



Brazilian Journal of  
**OTORHINOLARYNGOLOGY**

www.bjorl.org.br



RELATO DE CASO

**Cavitary myiasis mimicking peritonsillar abscess<sup>☆</sup>**

**Miíase cavitária simulando abscesso periamigdaliano**

**Marcos Aurélio Araújo Silveira<sup>a,\*</sup>, Sebastião Diógenes Pinheiro<sup>a,b</sup>,  
Viviane Carvalho da Silva<sup>c</sup>, Mateus Aguiar de Azevedo<sup>a</sup>, Raphael Oliveira Correia<sup>a</sup>**

<sup>a</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

<sup>b</sup> Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

<sup>c</sup> Hospital Universitário Walter Cantídio, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Recebido em 15 de dezembro de 2014; aceito em 31 de janeiro de 2015

**Introdução**

Miíase é definida como a infestação de tecidos e órgãos causada pelas larvas de moscas. Mais de 150 espécies de dípteros podem causar miíase em humanos.<sup>1</sup> Pode ser classificada em cutânea, subcutânea ou cavitária,<sup>2</sup> sendo mais prevalente em indivíduos idosos, deficientes e debilitados, e especialmente em países tropicais.<sup>3</sup>

As larvas podem ocasionar necrose e destruição dos tecidos infestados, originando uma grande variedade de sintomas, dependendo dos locais acometidos e da intensidade da infestação. Apesar de muitas vezes o diagnóstico ser evidente, pode ter apresentações clínicas variadas, simulando outras patologias e dificultando seu diagnóstico precoce.

**Relato do caso**

Paciente, 73 anos, sexo feminino apresentava há uma semana febre, astenia, odinofagia e episódios de epistaxe por

fossa nasal esquerda diária de pequeno volume. A paciente negava eliminação de qualquer corpo estranho por cavidade oral ou nasal. Foi atendida em Unidade de Pronto-atendimento e encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia de um hospital terciário no dia seguinte. Apresentava cacosmia e eliminação de crostas nasais de odor fétido há três anos. Informou ser diabética e hipertensa, porém, sem controle adequado.

Na admissão, encontrava-se afebril, orientada e cooperativa, com crepitação em bases pulmonares, e à otoscopia evidenciava-se secreção mucopurulenta em conduto auditivo externo esquerdo. Notava-se abaulamento e hiperemia periamigdaliana esquerda que se estendia para o palato mole. Diante da suspeita inicial de abscesso periamigdaliano, foi realizada punção do abaulamento oral, não sendo drenada secreção. Foi hospitalizada e iniciada antibioticoterapia endovenosa com ceftriaxona e clindamicina. No segundo dia intra-hospitalar, foi submetida à nova punção, igualmente sem drenagem, mas sendo evidenciada saída de larvas pela boca e pela narina esquerda minutos após o procedimento.

Evoluiu nas horas seguintes com septicemia, sendo encaminhada para Unidade de Terapia intensiva devido ao rebaixamento do nível de consciência e dessaturação sanguínea, com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

Foi aplicado iodofórmio em cavidade oral e fossas nasais e ivermectina via sonda nasoenteral na dose aproximada de

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.01.005>  
<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Silveira MA, Pinheiro SD, da Silva VC, de Azevedo MA, Correia RO. Cavitary myiasis mimicking peritonsillar abscess. Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81:336-8.

\* Autor para correspondência.

E-mail: maasilveira@bol.com.br (M.A.A. Silveira).

300ug/kg, além de antibioticoterapia de amplo espectro com piperacilina/tazobactam e vancomicina. Diariamente era realizado exame otorrinolaringológico, com retirada de larvas, totalizando cerca de 150 larvas removidas após 72 horas. Foi realizada tomografia computadorizada de nariz e seios paranasais, ossos temporais, crânio e pulmão (fig. 1).

Apesar da completa remoção das larvas em cavidade oral e nasal, a paciente evoluiu para óbito por insuficiência respiratória secundária à pneumonia no trigésimo dia intra-hospitalar.

