

Toko-Ginecología Práctica

Director:

Dr. F. LUQUE

CONSEJO DIRECTIVO: Dr. Abad, Prof. Botella, Dr. Bueno,
Prof. Cañadas, Dres. Cañellas, Clavero, Dexeus, Fernández-Ruiz,
Prof. García Orcoyen, Dr. Macau, Dr. Naharro, Profs. Novo,
Nubiola, A. Sánchez López y Usandizaga.

Secretario de Redacción: Dr. Ramón Martínez Fernández



UN CASO DE MIASIS VULVAR

Por el

DR. JOSÉ POBLACIÓN DEL CASTILLO (SALAMANCA)

*Al Dr. LUQUE, en cordial homenaje al insigne maestro
y entrañable amigo.*

Como es sabido, se conoce en Medicina por miasis una enfermedad producida por ciertos dípteros que preferentemente, en su forma larvaria, asientan como parásitos en diferentes partes del organismo humano. Pero no sólo esta enfermedad así ocasionada es privativa del hombre, puesto que en veterinaria se han observado que numerosas especies de animales también pueden presentarla. Su cuadro sintomático y su pronóstico varía de acuerdo con su localización y con los trastornos ocasionados por esta afección, pudiendo llegar incluso a la muerte del ser así atacado. En los tratados de Parasitología, tanto humana como animal, han sido recogidos numerosos casos en sus distintas localizaciones, citándose algunos, como acabamos de decir, en los que la enfermedad condujo a la muerte. No es nuestra intención, ni tampoco estaríamos capacitados para ello, el ocuparnos de este tema desde un punto de vista ajeno a la Medicina humana. Simplemente destacaremos el hecho más arriba indicado de que bastantes animales pueden padecerla y que, como es lógico, la presentan con mayor frecuencia que el hombre, lo que es fácilmente comprensible sin más que recordar la mayor posibilidad y facilidad de que en ellos se verifique la puesta y consigan su desarrollo.

Creemos conveniente el que antes de proceder a la exposición del caso que aquí ofrecemos y que estimamos del mayor interés por la poca frecuencia de su presentación, nos detengamos siquiera sea brevemente sobre algunos conceptos que estimamos fundamentales para la mejor comprensión de esta enfermedad, teniendo en cuenta, además, que para los ginecólogos la miasis en la mujer puede muy bien no ser observada aún en muchos años de ejercicio profesional y que, salvo en su localización vulvar, no hemos de encontrarla en nuestras enfermas.

Era natural, como lógicamente se comprende, que los especialistas dedicados a estos problemas hicieran clasificaciones para un mejor conocimiento de la afección, facilitando así la labor de los profesionales que se vean en la necesidad de enfrentarse con enfermos de esta índole. A nosotros nos ha servido de magnífica orientación una excelente aportación que sobre la miasis humana ha publicado GIL COLLADO bajo el título "Dípteros causantes de miasis humanas en España y sus colonias", y en la que su autor, con su enorme competencia, ha recogido los extremos de mayor utilidad, facilitando extraordinariamente la labor no sólo al médico práctico, sino también a cualquier especialista que se encuentre con un enfermo de miasis.

Las clasificaciones propuestas han sido hechas, pudiéramos decir, partiendo de dos caminos distintos y que como veremos más adelante vienen a completarse mutuamente. El punto de partida de dos de ellas, que mencionaremos seguidamente, es atendiendo a su localización. En la primera, de la que es autor BISHOPP, se incluyen los siguientes apartados, cuya sola enumeración hace innecesaria el exponerlos aisladamente; comprende los siguientes:

- a) Formas destructoras de tejidos.
- b) Formas emigrantes subdérmicas.
- c) Larvas que infestan los conductos intestinal y urogenital.
- d) Larvas que se encuentran en cavidades cefálicas.
- e) Larvas hematófagas.

