos tecidos e remoção dos tecidos necrosados. Com a pinça clínica os túneis eram inspecionados na busca de possíveis larvas remanescentes. Nada foi encontrado. Foi prescrito cefalexina 500 mg, 4 cápsulas ao dia por 10 dias e para aplicação tópica preenchendo as cavidades com Trofodermim® pomada sempre que fosse feita a limpeza da lesão. O paciente foi orientado na sua higiene bucal e a usar máscara cirúrgica e retornar no consultório diariamente para limpeza da lesão e proservação da mesma.

## DISCUSSÃO

As moscas que causam miíase são da ordem Díptera. Oitenta espécies diferentes de Díptera são conhecidas como invasoras do homem (MAZOTTINI, e SOTTOVIA, 2002).

Todos os artigos consultados os autores citam que a miíase bucal é uma patologia rara e que os dípteros não têm preferência por sexo, idade e etnia. DURIGHETTO JUNIOR, et al. (1995) relatam que a infestação predomina em adultos entre 30 e 70 anos, do sexo masculino e raramente do sexo feminino e crianças.

A infestação da larva de dípteros é mais incidente na zona rural, infestando animais domésticos como gatos, cachorros, porcos, cavalos e principalmente bovinos. A opinião geral entre os autores é que as pessoas infestadas pelas larvas dos dípteros são deficientes mentais, pessoas de pouca higiene corporal e bucal, baixo grau de cultura e instrução, etilistas crônicos que geralmente dormem no relento, pessoas com lesões ulceradas na pele ou na boca, pessoas de baixo grau sócio-econômico.

No artigo de MELENDEZ, et al. (1995) descrevem que a lesão quando apresenta

características furunculóide com fístula em pele sadia o agente causador é a larva do díptero da espécie *Dermatobia hominis* e quando acomete tecidos ulcerados ou necrosados é a larva do díptero da espécie *Cochliomyia hominivorax*. Contrapondo estas afirmações FREITAS, et al. (1989) e DURIGHETTO JUNIOR, et al. (1995) relatam que as larvas da *Dermatobia hominis* como a *Cochliomyia hominivorax* são larvas que invadem exclusivamente tecidos sadios. São classificadas como larvas biontófagas tanto na classificação de Keilin (1917) como na de Patton (1921). Comprometem o estado geral do hospedeiro.

Todos os casos clínicos analisados na literatura pesquisada para este artigo os pacientes eram portadores de significativas patologias de base e os autores citam como agente causador as larvas *Cochliomyia hominivorax*. Estas larvas são extremamente vorazes provocando rápida destruição dos tecidos comprometidos (STEPHAN e FUENTEFRIA, 1999), podendo causar sérias hemorragias (SHINOHARA, et al. 2004) e dependendo do órgão afetado levam rapidamente a perda deste órgão como exemplo o globo ocular (MELENDEZ, et al. 1995). Nas fossas nasais as larvas podem entrar nos seios maxilares e no conduto auditivo também podem penetrar até as meninges podendo levar o paciente a óbito.

A fêmea fecundada é capaz de percorrer vários quilômetros em busca do hospedeiro, podendo entrar nas edificações através das portas e janelas ou de outros espaços abertos para realizar a ovoposição em um meio adequado (MOISSANT DE ROMÁN, et al. 2004).

A quantidade de ovos depositados descreve os autores NOGUEIRA, et al. (2000) variam de 9 a 330 ovos e a eclosão ocorre em 18 horas e que as larvas após este período começam a migrar para o interior dos

tecidos iniciando o parasitismo. (SHINOHARA, et al. 2004) descrevem que a fêmea fecundada deposita de 20 a 400 ovos e que a eclosão ocorre em 24 horas. Após o período em torno de uma semana as larvas atingem o estágio de pupa, quando alcançam um tamanho aproximadamente de 10 mm (PASSORE e ROBSON, 1971).

No caso clínico por nós descrito o paciente não tinha nenhuma doença sistêmica, o

paciente tinha bom grau de instrução e sócio econômico fato este contrário na literatura pesquisada.

