

## **MIASIS GENTAL \***

Dr. MIGUEL TALAMO P.

He creído interesante la publicación del presente caso por tratarse de una localización excepcional de la miasis y porque se logró obtener un documento fotográfico completo de la extracción de la larva (figs. 1 a 5).



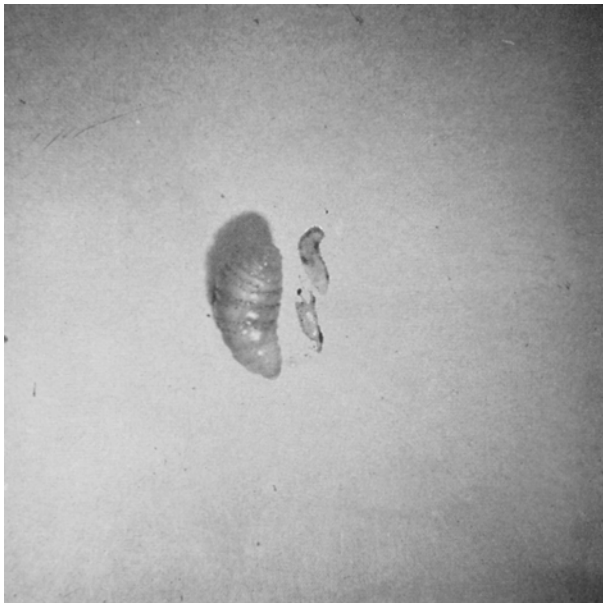
---

\* Caso presentado en la reunión ordinaria mensual de La Sociedad Venezolana de Dermatología en la Cruz Roja Venezolana, mes de enero de 1969.

## HISTORIA

Paciente de 37 años de edad, de profesión vendedor-viajero, de color blanco, natural de Río Chico, Edo, Miranda, residente desde hace varios años en la ciudad de Caracas.

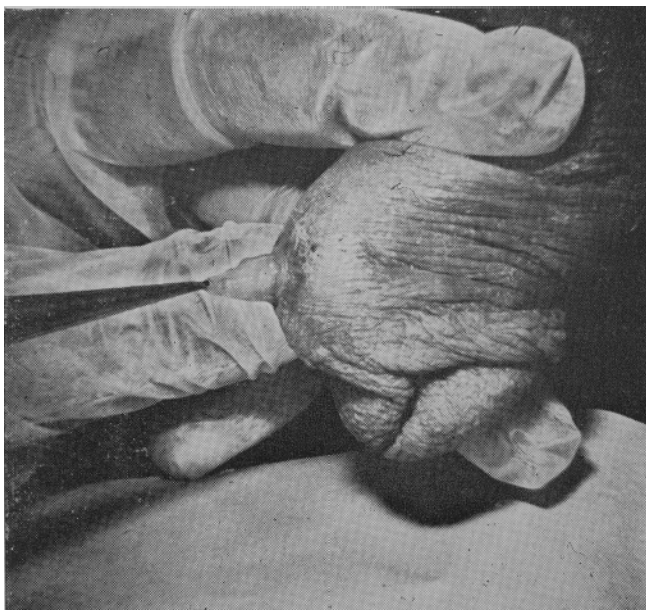
Relata el paciente que desde hace dos meses presenta tumefacción eritematosa en la cara posterior del pene; la lesión aumenta lentamente de tamaño sin causar mayores molestias.



Fue examinado y tratado con antibióticos por numerosos médicos, pero aparentemente sin establecerse ningún diagnóstico. El paciente presenta tres exámenes serológicos recientes, con resultados negativos.

El día 6 de enero de 1969 asiste a mi consulta particular, encontrándose al examen: lesión nodular eritematoedematosa de aproximadamente dos centímetros de diámetro, de consistencia dura, situada en la cara posterior del pene, a un centímetro por detrás del surco balanoprepucial, dolorosa a la presión. En el centro de la lesión se observa una

ulceración perfectamente redonda, de bordes netos, elevados y cortados a pico; el fondo de esta úlcera está constituido por una membrana semitransparente de aspecto serohemático; por este motivo y por los datos de la historia, resuelvo explorarla con la sonda, revelándose una cavidad fistulosa que conduce hasta un cuerpo extraño de consistencia dura. Para este momento el paciente se encuentra muy aprensivo por la ex-