Es comprensible que para hacer aún más precisa la clasificación que acabamos de exponer se introdujeran por distintos autores modificaciones que matizasen más las distintas localizaciones en que pueden ser observadas, y así JAMES propuso la que ofrecemos ahora:

- a) Miasis traumática o de las heridas.
- b) Miasis de la nariz, boca y senos accesorios.
- c) Miasis auricular.
- d) Miasis ocular, bien externa o interna.
- e) Miasis de la región anal y vagina.
- f) Miasis vesical y de conductor urinarios.
- g) Miasis foruncular, dérmica o subdérmica.
- h) Miasis migratoria dérmica o subdérmica.
- i) Miasis entérica.

Como verán nuestros lectores, en la de JAMES se puntualizan más los sitios en los que podemos encontrar las larvas en el cuerpo humano.

El otro punto de partida al que hacíamos mención ha sido hecho no tomando como base la localización como en las anteriores, sino apoyándose, y esto tiene el mayor interés, en las características biológicas de los dípteros susceptibles de ocasionar la miasis humana, bien sea considerando a éstos como agentes específicos, semiespecíficos o accidentales, con lo cual fácilmente se comprende el porqué decíamos con anterioridad que ambos grupos de clasificaciones se complementan.

La clasificación de esta índole propuesta por PATTON la divide en los siguientes grupos que vamos a resumir:

Grupo 1.º Dípteros específicos productores de miasis.

En este grupo que vamos a resumir se trata de especies que sólo pueden vivir en los tejidos de animales vivos, y, por consiguiente, la propuesta de huevos o larvas ha de tener lugar, bien sea directamente en los propios tejidos o en sus proximidades, desde donde puedan dirigirse a éstos, alcanzándolos con facilidad. Son tres los subgrupos en que a su vez ha sido dividido.

Subgrupo 1.º Se trata de especies que depositan los huevos bien sea en la arena de las chozas, sacos de paja, etc., desde donde emprenden el camino en busca del que ha de ser su huésped, pudiendo ser éste tanto el hombre como el animal. Un ejemplo de esto lo tenemos en la mosca *Thumbu* o *Cordylobya*, *Anthropophaga*. A veces sirven de vehículo para llegar al ser que atacan algunos artrópodos, y un ejemplo de esto lo tenemos en la *Dermatobia hominis*, y finalmente ya tenemos el hecho de que en estas especies el parasitismo lo consiguen penetrando a través de la piel intacta. GIL COLLADO, en el trabajo a que antes nos hemos referido, señala que debe ser también incluido en este subgrupo el *Gasterophilus Pecorun*.

Subgrupo 2.º Se incluyen en éste aquellas especies que dotadas de un finísimo olfato son atraídas por el olor de la sangre, pus u otras secrecciones, haciéndose la puesta y penetrando en los tejidos a través de heridas o ulceraciones, sin que de común puedan atravesar la piel intacta. Esto, como veremos más adelante, no es absolutamente cierto en todos los casos; un claro exponente de este grupo lo tenemos en la *Wohlfartia magnifica*, existente también en España y de la que nos ocuparemos nuevamente.

Por último, en el subgrupo tercero las hembras depositan sus huevos o larvas en la piel, desde donde penetran en los tejidos en busca de deter-

minados órganos, al que atacan con preferencia y en donde completan su evolución. Las especies denominadas *Hypoderma* han sido descritas en España como agentes causales de Miasis no sólo en el hombre, sino también en animales, en sus formas migratorias o forunculosis. Asimismo entran en este subgrupo la *Oestrus ovis*, que atacan a los ojos de las personas, y la *Rhinoestrus purpureus*.

Grupo 2.º *Dípteros semiespecíficos en Miasis.*

En éste incluye PATTON aquellas moscas que habitualmente son mecrófagas o saprófagas, pero que a veces depositan sus huevos, bien sea en heridas o tejidos enfermos o incluso en la piel sana. Comprende una numerosa serie de familias que no haremos más que enumerar y en la que se encuentran numerosas especies, como veremos a continuación:

