

Óbito decorrente de miíase em região maxilofacial: Relato de caso clínico

Death due to myiasis in maxillofacial region: Clinical case report

Jéssica Amorim Theotônio

Graduanda do 9º período da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Ângela Figueiredo de Brito Resende

Pós-graduanda em Pacientes com Necessidades Especiais da Orthodontic, Niterói / RJ, Brasil e Cirurgiã – dentista do Hospital Municipal Salgado Filho, Rio de Janeiro / RJ, Brasil

Rafael Seabra Louro

Coordenador da disciplina de Cirurgia oral menor e Anestesiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e Coordenador do programa de residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brasil.

Marcelo José Uzeda

Mestre e doutorando em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói/ RJ, Brasil e Professor de Cirurgia Bucal da Universidade Iguçu, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

Mestre e doutor em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e Professor de Cirurgia Bucal da Universidade Iguçu, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Jéssica Amorim Theotônio
Rua General Espírito Santo Cardoso, 377
Tijuca, Rio de Janeiro - RJ, 20530-500, Brasil.
E-mail: jessica.theotonio@hotmail.com
Telefone: +5521 9 9148-84402

RESUMO

A miíase oral é relativamente comum, principalmente nos países tropicais e subdesenvolvidos e, na maioria das vezes, afeta pacientes acamados, idosos, moradores de rua e pacientes com necessidades especiais, embora possa acometer pacientes saudáveis. Esse tipo de infecção caracteriza-se pela infestação dos tecidos por larvas de moscas varejeiras - *C. hominivorax* - que, durante uma fase do seu desenvolvimento alimentam-se dos tecidos do hospedeiro, suas substâncias corporais líquidas ou alimento por ele ingerido. As manifestações clínicas podem variar desde quadros benignos e assintomáticos até formas graves que podem evoluir ao óbito. Os sinais e sintomas clínicos mais comumente descritos incluem a presença de mialgia, febre, odor fétido, inflamação dos tecidos circundantes, ulcerações, necrose tecidual e envolvimento ósseo. O tratamento consiste na remoção mecânica das larvas, auxiliada pelo emprego de terapia medicamentosa local e sistêmica. O objetivo deste trabalho é relatar e discutir o caso clínico do paciente C.A., sexo masculino, melanoderma, 40 anos de idade, atendido no Hospital Municipal Salgado Filho / RJ, apresentando miíase iniciada na região de terço inferior de face e disseminada por toda a região maxilofacial, onde houve uma rápida evolução para óbito em um período de treze horas após sua admissão hospitalar em decorrência de sepsis.

Palavras-Chave: Doenças parasitárias; Miíase; Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Oral myiasis is relatively common, especially in tropical and underdeveloped countries, where it most often affects bedridden, elderly, homeless, and special needs patients, but can affect healthy patients. This type of infection is characterized by infestation of the tissues by larvae of *C. hominivorax* - which during a stage of their development feed on the tissues of the host, its liquid body substances or food eaten by it. Clinical manifestations may range from benign and asymptomatic to severe forms that may progress to death. The most commonly reported clinical signs and symptoms include myalgia, fever, fetid odor, inflammation of surrounding tissues, ulcerations, tissue necrosis, and bone involvement. The treatment consists of the mechanical removal of the larvae, aided by the use of local and systemic drug therapy. The objective of this study was to report and discuss the clinical case of the CA patient, male, melanoderma, 40 years of age, attended at Salgado Filho Municipal Hospital, RJ, presenting myiasis started in the lower third of the face region and disseminated throughout the maxillofacial region, where there was a rapid evolution to death within a period of thirteen hours after admission to hospital due to sepsis.

KeyWords: Parasitic Diseases; Myiasis; Oral Surgery.

INTRODUÇÃO

O termo “miíase” é derivado do grego *myio* (mosca) e *ase* (doença), sendo usado para definir a invasão dos tecidos do corpo ou cavidade de animais vivos por ovos ou larvas de moscas da ordem díptera – *C. hominivorax* – conhecidas como moscas varejeiras e está associado, na maioria das vezes, a indivíduos com hábitos de higiene inadequados. As moscas adultas são atraídas por odores emitidos por tecidos putrefatos, depositando ovos em áreas necróticas de feridas, dos quais se originam as larvas. Essas larvas completam seu ciclo de desenvolvimento ou parte dele no corpo do hospedeiro, causando afecções por se alimentarem de seus tecidos vivos ou mortos, caracterizando-se como uma doença parasitária no homem ou em outros animais vertebrados.¹⁻²