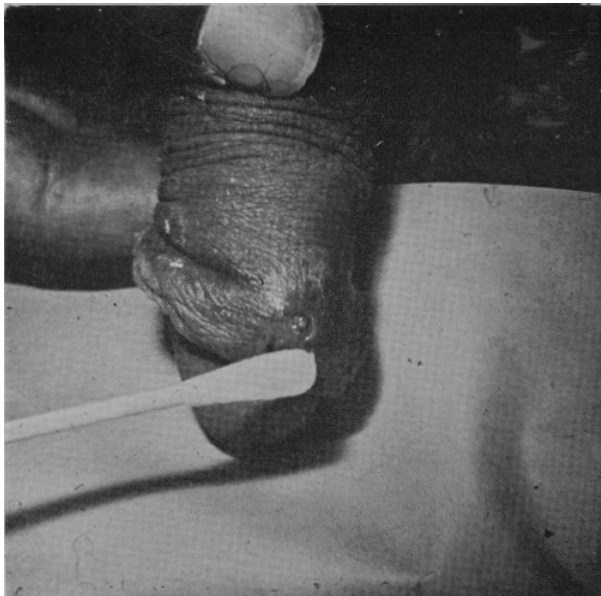
ploración y el dolor que ésta le causa, por lo cual se suspende, y se le cita para el día siguiente. Al examen físico no se palpan adenopatías, y según el paciente éstas nunca se han presentado; el estado general se ha mantenido bien conservado.

Se indicaron curas boricadas tibias, una sulfa de acción prolongada por vía oral y un sedante.

Al día siguiente por la mañana se reanuda la exploración, observándose que el cuerpo extraño tiene movimiento propio, por lo que se acerca a la boca del trayecto fistuloso un aplicador empapado en éter. A los pocos minutos de repetida esta operación emerge uno de los extre-

mos del vermes; se toma con la pinza y se extrae lentamente un cuerpo de extremidades aguzadas, con numerosos anillos queratinizados en su superficie, y que mide 2,3 centímetros. de largo por 1,6 centímetros de diámetro en su parte media; es un organismo vivo que presenta movimiento. Se establece el diagnóstico de miasis del pene.

Ocho días después de la extracción del parásito, la ulceración había cicatrizado perfectamente y el paciente se encontraba libre de síntomas.



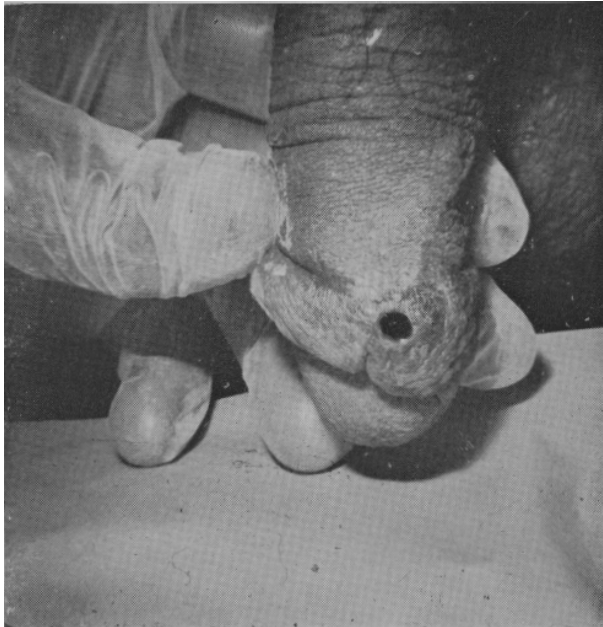
La clasificación entomológica del agente causal fue realizada por el profesor Ignacio Ortiz, jefe de la Sección de Entomología del Instituto Nacional de Higiene, clasificándose el espécimen como una prepupa de *Dermatobia hominis* (*Diptera Cyclorrapha*).

#### COMENTARIO

En la literatura nacional consultada no se ha encontrado ningún reporte de miasis con localización en el pene, encontrándose, sin embargo, reportes de casos con localización en otras mucosas, como fosas na-

sales y región ocular. En una revisión reciente sobre el tema se describen localizaciones urogenitales en la mujer, con localización en vulva y vagina, pudiendo ascender las larvas hasta la vejiga. Estos casos se ven generalmente como complicación secundaria a procesos urogenitales crónicos y descuidados en personas de hábitos higiénicos muy deficientes.