Familia Sarcófagidos:	Género <i>Sarcophaga</i> (diversas especies).
Familia Califóridos:	<i>Chryomyia albiceps.</i> <i>Phormia regina.</i> <i>Lucilia caesar.</i> <i>Phenicia sericata.</i> <i>Phenicia cuprina.</i> <i>Calliphora erythrocephala.</i> <i>Calliphora vomitoria.</i>
Familia Múscidos:	<i>Musca doméstica.</i> <i>Muscina stabulans.</i>
Familia Antómidos:	<i>Fannia canicularis.</i>
Familia Fóridos:	<i>Megaselia scalaris.</i> <i>Megaselia rufipes.</i>

Grupo 3.º *Dípteros causantes accidentales de Miasis.*

Se incluyen en este grupo de la clasificación a que nos venimos refiriendo numerosas especies de dípteros que de forma accidental pueden ser causa de miasis, y esto sucede como consecuencia de que depositen las hembras los huevos en alimentos que al ser ingeridos por el hombre pasan al interior del organismo. No se trata, pues, como en los dos grupos anteriores, de que la puesta haya tenido lugar directamente sobre el ser vivo, bien sea en lesiones que éste presente o simplemente sobre la piel sana, ya que aquí es la ingestión de alimentos lo que las lleva dentro del organismo. Dada la voracidad de estas larvas fácil será el comprender que cuando éstas pasan al intestino pueden producir graves destrozos que con frecuencia producen la muerte del atacado.

Dentro de este grupo ha incluido PATTON aquellas larvas que atacan al tracto urinario y que en opinión de este autor son ingeridas emigrando después desde el intestino a estos órganos; sin embargo, señala con razón GIL COLLADO que esta hipótesis no está suficientemente probada hasta el extremo de que numerosos autores, entre ellos JAMES, suponen que la infestación de estos órganos puede tener lugar por el contagio en retretes, jeringas o otros instrumentos. Como quiera que casi todas las especies incluidas en este grupo suelen tener su desarrollo en letrinas, no es de extrañar que las moscas puedan hacer la descarga de huevo tanto en el precucio como en los pliegues de la mucosa vulvar.

Familia Múscidos:	<i>Muscina stabulans.</i> <i>Musca doméstica.</i>
Familia Antómidos:	<i>Fannia canicularis.</i> <i>Fannia scalaris.</i>
Familia Drosophilidos:	<i>Drosophila melanogaster.</i> <i>Drosophila funebris.</i>
Familia Efidridos:	<i>Teichomyza fusca.</i>
Familia Piofilidos:	<i>Piophilus casei.</i>
Familia Sépsidos:	<i>Sepsis sp.</i>
Familia Fóridos:	<i>Megaselia scalaris.</i>
Familia Sírfidos:	<i>Tubifera tenax.</i> <i>Tubifera dimidiata.</i> <i>Tubifera arbustorum.</i> <i>Helophilus pendulus.</i>
Familia Psicodidos:	<i>Psychoda alternata.</i> <i>Psychoda albipennis.</i> <i>Telmatoscopus meridionalis.</i>
Familia Frineidos:	<i>Phryne fenestralis.</i>

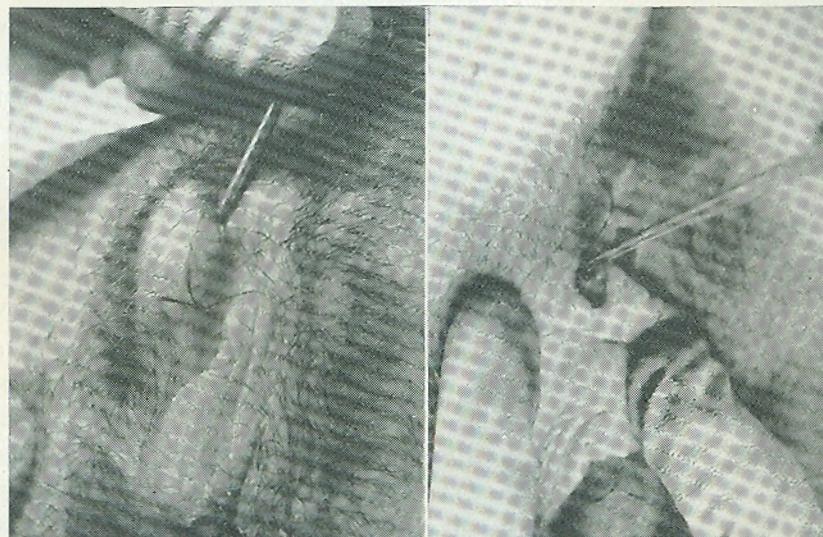
La miasis vulvar es una enfermedad poco frecuente y por consiguiente la rareza de su presentación es lo que explica el que la omitan la mayoría de los libros de Ginecología al ocuparse de las afecciones de la vulva, y así vemos que incluso en obras tan exhaustivas como son por ejemplo el tratado de Ginecología de VEIT STOECKEL en el tomo correspondiente a las enfermedades vulvares, del que es autor E. KEHRER, se limita en pocas líneas a referir un caso publicado por GREENWAY y MARIANO de miasis vulvar producido por larvas de la especie *Cochliomya macelaria*, que habían originado una ulceración crateriforme en los grandes