Como já foi descrito que as larvas *Dermatobia hominis* como a *Cochliomyia hominovorax* são larvas que invadem exclusivamente tecidos sadios. Com certeza o momento da deposição do ovo ou da larva da mosca varejeira no lábio superior foi quando o paciente estava cortando a grama



**FIGURA 1.** Lesão úlcero necrosante com secreção serosa de odor fétido



**FIGURA 2.** Lesão após debridamento e remoção dos tecidos necresados



FIGURA 3. Lábio cicatrizado com fibrose



FIGURA 4. Fibrose na superfície interna do lábio

em sua chácara de lazer e sentiu uma forte ardência no lábio. Sendo interessante neste caso a presença de uma única larva. A ovoposição da *Cochliomyia hominovorax* varia de 9 a 400 ovos que com a eclosão vai caracterizar as bicheiras como é visto nos casos clínicos relatados na bibliografia pesquisada. Provavelmente a infestação se deu pela larva *Dermatobia hominis* que clinicamente tem um aspecto furunculóide. Acreditamos que a irmã do paciente tirou a larva supondo que fosse o “carnegão do

furúnculo” removendo a larva mecanicamente. No dia seguinte no dia do exame esta suposição é confirmada pela visualização de extensa área de perda tecidual e a presença de secreção serosa purulenta com odor fétido que reforça o diagnóstico sugestivo de miíase labial (FIGURA 1).

O manuseio da lesão merece o uso de anestesia geral ou local em razão do comportamento psíquico do paciente. Os autores MADEIRA, et al. (1978) preconizam a remoção mecânica das larvas e o uso local

de substâncias cáusticas. FREITAS, et al. (1989) citam que após a remoção mecânica das larvas a cavidade remanescente deve ser pulverizada com iodofórmio e tamponada com gaze embebida em solução creosotada a 10%. Este curativo deve permanecer por 12 horas durante um período de 3 dias. O uso de máscara é importante para evitar uma possível reinfestação. (MELENDEZ, et al. 1995) citam que após o diagnóstico de miíase bucal é importante o debridamento da lesão com a remoção dos tecidos necrosados (**FIGURA 2**). Utilizam o éter sulfúrico para a remoção das larvas podendo ser associado ou não o clorofórmio. Também preconizam antibioticoterapia sistêmica. O oxicianureto de mercúrio a 1% deve ser empregado no tratamento tópico e, nos casos mais severos, endovenoso por 3 dias consecutivos. Intervenções cirúrgicas são necessárias em casos de infestações maciças com pouca resposta ao tratamento clínico. Os autores STEFCHAN e FUENTEFRIA, (1999) recomendam o uso local de várias substâncias para a remoção das larvas, iodofórmio, cloreto de etila, cloreto de mercúrio, creosoto, solução salina e óleo de terebentina e para uso sistêmico tiabendazol com antibioticoterapia de amplo espectro para controlar as infecções secundárias. Segundo os autores MAZZOTTINI e SOTTOVIA, (2002) utilizaram solução de éter para induzir a saída das larvas sendo que as mesmas foram coletadas com o uso de uma pinça clínica e posteriormente também foi prescrito antibiótico sistêmico. No pós-operatório a mãe da paciente foi orientada quanto a higiene bucal. GOMEZ, et al. (2003) preconizam somente a remoção das larvas e o uso local de solução salina antisséptica. Já MARTINEZ, et al. (2003) relatam que todas as larvas devem ser removidas. Após deve ser realizada uma limpeza da lesão com uma solução antisséptica (iodopiridina ou clorexidina) e para o controle das infecções secundárias os antibióticos mais

frequentemente empregados têm sido a penicilina, aminoglicosídeos, cloranfenicol e cefalosporinas. Como também recomendam uma cobertura antitetânica considerando os hábitos dos vetores responsáveis.

SHINOHARA, et al. (2004) relatam que encontram na literatura recente o uso do invermectin no tratamento de miíase. Invermectin é um antibiótico semi-sintético macrolídico isolado do *Streptomyces avermitilis* e o seu uso está bem documentado em grandes animais no controle de parasitas gastrintestinais e pulmonares pela infestação por larvas de moscas. Em 1993, o invermectin foi usado em humanos para o tratamento da filariose, escabiose e estrongiloidose. É conhecido que o invermectin atua bloqueando o impulso nervoso no final das terminações nervosas liberando o ácido gama-aminobutírico (GABA) que se liga ao receptor causando paralesia e morte. A acetilcolina é o principal neurotransmissor periférico nos mamíferos e não é afetado pelo invermectin mantendo uma margem grande de segurança quando usado na dosagem recomendada.

TARSO, et al. (2004) em seu artigo citam que usaram o invermectin oral na dosagem de 200 µg/Kg em um paciente com miíase orbital e que as larvas de *Cochliomyia hominivorax* saíram espontaneamente. Não havendo a necessidade da remoção mecânica das mesmas. Os autores sugerem que o invermectin oral seja considerado uma terapia alternativa nas miíases.

A conduta terapêutica por nós prescrita com o passar dos dias foi dando bons resultados e os tecidos recompunham-se no processo de reparo por cicatrização. A dúvida era que possivelmente o paciente teria no futuro que se submeter a uma cirurgia plástica reparadora pela grande quantidade de tecido perdido e no fibrosamento ficaria um defeito comprometendo a estética do lábio superior.