Esta rara localización de miasis por *Dermatobia hominis* en este paciente presentado, de hábitos higiénicos normales y en aparente buen estado de salud, se produjo probablemente cuando viajando en automóvil se vio afectado por una fuente diarrea y realizó defecaciones al aire libre en zonas boscosas de los alrededores de la carretera de Altigracia de Orituco.



Según estudios realizados en la Sección de Entomología del Instituto Nacional de Higiene, se cree que la infestación por la *Dermatobia hominis*, insecto que se nutre solo de jugos azucarados vegetales, nunca se hace en forma directa, sino que esta mosca deposita sus huevos sobre el abdomen de otros insectos usualmente hematófagos y que son

éstos los que realizan el transporte hasta el huésped vertebrado; mientras tanto, dentro de los huevos de *Dermatobia hominis* se van desarrollando las larvas, las cuales penetran en la piel del huésped activamente por un termotropismo positivo, al posarse el insecto intermediario en el vertebrado para alimentarse.

## SUMMARY

A patient 37 years old, white, salesman, with genital ulceration due to *Dermatobia hominis* infestation, is presented.

The patient in the two months before consultation have been treated with antibiotics without correct diagnosis. When the author examined the lesion, it was a hard nodule with a round ulceration in the center.

With the history of several antibiotics treatments, negative serological test for syphilis, clear aspect of the ulceration base and no lymphatic nodules enlargement, exploration with the catheter was made, a hard foreign body was found. Next day, other applications near the ulcer led to the emergence of the parasite, classified as a larvae of *Dermatobia hominis*.

In the comments, the author give an explanation for the infestation in this unusual location, on a patient with normal higienic habits: one month before the onset of sintomatology, the patient traveling by car had diariliva and he made several defecations in the forest.

*Dermatobia hominis* infestation never occur directly: these flies lay their eggs en hematophagous insects that carry the eggs toward the vertebrate host; due to the fact that *D. hominis* only fed with sugared vegetable juices, these flies don't have contact with vertebrate mammals.

## BIBLIOGRAFIA

1. Dao, Luis. "Miasis humana en Venezuela. Contribución al estudio de las miasis cutáneas por *Dotmatobia hommis*". Rev. Pol. Car., 18 (114): 290-309; 1950.
2. Blanco Ledezma, Diego A. "Un caso de miasis nasal. Presentación de larvas productoras". Gac. Méd. Car., 24 (9) : 79-80; 1917.
3. Padrón Lizardo, O. "Miasis de anexos oculares por *Dermatobia hominis*". Rev. Oft. Ven., 2 (2): 123-126; 1957.
4. Carrera Micheli, Francisco; Jiménez Muñoz, P. F.: Rodríguez, Ventura y George R., Félix. "Las miasis (Revisión)". Trib. Méd., 3 (114): 1-2 y 6; 1966.

## CHANCR O SIFILITICO DE LOCALIZACION EXTRAGENITAL

Dr. MIGUEL TALAMO P.

Dr. RAFAEL MEDINA\*

Creemos de interés la presentación de este caso de localización extragenital de un chancro sifilítico en una niña de catorce años, con el objeto de llamar la atención sobre la conveniencia de tener presente la sífilis en las lesiones ulcerosas bucales o peribucales y que han aparecido en ciertas circunstancias.

*Historia del caso.* Se trata de una joven de catorce años de edad, natural de Nirgua, Estado Yaracuy, y recientemente radicada en Caracas. Consulta por presentar lesión ulcerosa del labio que data de quince días y que se acompaña desde hace una semana de tumefacción submaxilar. Para su enfermedad actual sólo ha utilizado curas locales con antisépticos no antibióticos.

*Examen clínico.* Ulceración situada en mitad izquierda del labio superior de aproximadamente dos centímetros de diámetro, de bordes precisos, infiltrados y de fondo plano, de color rojo intenso y cubierta de secreción serosa abundante; la base de la úlcera es dura y dolorosa a la palpación. Un halo eritematoso rodea la lesión descrita. En la región submaxilar izquierda se ve y se palpa un ganglio grueso, duro y no doloroso a la presión. Discreta inflamación faríngea. No hay fiebre ni otros síntomas de ataque al estado general. Examen genital normal y se comprueba integridad del himen.