## Discussão

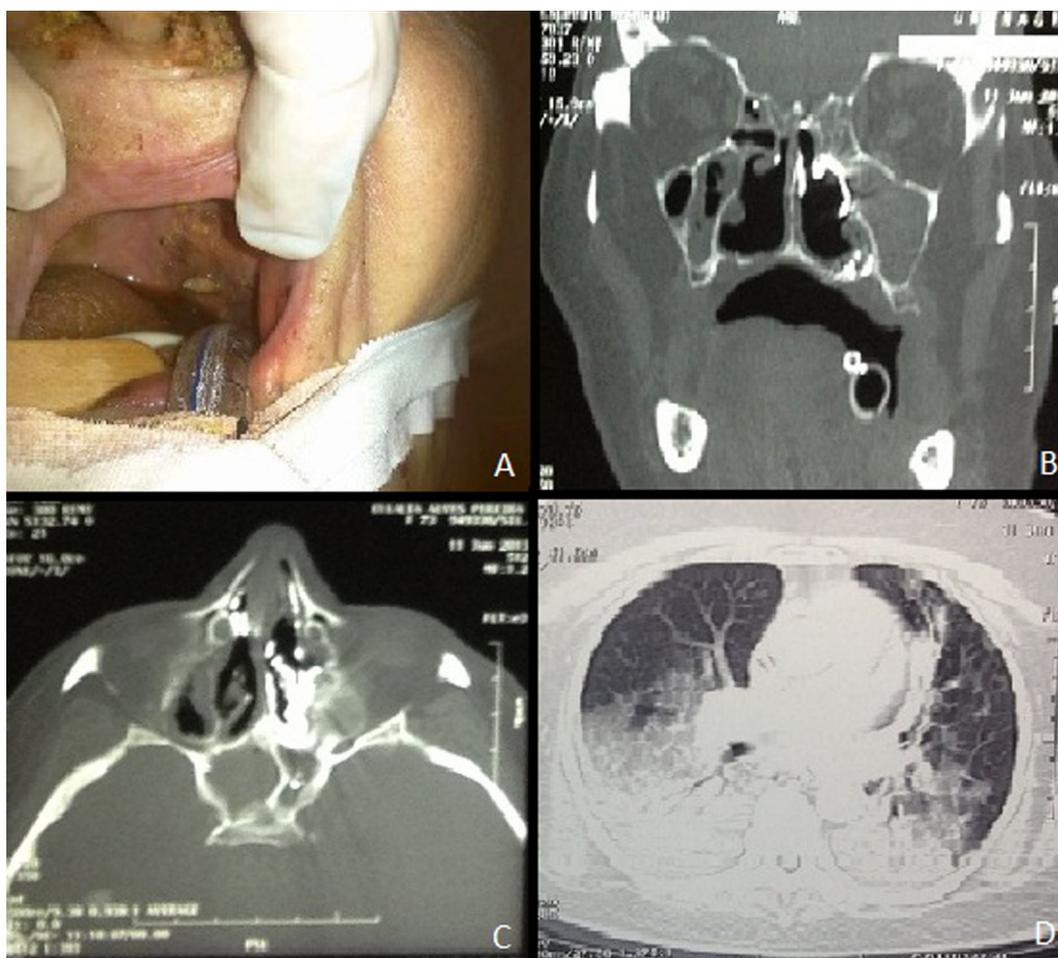
A paciente apresentou um grande número de larvas, o que ocasionou importante destruição de tecidos locais. Devido ao caráter destrutivo e invasor das larvas, a apresentação inicial simulou um abscesso periamigdaliano; contudo, pela história clínica e evolução, o local inicial de infestação parece ter sido em fossa nasal esquerda. Diante da história clínica progressiva, suspeitamos da possibilidade diagnóstica de rinite atrófica, patologia que, por vezes, é associada à miíase na-

sal.<sup>4</sup> No entanto, como a paciente procurou atendimento médico apenas durante o quadro de miíase cavitária, tornou-se difícil a conclusão diagnóstica de rinite atrófica.

O objetivo do tratamento foi a remoção de todos os organismos invasores.<sup>5</sup> Nossa paciente foi tratada com medicação tópica e oral, associada à extração mecânica, com eliminação completa das larvas em cerca de cinco dias. A miíase nasal pode apresentar-se com epistaxe, obstrução nasal, rinorreia, cacosmia, dor facial e cefaleia, e é igualmente prevalente em ambos os sexos.<sup>6</sup>

## Comentários finais

No presente caso, evidenciamos uma apresentação atípica, assemelhando-se inicialmente a abscesso periamigdaliano. Na literatura já foram propostos vários tratamentos para miíase cavitária, que variam desde a extração mecânica até o uso de substâncias tóxicas, orais e endovenosas,<sup>3</sup> contudo, não existe um consenso sobre a melhor conduta terapêutica para os casos de miíase oral ou nasal. Talvez corroborado pela idade avançada da paciente e pelas comorbidades, a paciente evoluiu para óbito por pneumonia aspirativa.



**Figura 1** (A) Larva penetrando em cavidade oral através de palato mole. Tomografia computadorizada (TC) de seios paranasais cortes coronal (B) e axial (C) evidenciando redução de volume de conchas inferiores e material com densidade de partes moles em maxilares, etmóides e esfenóide; nota-se material radiopaco consequente à deposição de iodofórmio; (D) TC de pulmão evidenciando opacidade em terços posteriores de ambos os pulmões.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Referências

1. Al-Ismaily M, Scully C. Oral myiasis: report of two cases. *Int J Paediatr Dent.* 1995;5:177-9.
2. Ramalho JRO, Prado EP, Santos FCC, Cintra PPVC, Pinto JA. Miiase nasal: relato de caso. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2001;67:581-8.
3. Ribeiro FAQ, Pereira CSB, Alves A, Marcon MA. Tratamento da miíase humana cavitária com ivermectina oral. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2001;67:755-61.
4. Zeltser R, Lustmann J. Oral myiasis. *Int J Maxillofac Surg.* 1988;17:288-9.
5. Manfrim AM, Cury A, Demeneghi P, Jotz G, Roithmann R. Miíase nasal: relato de caso e revisão da literatura. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2007;11:74-9.
6. Sharma H, Dayal D, Agrawal SP. Nasal myiasis: review of 10 years experience. *J Laryngol Otol.* 1989;103:489-91.