



Defecto en región occipital debido a miasis. Reconstrucción con colgajo de trapecio. Reporte de caso

Defect in occipital region due to myiasis. Trapezius flap reconstruction. Case report

Dr. José Fernando Rogel Rodríguez,* Dr. Fernando Romero Espinoza**

Palabras clave:

Miasis, región occipital,
colgajo de trapecio,
reconstrucción.

Key words:

Myiasis, occipital
region, trapezius flap,
reconstruction.

RESUMEN

No es común que la infestación por miasis se presente en la región posterior del cráneo, siendo las extremidades inferiores con predominio en áreas endémicas, los principales lugares en frecuencia. El diagnóstico se hace mediante visualización directa de la larva. El manejo multidisciplinario en esta zona es esencial por el gran defecto y complicaciones que puedan surgir. Presentamos a un paciente de 71 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus mal controlada y abandono social, que acudió al servicio de urgencias por presentar lesión ulcerativa de siete años de evolución en región occipital de aproximadamente 4 cm, con crecimiento progresivo y doloroso. Fue sometido a tratamiento quirúrgico en el que se encontró infestación de larvas; se realizó aseo quirúrgico, desbridamiento y antibióticos con mejoría clínica. En un segundo tiempo quirúrgico se reconstruyó el defecto con un colgajo de trapecio con isla de piel, mostrando una adecuada respuesta al tratamiento sin complicaciones. Se logró cubrir el defecto en la región occipital utilizando el colgajo muscular de trapecio por su adecuada longitud, su tejido ricamente vascularizado y mínima morbilidad para la zona donadora.

ABSTRACT

It is not common that myiasis infestation is present in the posterior region of the skull, being the lower extremities with prevalence in endemic areas, the main locations in frequency. The diagnosis is made by direct visualization of the larva. The multidisciplinary approach is essential for the great defect and complications that may arise. We present a 71 year-old patient with a history of poorly controlled diabetes mellitus and social neglect, who arrived at the emergency room with ulcerative lesion with seven years of evolution in occipital region of about 4 cm, with progressive and painful growth. He underwent surgery in which larvae infestation was found; Surgical cleaning, debridement and antibiotics were used with clinical improvement. In a second surgery, the defect was reconstructed with a trapezoidal flap with skin island, showing an adequate response to treatment without complications. It was possible to cover the defect in the occipital region using the trapezius muscle flap of the proper length, richly vascularized and minimal donor site morbidity.

INTRODUCCIÓN

Miasis proviene de *Myia* (mosca) y pertenece al género de los dípteros, el término fue acuñado por Hope en 1840. Se caracteriza por la infestación de larvas tanto en piel como en tejido celular subcutáneo, éstas se alimentan de tejido muerto y vivo y de los fluidos corporales del huésped.¹⁻³

Dermatobia hominis es la principal dentro de las especies de las miasis. Predomina en climas tropicales, abarca una extensión desde México hasta Argentina. Las áreas endémicas en nuestro país son Quintana Roo, Campeche, Yucatán, Chiapas y Tabasco.⁴

Los factores de riesgo asociados a la miasis son pacientes de edad avanzada, zonas rurales por la cría de animales de campo, alcoholismo, lesiones cutáneas asociadas (úlceras), indigentes, malos hábitos de higiene y personas con alteraciones en las funciones mentales superiores.⁵

Las lesiones por miasis se clasifican en: a) cavitarias, las que afectan principalmente la región cefálica, incluyendo senos paranasales y conducto auditivo externo; hacen perforaciones en huesos del cráneo que pueden provocar invasión de tejido meníngeo y encefálico y b) cutáneas, con sus tres variantes: forma furunculoides, línea rampante (por debajo de la piel

* Residente Cirugía General.

** Cirujano Plástico y Reconstructivo.

Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos». Toluca, Estado de México.

formando dermografismo) y tumores subcutáneos dolorosos.⁵

Para el manejo de lesiones malignas y benignas del cuello se pueden utilizar los colgajos, principalmente el de trapecio, por su adecuada longitud, buena vascularidad y mínima morbilidad para la zona donadora. En los defectos que se presentan en el hombro se recomienda el colgajo deltopectoral.⁶

Se puede recurrir a los colgajos de trapecio de acuerdo con su irrigación aprovechando principalmente el segmento descendente y ascendente, siendo la región transversa la menos utilizada. El colgajo vertical se compone del segmento descendente donde la irrigación proviene de las ramas superficiales de la arteria cervical transversa, y como colgajo horizontal la rama acromial y las ramas intercostales posteriores.^{6,7}

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 71 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus de larga evolución con mal apego al tratamiento y abandono social. Ingresó con lesión ulcerativa de 4 cm con exudado purulento en región occipital de siete años de evolución, sin tratamiento. Presentó crecimiento paulatino de la lesión hasta duplicar sus dimensiones, ingresando a urgencias principalmente por dolor en la región posterior y exudado purulento. Los exámenes de laboratorio mostraron: leucocitos 10.2, linfocitos 7.3%, hemoglobina 10.3 g/dL, hematocrito 33%, plaquetas 307 mCl, glucosa 118 mg/dL, INR 1.1, creatinina 1.1. La tomo-



Figura 1. Tomografía axial computarizada de cráneo con datos de osteólisis en región occipital.

grafía simple de cráneo con ventana ósea sin evidencia de lesión en el parénquima cerebral, con datos de osteólisis en región posterior de la bóveda craneana, sin ameritar tratamiento neuroquirúrgico (*Figura 1*). Se sometió al paciente a aseo quirúrgico con desbridamiento, mostrando como hallazgo larvas en la región occipital, con osteólisis en la bóveda craneana, por lo que se indicó manejo médico con ivermectina. En revisiones posteriores el área estaba limpia, sin evidencia de larvas (*Figura 2*). Se sometió a un segundo tiempo quirúrgico para cubrir el defecto presente (20 x 10 cm), utilizando un colgajo de trapecio con isla de piel tunelizado (*Figuras 3 a 5*). Durante el seguimiento, en la consulta a un mes de la cirugía plástica, se encontró una adecuada integridad del tejido sin datos de necrosis, infección o complicaciones sistémicas, continuando con buen control metabólico sin complicaciones (*Figuras 6 y 7*).