labios, en la que rodeada de secreción purulenta hallaron estos autores ocho larvas de esta mosca. Asimismo en la segunda edición de la Biología y Patología de la Mujer que han dirigido SEITZ y AMREICH en la excelente contribución a la patología de la vulva realizada por LABHARDT se limita a señalar su poca frecuencia en los países anglosajones, citando únicamente los casos aportados por CORREA y PÉREZ. En la búsqueda por nosotros realizada sobre bibliografía de casos de esta localización, hemos hallado también otro publicado por el segundo de los autores antes citados en unión de ARENAS.

Y vamos ya a exponer el caso por nosotros observado. Acude a nuestra consulta E. G. H., de veinticuatro años, soltera. Menarquia a los doce años, reglas tipo 5 a 6/27 a 28, antecedentes tanto familiares como personales sin interés. Viene a consultar porque desde hace seis a ocho días, sin poder precisar esto con exactitud, empezó a notar que le salían unas pequeñas tumoraciones en ambos lados de la vulva que se acompañaban de dolores, cuya intensidad fué aumentando con el transcurso de los días hasta no dejarla descansar, por haber adquirido un carácter insoportable. Aqueja también dolores y escozor a la micción. Al ser interrogada sobre cuál es la ocupación por ella realizada en este último tiempo, nos manifiesta que se encuentra dedicada a la siega, por lo que suele dormir sobre sacos de paja, sin desvestirse. Anteriormente a estos quehaceres se encontraba en su casa dedicada a las labores propias del hogar, durmiendo en cama limpia y en las condiciones higiénicas habituales en estos pueblos. Asimismo, según manifiesta, verificaba diariamente el lavado de genitales externos.

Al colocarla en posición ginecológica para su reconocimiento, y en la búsqueda de las lesiones que le producían sus molestias, nos encontramos con lo siguiente: Por el mismo orificio himeneal aparecían algunas larvas de mosca de una longitud aproximada de unos dos centímetros, sin que encontrásemos lesiones destructivas ni en el hímen ni en la fosa navicular, siendo seis el número de las allí encontradas. Por debajo, y a la izquierda del extremo interior del labio menor del lado izquierdo, aparecía una ulceración crateriforme con una profundidad de más de dos centímetros en dirección de abajo arriba y hacia la izquierda de la enferma (véase fig. 1), por la que también asomaban varias larvas, apreciándose con toda claridad la existencia de otras en el interior de la ulceración, en la cual había, además de ellas, secreción purulenta y restos de tejido necrótico. Ocho fueron las que aquí encontramos, e igualmente entre los

labios mayor y menor del lado derecho y en su tercio superior, como puede verse en la fig. 2, existía una tumoración que se destacaba claramente, de unos dos centímetros de longitud, en dirección de arriba abajo, con un pequeño orificio de entrada que se aprecia perfectamente en la figura, por encontrarse introducida a través de él una sonda, cuya profundidad abarcaba a todo lo largo de la tumoración. Procedimos inmediatamente a retirar las larvas que allí se encontraban, que fueron siete; para



FOTOS 1 y 2.—Localizaciones vulvares.