*Antecedentes.* Sólo eruptivas de la infancia. En líneas generales, ha sido bastante sana. Niega rotundamente contactos sexuales y sólo refiere haber sido besada en varias oportunidades anteriores por un joven en su pueblo natal. El nombre y dirección precisa de este posible contagiante fue debidamente anotado para su futura búsqueda,

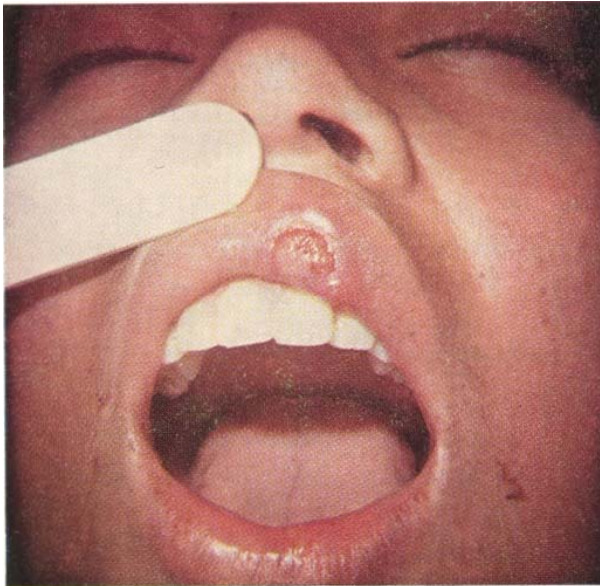
---

\* Instituto Nacional de Venereología, División de Venereología, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas.

*Exámenes de laboratorio.* El examen de la linfa tomada de la ulceración revela treponemas en número mediano (2-3 en algunos campos) y las reacciones serológicas dan los siguientes resultados: VDRL 2 dils y FTA-abs reactiva.

El diagnóstico definitivo es de *chancro sifilítico del labio superior*.

De inmediato se inicia el tratamiento con inyecciones de penicilina en aceite y monoestearato de aluminio al 2% (PAM), utilizando el esquema de una primera dosis de 2.400.000 u. y luego tres dosis de 1.200.000 u. cada una a intervalos de dos días.



Chancro sifilítico del labio

Doce días después del comienzo del tratamiento la úlcera estaba casi totalmente cicatrizada y la adenopatía disminuida de tamaño.

El contacto referido fue encontrado y convenientemente tratado. Para ese tiempo no presentaba lesiones cutáneas ni mucosas y las reacciones serológicas eran fuertemente reactivas.



*Comentarios.* El notorio aumento en la incidencia de las enfermedades venéreas que se ha venido comprobando en los últimos años, el incremento de la promiscuidad sexual y la libertad en las costumbres de nuestro medio, así como en la mayoría de los países del mundo, deben mantener alerta al médico y obligarlo a tener siempre presente la posibilidad de una afección venérea ante la más mínima sospecha clínica o epidemiológica, y esforzarse en demostrarla lo más pronto posible.

#### SUMMARY

A patient, 14 years old, with a luetic ulceration of the lip, is presented. The authors intended to call the attention on the extragenital localization of the disease and stressed the importance of have in mind venereal diseases even in the less suspicious cases.

PRESENTACION DE CUATRO CASOS DE TIÑA FAMILIAR  
POR EL TRICHOPHYTON TONSURANS

Dra. MARIA B. DE ALBORNOZ \* Dr. CARLOS A. VIVAS GUZMAN\*\*

En la literatura nacional sobre Tinea Capitis encontramos al Trichophyton Tonsurans como el primer agente etiológico entre las tineas Capitis endothrix.<sup>1,2</sup> Este tipo de tinea fue puesto en evidencia por primera vez en Venezuela en 1939 por el doctor Paul Guerra.<sup>3</sup> Los casos publicados son casi siempre casos aislados; por esto nos ha parecido importante la publicación de cuatro casos con diferentes localizaciones por el T. Tonsurans en una misma familia.

REPORTE DE LOS CASOS

Nº 1.-I. O. Edad 15 años. Estudiante. Natural de San Antonio del Táchira. Residencia: El Junquito.

*Clínica.* Lesión de dos semanas de evolución, caracterizada por placa eritematoescamosa, de bordes circinados y bien limitados; el centro presenta elementos en regresión. Localizada en la mejilla derecha, se extiende a la nariz, comprometiendo la mitad del mismo lado hasta la región ciliar. Se acompaña de prurito (foto Nº 1).

*Exámenes.* Directo: Hifas presentes. Cultivo: Trichophyton Tonsurans.