Clinicamente a miíase oral varia de acordo com a espécie e a área envolvida³⁻⁵, caracterizando-se por apresentar desde quadros benignos leves e assintomáticos até formas graves, podendo evoluir para o óbito do paciente.⁶⁻⁷ Dentre os principais aspectos clínicos, está a presença de mialgia, febre, odor acentuado e desconforto local.^{4,6,8,9} Ademais, podem ser vistas ulcerações, necrose tecidual e à área inflamada⁸, enquanto os exames laboratoriais incluem a presença de eosinocitose e elevada taxa de sedimentação de eritrócitos.⁵

Acomete predominantemente o segmento anterior de ambos os maxilares^{6, 8} e o palato⁷, no entanto a região posterior da cavidade oral e a língua também podem estar envolvidos.⁴ Mais comum em áreas rurais, a infestação por miíases está frequentemente associada a pacientes acamados, idosos e pacientes neurológicos com necessidades especiais que já apresentam alguma solução de continuidade nos tecidos moles (miíases secundárias ou facultativas). No entanto, também pode ocorrer quando as larvas atravessam tecidos íntegros (miíase obrigatória ou primária).

Estudos mostram que pacientes acometidos por miíase bucal apresentam alguns fatores predisponentes, tais como higiene bucal deficiente, falta de selamento labial, resistência imunológica diminuída, desnutrição, respiração bucal, etilismo, senilidade, comprometimento neurológico, hemiplegia, traumas e infecção na área bucomaxilofacial.^{6-7,9}

O tratamento convencional consiste na remoção mecânica das larvas, com o auxílio da cureta periodontal e pinça clínica, sendo realizado através de anestesia local⁹. Pode-se, ainda, realizar a retirada mecânica das larvas através de desbridamento cirúrgico de tecidos necróticos e o seu restabelecimento cirúrgico.² O tamponamento

da lesão facilita a remoção das larvas em virtude da diminuição de oxigênio da área, fazendo com que as larvas migrem até a periferia da lesão em busca deste.

Para o tratamento de casos mais severos, além da remoção cirúrgica, a utilização sistêmica de ivermectina por via oral em dose única mostra-se eficaz e propicia a eliminação das larvas.²

A miíase oral tem-se mostrado uma ocorrência relativamente comum, que requer o diagnóstico precoce e atendimento imediato para reduzir os danos e propiciar uma rápida recuperação do paciente. Compete ao cirurgião-dentista orientar familiares, conhecer estratégias para prevenção, diagnóstico e tratamento dessa afecção antes que ela chegue a um estado crítico ou conduza a um desfecho de óbito para o paciente.

RELATO DE CASO

Paciente C.A., sexo masculino, melanoderma, 40 anos de idade, morador do subúrbio da cidade do Rio de Janeiro, deu entrada no setor de emergência de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Municipal Salgado Filho / RJ, trazido pelo Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro. Foi relatado à equipe de plantão que ele havia sido encontrado em sua residência, desacordado, próximo ao Batalhão da corporação, devido à solicitação de seus vizinhos que relataram que ele não era encontrado há cerca de sete dias. Os profissionais informaram ainda que, ao chegarem no local, havia a presença de odor fétido e de larvas em região de face do paciente.

Em sua chegada à emergência do hospital, ele já se apresentava lúcido e orientado no tempo e no espaço, verbalizando e cooperativo. Ao exame clínico da região, foi visualizado uma extensa ferida na região mentoniana com cerca de 7 cm em seu maior diâmetro, edemaciada, com presença de vermelhidão circunjacente à lesão e com uma grande quantidade de larvas com secreção purulenta ativa em seu interior (Figura 1). No exame intraoral, foi possível visualizar a presença de larvas em todo o rebordo alveolar inferior e em assoalho bucal com presença de comunicação com a ferida extraoral.



Figura 1 - Vista da lesão em região mentoniana, com presença de secreção e de uma grande quantidade de larvas.

Foi realizada uma tomografia computadorizada com contraste na qual foi possível visualizar a presença de larvas em região de terço superior, médio e inferior de face e no interior dos seios paranasais bilateralmente. A região de partes moles do terço superior apresentava diversas calcificações provenientes da presença de larvas nessa região (Figura 2).



Figura 2 - Imagem tomográfica em corte coronal, onde é possível ser visualizadas em região superior as calcificações provenientes das lesões geradas nos tecidos moles pelas larvas.

O exame laboratorial realizado de emergência mostrou a presença de uma leucocitose de 31.100 / mm³ com desvio para esquerda (bastões de 18 % e segmentados de 75 %). Ademais, ele apresentava clinicamente pele seca, náuseas

e odor cetônico compatível com cetoacidose diabética, sendo relatado, em sua anamnese inicial, ser portador de diabete do tipo II, porém não controlado. Sua glicose realizada no momento era de 502 mg/dl.

