

Peritonitis post miasis periostomal

Ivans Percy Villavicencio Oquendo¹, Holguer Gamarra Saldivar¹, Michel Mayorga Delgado¹, Rony Alain Monge Pérez¹, Enrique Baca Lloclla¹

¹ Servicio de Cirugía general del Hospital Antonio Lorena del Cusco

Correspondencia: ivanspercy@gmail.com

Resumen

La miasis es una enfermedad parasitaria causada por larvas de dípteros, la afectación puede ser cutánea, visceral o cavitaria, encontrándose muy pocos casos de afectación periostomal. Se presenta el caso de una paciente de 25 años con antecedente de cretinismo y de haber sido operada 2 semanas atrás de una colostomía tipo Hartmann por un vólvulo de sigmoides, procedente de una zona rural con mal apoyo familiar, crianza de animales y saneamiento básico inadecuado. Presenta una miasis periostomal que se complica con una peritonitis que se localiza alrededor del asa intestinal de la colostomía, cuyo resultado de cultivo da *Escherichia coli*.

Palabras clave: miasis periostomal, peritonitis.

Abstract

Miasis is a parasitic disease due to dipterous larvae, compromise can be cutaneous, visceral or cavitary, with very few cases of peristomal compromise to be found. We present the case of a 25 year old patient, with a past medical history of cretinism, who underwent a Hartmann's procedure 2 weeks before, for a sigmoid volvulus; he came from a rural area with bad family support, animal breeding area and inadequate sanitary conditions. He presents with peristomal miasis, complicated by peritonitis around the colostomy bowel loop, in which *Escherichia coli* was isolated.

Keywords: miasis, peritonitis.

Introducción

La miasis es la infestación parasitaria de estadios larvarios de dípteros que afecta vertebrados vivos, los cuales se alimentan del alimento ingerido por el huésped, líquidos corporales, tejidos vivos o muertos del huésped, cuya distribución es a nivel mundial, a preferencia de lugares cálidos y húmedos¹.

El desarrollo del ciclo vital de las larvas depende de variables como la especie, procedencia, humedad, régimen de luz y el sustrato alimenticio; las larvas pueden aparecer a las pocas horas y completar el estadio larvario a los 5 días², las larvas pueden alimentarse en la cavidad subdérmica durante 5 a 10 semanas para migrar durante la noche y temprano en las mañanas al medio ambiente y pasar a pupa³.

En los humanos se presenta en su mayoría en pacientes con antecedentes patológicos, provenientes de zonas con saneamiento básico deficiente de países en desarrollo, pueden ser asintomáticos e incluso causar la muerte⁴.

Caso clínico

Paciente mujer de 25 años de edad proveniente de la comunidad de Ccasacunca perteneciente al distrito de Anta ubicada a 3 770 m.s.n.m. Ingresó por el servicio de emergencia, donde familiares refieren la presencia de "gusanos" a nivel de colostomía durante los 2 últimos días; como antecedentes de importancia, paciente posee diagnóstico de cretinismo y fue post operada de vólvulo de sigmoides donde se le realizó una laparotomía más colostomía tipo Hartmann, 2 semanas antes de su reingreso, donde se le dio de alta sin ninguna complicación a los 3 días de post operada.

En el examen físico se evidencia: presiones arteriales con tendencia a la hipotensión en 80/50 mm. Hg, saturación de oxígeno de 87 % con FiO₂ de 21 %, no responde al interrogatorio, al examen físico preferencial se evidencia distensión abdominal, herida operatoria con signos de flogosis y presencia de líquido purulento, presencia de larvas por encima de la aponeurosis a nivel periostomal, ruidos

hidroaéreos disminuidos, resistencia a la palpación profunda en flanco izquierdo y matidez abdominal al mismo nivel.

En los exámenes complementarios se realizó analítica sanguínea donde se evidencia leucocitos de $8.89 \times 10^3/\mu\text{L}$ (83 % de neutrófilos), hemoglobina 7.4 g/dl, plaquetas $189 \times 10^3/\mu\text{L}$, proteína C reactiva 170.8 mg/L, se realiza una radiografía de abdomen de pie con presencia de heces en asas intestinales.

Se ingresa a paciente a sala de observación emergencia con diagnóstico de sepsis a foco abdominal, abdomen agudo quirúrgico, descartar peritonitis vs perforación intestinal, infección de sitio operatorio, miasis pericostomía, portador de colostomía. Se indica tratamiento antibiótico, analgésico y cirugía de emergencia.

En sala de operaciones se realiza un abordaje por la herida operatoria anterior (incisión mediana supra umbilical) evidenciándose líquido purulento supra aponeurótico, disección por planos hasta cavidad abdominal, se evidencia líquido purulento alrededor del asa intestinal de la colostomía, luego se procede a desinserción de colostomía, la cual se encuentra con líquido purulento, presencia de larva y tejido aponeurótico en proceso de necrosis, extrayéndose en total aproximadamente 400ml. de líquido purulento, se realiza nueva colostomía a nivel superior de la anterior y se deja drenaje laminar en zona donde se encontró el líquido purulento, se indica tratamiento antibiótico con ciprofloxacino y metronidazol por vía endovenosa en el post quirúrgico.