Nº 2.-M. O. Edad 21 años. Estudiante de Enfermería Natural de San Antonio del Táchira. Residencia: El Junquito.

*Clínico.* Consulta por lesiones escamocostrosas, pruriginosas, localizadas en la región posterosuperior del cuero cabelludo; no precisa tiempo de evolución.

---

\* Profesor asistente, jefe del Laboratorio de Micología, Servicio de Dermatología, Escuela de Medicina José Vargas.

\*\* Ex Residente del Curso de Postgrado de Dermatología, Hospital Vargas.



Foto N° 1. Lesión eritematoescamosa, de cara. Obsérvense los bordes activos en nariz y mejilla izquierda

*Exámenes.* Directo: Se reconocen esporas dentro del cabello (tipo endothrix) (foto N° 2). Cultivo: *Trichophyton Tonsurans*

N° 3.-A. O. Edad 47 años. Oficinista. Natural de Caracas. Residencia: El Junquito.

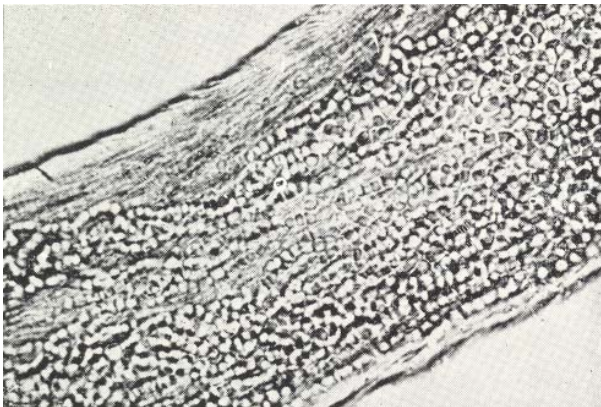


Foto N° 2. Cabello parasitado en forma endothrix. Nótese las esporas sólo en el interior del mismo (x 40)

*Clínica.* Erupción eritematoescamosa localizada en región occipital y parte posterior del cuello. Se acompaña de prurito. Evolución, un año y medio.

*Exámenes.* Directo: Negativo. Cultivo: Trichophyton Tonsurans

Nº 4.-B. O. Edad 2 años. El Junquito. Tiempo de evolución, un mes desde que fue notada por los familiares. Presenta en la parte superior del cuero cabelludo descamación muy pruriginosa, con discreta pérdida de cabellos (foto Nº 3).

*Examen.* Directo: Cabello parasitado en forma endothrix. Cultivo: Trichophyton Tonsurans.

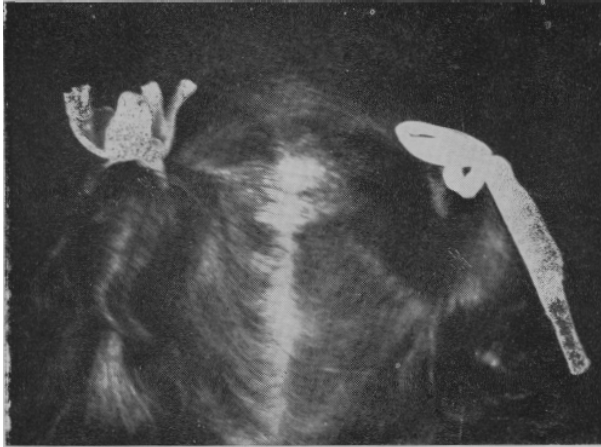


Foto Nº 3. Zona posterosuperior cuero cabelludo. Discreta zona de alopecia

## COMENTARIOS

Consideramos de interés la publicación de estos cuatro casos en una misma familia, por creer que este tipo de tinea es más frecuente entre nosotros que lo que aparece en las estadísticas y creemos sea debido a que una de las formas más frecuentes de manifestarse es la forma difusa en cuero cabelludo, que muy frecuentemente es confundida con una dermatitis seborreica, transmitiéndose de esta forma de una generación a otra, pues este dermatofito es primordialmente homófilo.

En los casos de tinea por *T. Tonsurans* creemos se deben precisar los contactos, pues fue mediante esta vía como logramos encontrar los otros casos en el resto de la familia.

En la literatura nacional se informa de dos áreas endémicas, en Margarita y los Andes,<sup>4</sup> en las cuales prevalece el *T. Tonsurans*. En la consulta de dermatología del Hospital Vargas encontramos al *T. Tonsurans* como el principal agente productor de tinea endothrix, tanto en su forma de placas pseudoalopécicas localizadas como en su forma difusa. También ha sido aislado produciendo otro tipo de tinias, tales como *corporis*, *barbae* y *unguium*.