O tratamento foi iniciado rapidamente, com a prescrição de Ivermectina 6 mg, um comprimido por via oral e Clindamicina 600 mg de seis em seis horas por via endovenosa, além de medicação para controle da dor (Dipirona 2ml de seis em seis horas por via endovenosa) e remoção mecânica das larvas. Foi realizada a antisepsia da cavidade oral através de bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard®) por um minuto e extraoral com a utilização de sabão de clorexidina a 4% (Riohex®). Em seguida, foi realizada a aposição do campo cirúrgico e bloqueio bilateral dos nervos alveolar inferior e lingual com 3,6 mL de mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Mepiadre 100 - DFL®) e aguardado o tempo de quinze minutos para o início do procedimento. Após a remoção mecânica de mais de cinquenta larvas, foi realizada a irrigação com soro fisiológico 0,9% e limpeza da área com sabão de clorexidina a 4% (Riohex®). Em seguida, foi um curativo com gaze foi realizado para tamponamento do local. Realizou-se uma rigorosa inspeção na região craniofacial, à procura de mais larvas ou orifícios causados por elas, porém não foram encontrados (Figura 3).



Figura 3 - Vista da lesão em região mentoniana, após a realização de remoção mecânica das larvas.

A especialidade de clínica médica foi solicitada para uma avaliação e estabilização sistêmica do paciente, embora ele não tenha resistido indo a óbito treze horas após a sua admissão no hospital. Relatou-se como causa da morte sepse.

DISCUSSÃO

A infestação dos tecidos vivos por larvas de moscas está geralmente associada a alguns fatores, como: higiene bucal deficiente, falta de selamento dos lábios, resistência imunológica diminuída, desnutrição, respiração bucal, etilismo, senilidade, comprometimento neurológico, hemiplegia, traumas e infecção na região bucomaxilofacial.^{6-7,9} Em consonância com a literatura pesquisada no caso aqui relatado, o paciente apresentava higiene bucal deficiente, sinais de desnutrição e traumatismo na região mentoniana.

As moscas responsáveis por essa condição preferem um ambiente quente e úmido, de modo que a miíase acontece, com maior frequência, nos meses de verão em zonas de clima temperado, porém, em países tropicais e subtropicais, pode ocorrer durante todo o ano.⁴ Dessa forma, o Brasil, especialmente em suas regiões mais quentes, apresenta condições propícias ao desenvolvimento das principais moscas causadoras dessa afecção.

A miíase primária causada por larvas biontófogas são raras nos seres humanos e, quando ocorrem, são normalmente graves e provocadas por larvas de *Cochliomyia homivorax* (mosca varejeira). As fêmeas de *C. homivorax* depositam de 20 a 400 ovos nas bordas de arranhões e feridas; as larvas eclodem e invadem tecidos sãos, onde causam feridas deformantes, supuradas e profundas. O parasitismo é exercido durante 4 a 8 dias, após os quais as larvas tendem a abandonar o hospedeiro e dar continuidade ao ciclo biológico que, em condições favoráveis, se completa de 21 a 24 dias fora do hospedeiro primário.³

Embora a miíase seja considerada de maior prevalência em área rural, também pode ocorrer em ambiente urbano, podendo estar associada à falta de saneamento básico e à ineficiência de políticas públicas de saúde nessas áreas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saneamento é o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos nocivos sobre o bem-estar físico, mental e social”. Portanto, o saneamento

é um conjunto de fatores, que proporcionam um ambiente saudável para a população. No Estado do Rio de Janeiro, o saneamento foi um dos últimos setores de infraestrutura a se organizar e criar um marco regulatório – Lei 11445/07-, que define as ferramentas e as regras para o planejamento, a fiscalização, a prestação, a regulação dos serviços e que possibilita o controle social sobre todas essas tarefas. Entretanto, é possível observar a falta de comprometimento dos seguidos governos com as diretrizes do marco regulatório do saneamento básico, visto que a Agência Reguladora de Energia e Saneamento Básico do Estado do Rio (Agenera) responde, apenas, pela regulação, controle, fiscalização das atividades de abastecimento de água e esgotamento sanitário e dos contratos dos consórcios, por outro lado, a CEDAE, que presta serviços de abastecimento de água e esgoto para a maior parte dos municípios do Estado, atendendo mais de 10 milhões de pessoas (cerca de 80% da população fluminense), só passou a ser submetida à regulação da Agenera em 2015, ou seja, 8 anos após a entrada em vigor do marco regulatório.¹⁰ Dessa forma, até 2015, dos 92 municípios, apenas 8 municípios foram submetidos a uma regulação. Vale ressaltar, ainda, que o problema é crônico e histórico em nosso país e resulta em um grande impacto nas condições de vida da população, pois a grande parcela da população que não recebe esse serviço básico está mais suscetível a diversas doenças causadas pelas más condições oriundas da falta de saneamento básico, inclusive a miíase.