Defeito este que se caracterizou apenas por uma pequena área de fibrose cicatricial na linha média do lábio ([FIGURAS 3 e 4](#)). Com o passar do tempo haverá uma melhora estética pelo remodelamento tardio da fibrose

cicatricial. O reparo deu-se em um período de 15 dias do diagnóstico sugestivo inicial de miíase labial ao total fechamento da lesão e o retorno do paciente as suas atividades profissionais.

## CONCLUSÃO

Levando em consideração a literatura pertinente os dados relatados na anamnese, os aspectos clínicos da lesão, a evolução da mesma a terapia por nós prescrita, mesmo não tendo sido encontrado larvas da ordem diptera para classificar a espécie infestante. Podemos afirmar e confirmar o diagnóstico de miíase labial.

## REFERÊNCIAS

- FREITAS, R. R.; MARIN, J. L. S.; GDIKIAN, J.; CARVALHO, M. C. M.; LIBERMAN, S. E. Miíase da cavidade bucal: relato de um caso. **Revista da Associação Paulista de Odontologia**, v.46, n.6, p.291-294, 1989.
- TARSO, P.; PIERRE-FILHO, P.; MINGUINI, N.; PIERRE, L. M.; PIERRE, A. M. Use of ivermectin in the treatment of orbital myiasis caused by *cochliomyia hominivorax*, **Scandinavian Journal Infectology Disease**, v.36, n.6-7, p.503-505, 2004.
- DURIGUETO JUNIOR, A. F.; MACHADO, M. I.; FAVIDE TO JUNIOR, S.; MAGALHÃES, A. O.; Miíases orais: Aspectos clínico-laboratoriais de um caso humano, **Robrac**, v.5, n.4, p.19-22, 1995.
- GOMEZ, R. S.; PERDIGÃO, P. F.; PIMENTE, F. J. G. S.; RIOS LEITE, A. C.; TANOS DE LACERDA, J. C.; CUSTÓDIO NETO, A. L. Oral myiasis by screwworm *cochliomyia hominivorax*. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.41, p.115-116, 2003.
- MADEIRA, A. A.; DOMINGUES, A. M.; COSTA NETO, C. V.; LOPES, G. C. Miíase da cavidade bucal. **Revista Catarinense de Odontologia**, v.5, n.1, p.12-18, 1978.
- MARTINEZ, C. A. R.; ROMANINI, D. G. P.; CAMPOS, A. A.; CARNEIRO, V. P. P.; DALBEM, C. A. G. Miíase vulvar: relato de caso. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.25, n.1, p.1-9, 2003.
- MAZZOTTINI, R.; SOTTOVIA, A. D. Miíase bucal em paciente especial: relato de caso. **Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia**, v.35, n.9, p.187-206, 2002.
- MELENDEZ, J. A.; VON FABER BISON, S. H. D.; VITAL FILHO, J.; Miíase órbito-maxilo-bucal: relato de um caso. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v.58, n.3, p.204-206, 1995.
- MOISSANT DE ROMÁN, E.; GARCÍA, M. E.; QUIJADA, J.; MARCIAL, T.; Um caso urbano de miíase cutânea humana. **Entomotropica**, v.19, n.1, p.49-50, 2004.
- NOGUEIRA, A. S.; LELES, J. L. R.; DE ARAUJO, L. M. A.; LEMES, R. S.; Miíase humana associada a carcinoma epidermóide de lábio inferior. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.79, n.1, p.66-70, 2000.
- PASSORE, R.; ROBSON, J. S. **Tratado de ensenanza integrada de la medicina**. Científica Médica. Barcelona. v.2, 1971. p.542-543. In: MADEIRA, A. A.; DOMINGUES, A. M.; COSTA NETO, C. V.; LOPES, G. C. Miíase da cavidade bucal. **Revista Catarinense de Odontologia**, v.5, n.1, p.12-18, 1978.
- SHINOHARA, E. H.; MARTINI, M. Z.; OLIVEIRA NETO, H. G.; TAKAHASHI, A. Oral myiasis treated with invermectin: case report. **Brazilian Dental Journal**, v.15, n.1, p.79-81, 2004.
- STEPHAN, A.; FUENTEFRIA, N. B. Miíase oral: parasita versus hospedeiro. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v.53, n.1, p.47-49, 1999.

TERRA, D.; SIQUEIRA, J. T. T. Miíase intra-bucal. **Quintessencia**, v.7, n.8, p.11-14, 1980.

VERONESI, R. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 9<sup>a</sup> ed. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1991. 783p.

Luiz Fernando Boros  
[fernandoboros@ufpr.br](mailto:fernandoboros@ufpr.br)