#### SUMMARY

Four cases of familiar tinea capitis are presented in this work. Two endemic areas, Margarita Island and the Andes region, are mentioned. In our medical literature prevails *T. Tonsurans* as the common fungus agent of the Tina Endothrix.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Hómez Ch. y col. "Estudios micológicos en el Estado Zulia". *Dermatología Venezolana*, año III, vol. I, N° 4, 327-333; 1959.
2. Campins y col. "Agentes de micosis tegumentaria en el centro occidental de Venezuela". *Dermatología Venezolana*, año IX, vol. V., Nos. 1 y 2, 24-29.
3. Briceño-Iragorry. "Nota acerca de dos casos de Tiña Endothrix". *Boletín de la Clínica Luis Razetti*, año I, N° 3, vol. I; 1941.
4. Dante Borelli y María Coretti. "Datos sobre Tinca Capitis en Venezuela". *Mycopatologia Applicata*, vol. XXIII, fase. 2, 118-120; 1964.

## **DERMOJET: SUS DISTINTOS USOS EN DERMATOLOGIA**

Dr. JACOBO OBADIA SERFATY \*  
Dr JESUS A. LOPEZ HENRIQUEZ \*\*  
Dra. MARBELLA ROMERO \*\*

Hemos venido utilizando el dermojet como nueva adquisición en el tratamiento de varias dermatosis, durante los últimos cuatro años, siguiendo las diversas publicaciones de distintos especialistas de las escuelas francesa y americana. Existen magníficos reportes con resultados muy halagadores del uso de este aparato en vacunaciones masivas, así como en el tratamiento de un buen número de dermatosis, las cuales responden a las infiltraciones con distintas sustancias. Al utilizar este aparato se evitan los problemas inherentes al uso de infiltraciones realizadas en la forma corriente, obviándose en gran parte los traumas psíquicos o físicos que traen consigo estas últimas; en otras palabras, se evita el uso de inyectoras y aguas, las cuales con su presencia trastornan en mayor o menor grado a los pacientes. Ha sido nuestro empeño utilizar este aditamento en el tratamiento de múltiples afecciones, en pacientes de distintos sexos y edades, así como usando diferentes sustancias que indicaremos a continuación, sin haber obtenido respuestas adversas que pudieran inclinarnos a la no utilización de este aparato; por el contrario, los resultados han sido tan beneficiosos, que nos es indispensable en la práctica médica actual.

### **DESCRIPCION DEL APARATO**

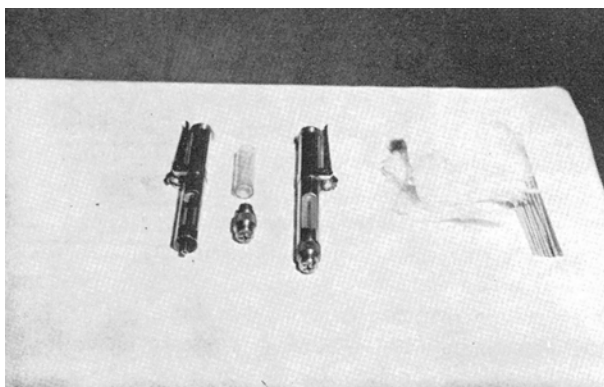
El aparato consta de una parte superior que funciona con aire comprimido, a manera de pistola, en el cual se encuentra una palanca que permite cargar el aparato, y al hacer esta maniobra se eleva un botón existente en la parte más superior él, el cual constituye el

---

\* Profesor titular de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Central de Venezuela, Hospital Universitario, Caracas.

\*\* Medicos asociados el Grupo Medico de Dermatología y Cirugía Plástica Obadía Serfaty.