No presente caso, o paciente em questão morava na área urbana da cidade do Rio de Janeiro, em local com péssimas condições de saneamento. Além do mais, apresentava uma ferida em região mentoniana, decorrente de traumatismo prévio acerca de vários dias, sem que tenha sido orientado a buscar auxílio médico para a realização de limpeza e síntese dos ferimentos, possibilitam do, assim, de deposição de ovos da mosca na região.

A literatura aponta que a miíase oral acomete, predominantemente, o segmento anterior de ambos os maxilares^{6,8} e o palato⁷, podendo haver ulcerações, necrose tecidual e envolvimento ósseo dos tecidos circundantes a área inflamada⁸. Os seus principais sintomas clínicos são: mialgia⁴, febre⁶, odor acentuado e desconforto local⁹. O caso clínico aqui apresentado condiz com a literatura, pois o paciente foi acometido na região mentoniana e apresentava os sinais clínicos relatados pela literatura. O diagnóstico foi feito através de

exame tomográfico com contraste, sendo possível a visualização das larvas nos espaços teciduais e no interior dos seios paranasais. Além disso, as calcificações presentes em tecidos moles são compatíveis com as lesões causadas por miíases.

Há disponíveis, na literatura, diferentes formas de tratamento para a lesão em questão. Contudo, independentemente da abordagem de escolha, é unânime, entre as técnicas, a preconização da remoção mecânica das larvas com o auxílio de cureta e pinça clínica⁹ ou através de desbridamento cirúrgico de tecidos necróticos³. Em casos de maior severidade, a literatura aponta, além da remoção cirúrgica, a utilização sistêmica de ivermectina.² No caso relatado, foi realizada remoção mecânica das larvas com a utilização de pinça de dissecação, sem a utilização de substâncias químicas no local para evitar danos aos tecidos, além da instituição de um tratamento medicamentoso com ivermectina. Entretanto, devido à falta de um atendimento precoce que possivelmente evitaria a evolução para um quadro clínico tão severo somado à extensão da infestação, não foi possível restabelecer clinicamente o paciente e o mesmo tendo ido a óbito em um período menor que 24 horas após a internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico precoce e o atendimento imediato podem reduzir os danos e propiciar uma rápida recuperação do paciente. É de competência de o cirurgião-dentista definir o correto plano de tratamento, realizando a remoção mecânica e, em alguns casos, a administração de ivermectina. Entretanto, em casos mais severos como o relatado neste artigo, o paciente deve ser tratado em conjunto com outras especialidades médicas. Vale ressaltar a urgência e a necessidade do desenvolvimento e aplicação de políticas públicas com foco na educação e no saneamento básico, as quais verdadeiramente revertam o quadro que hoje se apresenta na cidade do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

1. Rey L. Dípteros braquíceros: moscas e motucas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan;2001.
2. Pessoa SB, Martins AV. Parasitologia Médi-
3. Goodman RL, Montalvo MA, Reed JB, Scribbick FW, McHugh CP, Beatty RL, et al. Photo essay: Anterior orbital myiasis caused by human Botfly (*Dermatobia hominis*). Arch Ophthalmol. 2000; 118 (7):3-1002.
4. Droma EB, Wilamowski A, Schnur H, Tarom N, Scheuer E, Schwartz E. Oral Myiasis: a Case Report and Literature Review. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod., St. Louis. 2007 Jan; 103(1):92-96.
5. Cencil J. et al. Miíase Bucal: Revisão de Literatura. Publ. UEPG: Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa. 2006 Jun; 12 (2):39-43.
6. Hakimi R, Yazid I. Oral Mucosa Myiasis Caused by *Oestrus Ovis*. Arch. Iranian Med.,Tehran. 2002 Jul; 5 (3):194-196.
7. Rossi-Schneider T, Cherubini K, Yurgel LS, Salum F, Figueiredo MA. Oral Myiasis: A Case Report. J. Oral Science, Tokyo. 2007 Mar; 49 (1): 85-88.
8. Cavalcanti AL, et al. Oral Myiasis. Stom. Glas S, Belgrado. 2008 Dec; 55 (4):254-258.
9. Stephan A, Fuentesfria NB. Miíase Oral: Parasita Versus Hospedeiro. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., São Paulo. 1999 Jan/Fev; 53 (1):47-49.
10. Santos AMP. Município, Descentralização e Território. Rio de Janeiro: Editora Forense; 2008.