conseguir lo cual tuvimos que servirnos, como en las otras dos localizaciones antes mencionadas, de una pinza de disección, apreciando la resistencia que ofrecían a su extracción, por encontrarse fuertemente adheridas al tejido. Inmediatamente tanto por el orificio himeneal como por ambas ulceraciones, procedimos a inyectar aceite de oliva con éter en proporción al 15 por 100, lo que repetimos nuevamente por la tarde y al día siguiente por la mañana y por la tarde. Este día nos manifestó ya la enferma que una vez retiradas las larvas los dolores habían cedido por completo, pudiendo por fin descansar con toda normalidad por vez primera después de la semana transcurrida en que no había tenido reposo. Las ulceraciones las encontramos con mucho mejor aspecto, y ante la insistencia de la enferma en regresar cuanto antes a su residencia le dispusimos el tratamiento local conveniente para la cicatrización de sus lesiones

y le entregamos una carta para su médico de cabecera, con el fin de que éste controlase la evolución posterior de la enfermedad. No hemos vuelto a ver a la enferma, pero nos informaron que la curación completa había tenido lugar pocos días más tarde sin ningún entorpecimiento.

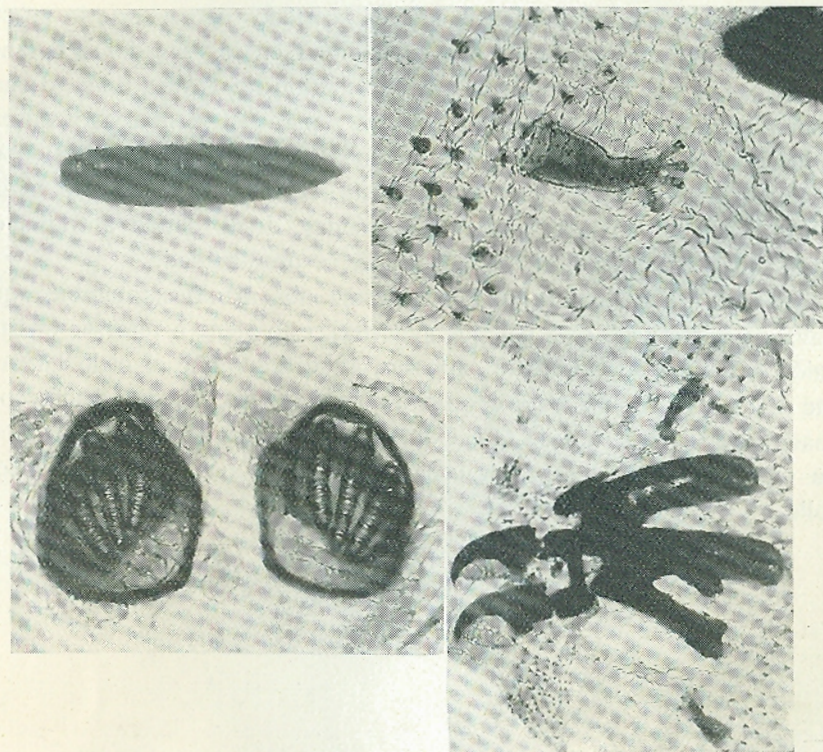
Expuestas ya las lesiones por nosotros encontradas, fácil resulta comprender los intensos dolores que aquejaba la paciente motivados, como es lógico, por los destrozos producidos por las larvas y que quedan reflejados en ambas fotografías. La explicación que parece más acertada a la falta de lesiones destructivas, tanto en el hímen como en vagina es, en opinión de GIL COLLADO, que compartimos íntegramente, la de que las que aquí se encontraban, por alimentarse con el flujo, no precisaron para su subsistencia de desgarrar los tejidos, siéndoles en cambio obligado el así hacerlo en las otras dos localizaciones.