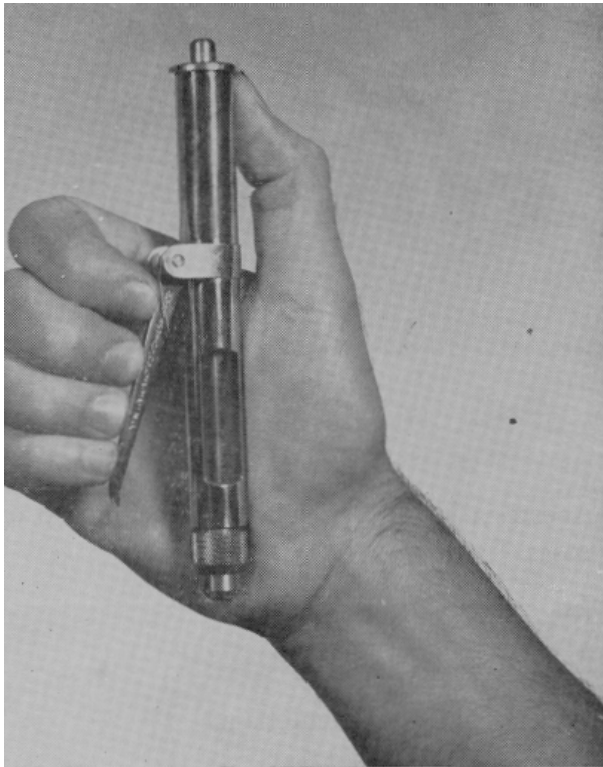
percutor. En la parte inferior está incluido un receptáculo de plástico, desarmable para la mejor limpieza y esterilización; en este receptáculo se colocan las soluciones a emplear, las cuales salen del aparato por un pequeño orificio existente en la parte más inferior (nariz) al oprimir el botón percutor. El instrumento es de fácil esterilización, pero no debe ser expuesto a temperaturas por encima de 140 °C. Para su mejor conservación se aconseja desarmar las dos partes, lavarlas muy bien y esterilizarlas por separado, lo cual debe hacerse inmediatamente después de su uso para evitar obstrucciones del opérculo de salida.



#### TECNICA

Para el uso del instrumento se comienza por adaptar el tubo receptáculo a la nariz del aparato. Se deposita la solución dejando aproximadamente media pulgada en la parte superior para permitir la compresión. Hecho esto, se atornilla esta parte, que representa el receptáculo completo, a la parte superior. Luego se acciona la palanca de arriba hacia abajo hasta que el botón percutor salte. En esta forma el aparato queda listo para uso. El reservorio antes nombrado tiene una capacidad aproximada de 4,5 centímetros cúbicos, permitiendo aproximadamente 45 aplicaciones de 0,1 cc, dependiendo, por supuesto, de la densidad de la solución utilizada. El aparato funciona aun con mínimas cantidades de soluciones.

La posición con respecto a la superficie de la piel es perpendicular; la distancia instrumento-piel es de pocos centímetros, dependiendo ésta de la mayor o menor penetración deseada, la cual es directamente proporcional a la distancia. En lo que respecta a este hecho se hacen estudios para determinar su máxima y mínima penetración. El número de aplicaciones depende del tamaño de la lesión y basta con una sola de ellas para lesiones de diámetro reducido. Las sesiones de tratamiento se repiten periódicamente cada dos o tres semanas, de acuerdo con la



afección a tratar. Las soluciones utilizadas generalmente son anestésicos locales solos cuando son requeridos; esteroides solos o combinados con anestésicos, dependiendo del caso; enzimas proteolíticas solas o combinadas con esteroides, etc. Estas soluciones han resultado ser de gran utilidad en un buen número de pacientes.





### Usos

- a) Anestesia local, especialmente en niños o en zonas muy dolorosas.
- b) En cicatrices hipertróficas.
- c) En queloides.
- d) Acné quístico y conglobata.
- e) Liquenificaciones.
- f) Psoriasis de placas inveteradas especialmente.
- g) En casos de alopecia, especialmente alopecia areata de placas solitarias o múltiples.

También lo hemos utilizado en algunos casos de alopecia difusa seborreica, con resultados bastante prometedores.

Hemos expuesto muy resumidamente algunos aspectos del dermojet y su utilización en dermatología.

Queremos hacer notar que en nuestros casos, a excepción de ligeros sangramientos en las zonas tratadas, los cuales se eliminan con moderada presión en las mismas, no hemos tenido complicaciones del tipo de infecciones o depresiones *in situ*, las cuales quizá puedan ser debidas a:

- 1) Predisposición personal.
- 2) Exceso de sustancia infiltrada.
- 3) Mucha penetración de las sustancias utilizadas.
- 4) Falta de asepsia local adecuada.

De todas formas, y siguiendo las pautas conocidas, tenemos la impresión de que se trata de un instrumento de gran utilidad en la solución de muchos problemas dermatológicos.