Paciente en el post operatorio presenta funciones vitales estables, se somete a estudio de cultivo líquido purulento encontrado en cavidad abdominal, el cual a los 5 días de crecimiento da como resultado presencia de *Escherichia coli*.

Discusión

La miasis se clasifica clínicamente como cutánea (cuya lesión inicial es una pápula, presenta una forma forunculoide, rampante y subcutánea), visceral (afectación del tracto gastrointestinal y genitourinario) y cavitaria (causan destrucción de cartílagos y huesos causando lesiones mutilantes y mortales, con afectación de boca, oído, nariz, senos paranasales y ojos) ^{5,6}, la afectación de las zonas de las ostomías no es muy frecuentes por lo que no se cuenta con muchos reportes a este nivel.

Dentro de los factores de riesgo para la miasis tenemos nivel sociocultural bajo, alcoholismo, parálisis cerebral, exposición de heridas o cavidades, descuido de aseo personal, cría de animales de campo, hábito de dormir a la intemperie, Ingesta de alimentos contaminados, funciones físicas y mentales disminuidas ^{6, 7}, evidenciándose que nuestra paciente tenía como factores de riesgo el antecedente de cretinismo que le impedía comunicarse con normalidad, falta de apoyo familiar al vivir solo con hermanos, vivir en una zona rural con saneamiento básico inadecuado y la crianza de animales de campo.

Las moscas hembra tienen mayor predilección por lesiones supurativas, olorosas y heridas abiertas, los huevos son depositados en áreas de piel intacta cubiertas con secreciones sanguinolentas o mucosas y el paciente puede transferir los huevos a otros sitios por malos hábitos de higiene ⁸. La afectación de la colostomía es una afectación rara, puede afectar la pared abdominal que se encuentra alrededor de la colostomía sin necesidad de causar lesión sobre esta misma ⁹, se debe realizar el asesoramiento de los cuidados de colostomía sobre todo en países tropicales con abundancia de moscas ¹⁰, al no contar con apoyo familiar adecuado no se llevó un buen manejo de la colostomía, permaneciendo con bolsa de colostomía con la que fue dada de alta en su primera cirugía.

La conducta terapéutica está dirigida a la eliminación de larvas, remoción del tejido desvitalizado, uso de antibióticos (se reportaron uso de oxacilina, ampicilina más sulbactam o ceftriaxona más metronidazol por vía endovenosa), uso de agentes asfixiantes (aceite de trementina, vaselina, cera de abejas o parafina líquida) e ivermectina. La ivermectina paraliza las larvas bloqueando el impulso de las terminaciones nerviosas por acción del ácido gamma aminobutírico^{9, 10, 11}. Usándose en nuestro caso el ciprofloxacino y metronidazol por vía endovenosa.

En zonas rurales se tienen deficiencias en cuanto al traslado de los pacientes a los hospitales para realizarse un control adecuado por el especialista, motivo por el cual se tiene que brindar capacitación adecuada al personal de obstetricia, enfermería y personal técnico (debido a que no se cuenta con la cantidad necesaria de médicos laborando en los centros de salud) sobre el manejo de ostomías y en caso se presente alguna complicación ser referidos a un hospital en el tiempo adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Visiarelli E, et al. Miasis humana en Bahía Blanca, Argentina: periodo 2000/2005. *Neotrop entomol.* 2007; 36(4): p. 605-611.
2. Cevallos E. Miasis bucal y cutánea [Tesis para optar al grado académico de médico general] Riobamba: Escuela superior politécnica de Chimborazo; 2019
3. Centers for Disease Control and Prevention. Myiasis [internet]. [Consultado 15 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/dpdx/myiasis/index.html>
4. Dulce A, et al. Miasis intestinal humana por *Eristalis tenax* en un niño de la zona urbana del municipio de Policarpa, Nariño, Colombia. *Biomédica.* 2020; 40(4): p. 599-603
5. Calderón H, Rojas E, Apt B, Castillo O. Cutaneous myiasis due to *Cochliomyia hominivorax* associated with seborrheic. *Rev. Méd. Chile.* 2017; 145(2): p. 250-254
6. Zuñiga C. Miasis: un problema de salud poco estudiado en México. *Rev Enfer Infec Pediatr.* 2009; 23(88): p. 121-125
7. Manchini T, Fulgueiras P, Fente A. Miasis oral: a propósito de un caso. *Odontoestomatología.* 2009; 11(12): p. 38-43
8. Jain R, Ranjan V, Dosi R. Insurgence of maggots around colostomy: An unusual presentation. *JEMDS.* 2013; 2: p. 3898-3902
9. Ramírez J, et al. Miasis en la colostomía de un lactante. *Rev Chil Cir.* 2017; 69(4): p. 281-282
10. Twayana A, et al. Maggots around colostomy site: a case report. *J Nepal Med Assoc.* 2021; 59(239): p 709-711
11. Lauand G, et al. Primary myiasis in surgical wound of mandible symphysis fracture. *Case Rep Pathol.* 2019; 2019:5393405