Las larvas que recogimos a esta enferma fueron enviadas en un principio a un laboratorio de esta ciudad, donde se nos manifestó que pertenecían a la mosca doméstica. Pero ante nuestra duda de que la identificación no fuese correcta, solicitamos para ello la colaboración de GIL COLLADO, del Laboratorio de Parasitología de la Facultad de Farmacia de Madrid, quien nos identificó que se trataba de la especie conocida por *Wohlfartia magnifica* (SCHINER, en 1862). Aprovechamos aquí la ocasión de testimoniar nuestro agradecimiento al Laboratorio de la mencionada Cátedra, que en las personas de los doctores GIL COLLADO y ZAPATERO, autor este último de las fotografías de las larvas que aquí publicamos, nos facilitaron notablemente nuestra tarea.

Como características propias de la *Wohlfartia magnifica*, diremos que esta especie se encuentra en España, aunque no con frecuencia. Su cabeza es más larga que el tórax y su cara, mejillas y perístomas, están recubiertos por una capa de color metálico plateado. SEGUY dice con respecto a ella que por lo común no suelen entrar en las casas y que la puesta tiene lugar de ordinario en heridas, cavidades o mucosas, pudiendo depositar hasta 120, aunque lo más corriente es que lo hagan en grupos de diez o doce. Su evolución larvaria viene a durar unos ocho días, y el tamaño que alcanza puede llegar incluso hasta cerca de dos centímetros. Generalmente atacan con preferencia de día, distinguiéndose en esto de aquellas otras especies que lo hacen durante la noche. Parece ser también que sus horas de mayor actividad son las comprendidas entre las diez de la mañana y las cuatro de la tarde. Rara vez son necrófagas y, por consiguiente, atacan siempre a seres vivos. Pueden nutrirse de secreciones y poseen un

olfato finísimo, que es lo que les conduce hacia las heridas, etc.; en ocasiones atacando incluso, como en nuestro caso, a través de la piel sana.

Asimismo han sido descritas otras localizaciones producidas por esta mosca en el oído, como en los casos presentados por NÁJERA ANGULO y MACÍAS MACÍAS en nuestra Patria, así como también en ojos, vejiga, etc.



FORO 3.—Aspecto de la larva de *Wohlfartia Magnífica*. FORO 4.—Estigmas anteriores de la larva: sólo presenta cuatro digitaciones. FORO 5.—Estigmas posteriores de la larva. FORO 6.—Aparato buco-faríngeo de la *Wohlfartia*.

En la fotografía núm. 3 se ve el aspecto de una de las larvas recogidas en nuestra enferma, y en la fig. 4 se aprecian con toda claridad los estigmas anteriores, que ofrecen la peculiaridad de presentar solamente cuatro digitaciones en lugar de las cinco o seis que es lo corriente. En la figura núm. 5 se recoge la imagen típica de los estigmas posteriores, y, por último, en la figura 6 puede verse con toda claridad el imponente aspecto del aparato buco-faríngeo de estas larvas.

Resumiendo nuestra impresión sobre el caso que aquí presentamos, y apoyándonos en los datos suministrados por la enferma y en las características biológicas de esta mosca, creemos fundadamente poder llegar a las siguientes conclusiones de cómo se ha producido en ella su miasis.

Primera.—Por coincidir el comienzo de la enfermedad con los días en que la enferma inició las faenas de la siega, y dedicarse con anterioridad a los quehaceres del hogar, parece lo más acertado suponer que la puesta se verificase durante la siesta, que es habitual en los segadores durante estas faenas, y que bien fuese porque la enferma no llevase braga o simplemente porque durmiese con las piernas separadas, la mosca o moscas que hicieran la puesta debieron ser sin duda atraídas por el olfato, depositando las larvas en parte en la misma entrada vaginal, y en parte en las dos localizaciones cutáneas antes mencionadas, desde donde a través de la piel sana comenzaron su camino hacia la profundidad.

Segunda.—Como quiera que la enferma nos manifiesta también que llevaba de seis a ocho días con sus molestias, esto viene a reforzar nuestra opinión sobre lo anteriormente expuesto, al recordar que el ciclo larvario viene a ser aproximadamente de esta duración, lo que queda además confirmado por la impresión de GIL COLLADO de que las larvas que llevamos para ser examinadas se encontraban en su estado más avanzado de desarrollo.

Gran Vía, 6.
SALAMANCA.