DISCUSIÓN

El tratamiento para la miasis cutánea no siempre es tan agresivo. En estadios iniciales se puede tapar el orificio presente en la piel, provocando asfixia de la larva obligándola a salir y continuar después con curaciones. El tratamiento oral es otra alternativa y la ivermectina es la recomendada para las lesiones cutáneas ulceradas, miasis visceral u oftálmica.⁷



Figura 2. Área cruenta en región occipital con gran defecto cutáneo.

En el hospital Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos» se registraron dos casos de miasis en cinco años, uno en extremidad inferior derecha y una en región posterior del cráneo, ya que no es una zona endémica.



Figura 3. Trazo de dibujo para el colgajo de trapecio.



Figura 4. Transoperatorio. Se encuentra pedículo de colgajo trapecio.

Este paciente fue tratado con desbridamiento quirúrgico, ivermectina y un colgajo miocutáneo de trapecio, con lo que logramos erradicar la miasis, cerrar la herida con una buena cubierta y con mínima morbilidad de la zona donadora.^{8,9}

Los cuatro pedículos que pueden utilizarse en los colgajos de trapecio son los basados en la arteria occipital, en la rama superficial de la arteria cervical transversa, con dos variantes: horizontal y vertical; en la rama profunda de la arteria cervical transversa y en las arterias intercostales.^{10,11} El tratamiento en este caso fue con un colgajo de trapecio con isla de piel irrigado por la rama profunda de la arteria escapular transversa, siendo los pedículos menores las arterias intercostales posteriores con una longitud promedio de 5.2 a 6.4 cm y diámetro de 2.95 a 3.65 mm, adecuado para las características topográficas de la lesión, asociado a ivermectina.^{10,11} Este colgajo posee ventajas, ya que es delgado, tiene buena longitud que permite un arco de movilidad importante y es adecuado para defectos de cuello y cráneo. Dentro de sus desventajas, se pueden comprometer las estructuras vasculares del tejido, involucrar al nervio espinal provocando pérdida funcional del sitio receptor.^{10,11} Las complicaciones incluyen la planeación de



Figura 5. Isla de piel del colgajo de trapecio.



Figura 6. Visión de colgajo de trapecio consulta subsecuente.



Figura 7. Visión lateral de colgajo de trapecio.

una cirugía en la que el defecto es mayor al pedículo con su isla de piel, lo que producirá un mal acoplamiento y por tanto, necrosis del colgajo. En el sitio donador puede presentarse contracción de la cicatriz, mala cicatrización y mal aspecto estético. La zona receptora puede presentar necrosis, infección y hematomas y se espera que se atrofie 30%.¹¹

En conclusión, el colgajo de trapecio es útil para las deformidades de la región occipital que tengan gran extensión. Es fácil de trazar y de movilizar; tiene mínimas complicaciones y un resultado estético adecuado.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Tahitiana Zaragoza Sala, Dra. Lorena Noriega Salas, Dr. Alberto Sámano Gómez.

REFERENCIAS

1. Alcalá D, Yáñez S. Miasis foruncular causada por *Dermatobia hominis*. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2006; 15: 23-25.
2. Manrique A, Manrique D, Catacora J. Miasis cutánea y revisión en la literatura. *Folia Dermatol Perú*. 2009; 9: 23-26.
3. Durán K, Montenegro I et al. Miasis cutánea forunculoide: un caso diagnosticado. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2006; 22: 1-3.

4. Pastor C, Briceño G, Schafer F. Miasis cutánea forunculoide causada por *Dermatobia hominis*. *Rev Med Chile*. 2013; 141: 1081-1082.
5. Zúñiga I. Miasis un problema de salud poco estudiado en México. *Rev Enf Infec Pediatr*. 2009; 88: 121-125.
6. Nunzi M, Rebora A, Rongioletti F. *Dermatobia hominis* infestation. *Med J Genoa*. 1983; 60: 162-163.
7. McGraw J, William P, Kalwaic H. Uses of the trapezius and sternomastoid myocutaneous flaps in head and neck reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1979; 3: 49-57.
8. López L. Miasis. *Rev Mex Dermatol*. 2006; 50: 90-104.
9. Hernández D, Celio J, Lima M et al. Sarcoma extra óseo de Ewing: reconstrucción colgajo de trapecio. *Cir Plast*. 2008; 18: 37-41.
10. Fu-Chan W, Samir M. *Trapezius flap*. In: Fu-Chan W, Samir M. *Flaps and reconstructive surgery*. New York: Elsevier Saunders; 2009, Chap. 21, pp. 249-270.
11. Haas F, Weiglein A, Schwarzl F, Schanargi E. The lower trapezius musculocutaneous flap from pedicled to free flap, anatomic basis and clinical applications based on the dorsal scapular artery. *Plast Reconstr Surg*. 2004; 113 (6): 1580-159.

Correspondencia:

Dr. José Fernando Rogel Rodríguez

Paseo Tollocan Núm. 113, Col. Universidad, 50130, Toluca, Estado de México.

Tel: (722)2-19-52-92

Cel: (722) 350 4977

E-mail: fernandorogel6@gmail.com