

Miasis oral simula papulosis linfomatoide: un diagnóstico retador.

REPORTE DE UN CASO

*Oral myiasis mimicking lymphomatoid papulosis:
a challenging diagnosis. Case report*

POR

NORIS GILSI HERNÁNDEZ-ARIAS¹
JORGE AUGUSTO GUZMÁN-RUSO²
ML LOZADA-GARCÍA³
MARGARITA OLIVER⁴
CÁNDIDA MOYA⁵

1. Residente de Maestría de Medicina Estomatológica. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
 orcid.org/0009-0004-4502-8063
2. MSc Medicina Estomatológica. Adjunto de la Consulta de Estomatología del Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit", Hospital Vargas. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
 orcid.org/0000-0003-3981-7395
3. Residente de Dermatología del Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit", Hospital Vargas. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
 orcid.org/0009-0004-8581-3736
4. Esp. Dermatología y Dermatopatóloga. Jefa de servicio del Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit". Hospital Vargas. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
 orcid.org/0000-0001-7874-8703
5. Esp. Dermatología. Adjunto del Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit", Hospital Vargas. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

Autor de correspondencia: Noris Hernández. E-mail: noris.hernandez.12@gmail.com

Cómo citar: Hernández-Arias NG, Guzmán-Russo JA, Lozada-García ML, Oliver M, Moya C. Miasis oral simula papulosis linfomatoide: un diagnóstico retador. Reporte de un caso. ReVeCiBu. 2026; 01(1): 38-43.

RESUMEN

La miasis oral es una infección parasitaria causada por larvas de moscas, se caracteriza por presentar lesiones ulcerativas con larvas en su interior, lesiones nodulares o papulares eritematosas concomitante con inflamación, edema, secreciones o dolor. El presente caso clínico ilustra un desafío diagnóstico para dermatólogos y médicos bucales. La miasis oral, una infestación parasitaria infrecuente de la cavidad bucal por larvas de dípteros, se manifiesta en una paciente inmunocompetente de 70 años con una lesión en el labio inferior que fenotípicamente imitaba una papulosis linfomatoide.

PALABRAS CLAVE: Miasis, Papulomatosis linfomatoide, Dípteros, Medicina bucal, Enfermedades de la boca, Neoplasias bucales, Venezuela.

ABSTRACT

Oral myiasis is a parasitic infection caused by fly larvae. It is characterized by ulcerative lesions with larvae inside, erythematous nodular or papular lesions concomitant with inflammation, edema, secretions or pain. This clinical case illustrates a diagnostic challenge for dermatologists and oral physicians. Oral myiasis, a rare parasitic infestation of the oral cavity by dipteran larvae, manifested in a 70-year-old immunocompetent patient with a lesion on the lower lip that phenotypically mimicked lymphomatoid papulosis.

KEYWORDS: Myiasis, Lymphomatoid Papulomatosis, Diptera, Oral Medicine, Oral Diseases, Oral Neoplasms, Venezuela.

› INTRODUCCIÓN

La miasis se define como la infestación de tejidos vivos o necróticos de humanos u otros vertebrados por larvas de moscas, predominantemente de las familias *Calliphoridae*, *Sarcophagidae* y *Oestridae*^{1,2}. Estas larvas se nutren del tejido, fluidos o alimentos, con potencial destructivo^{2,3}.

La miasis oral es una entidad poco común, pero está documentada con mayor frecuencia en regiones tropicales y subtropicales, siendo Suramérica y, por consiguiente, Venezuela, una zona endémica a considerar³⁻⁵.

Si bien la miasis se asocia fuertemente a condiciones de vulnerabilidad como la inmunodepresión, higiene bucal deficiente, restos radiculares, heridas abiertas o neoplasias, es fundamental reconocer su posible presentación en pacientes inmunocompetentes^{1,2,6,7}. Con respecto a la localización más frecuentes de la miasis en cavidad oral se tienen que es más frecuente con un 29% en la encía, el 25% afecta el paladar y el labio se ve afectado con un 21%^{3,6}.

Clínicamente, las miasis pueden manifestarse como: Lesiones ulceradas con un fondo grisáceo, parduzco o negro, rodeadas por un halo eritematoso, frecuentemente con secreción purulenta y olor fétido^{2,8}. O presentarse como lesiones forunculares en presentación cutánea, caracterizadas por un nódulo eritematoso con un orificio central, asociado a dolor, prurito y sensación de movimiento larvario^{3,9,10}. A nivel cutáneo sus locaciones más frecuentes son cuero cabelludo, cara, tórax, brazos y piernas¹¹. La característica clínica de las lesiones forunculares pueden dificultar el diagnóstico, presentándose la papulosis linfomatoide como un diagnóstico diferencial confuso^{11,12}.

El tratamiento de elección es la remoción mecánica manual de las larvas, complementada con desbridamiento quirúrgico del tejido necrótico^{1,6,13}. Estrategias coadyuvantes incluyen agentes asfixiantes y terapia farmacológica (ivermectina, metronidazol, etc.)⁷.

El pronóstico de las miasis es generalmente favorable si la intervención es oportuna; sin embargo, en pacientes inmunodeprimidos o con comorbilidades graves, la tasa de mortalidad puede ascender al 21%^{2,13}.

Los diagnósticos diferenciales de la miasis se establecen dependiendo de las características clínicas, ubicación de la lesión y la correlación con los antecedentes personales del paciente, es por esto por lo que se debe considerar un abanico de lesiones como las infecciones fúngicas o

bacterianas, neoplasias orales, la forunculosis, picaduras de artrópodos y la papulomatosis linfomatoide¹⁻¹³.

La papulomatosis linfomatoide es un trastorno linfoproliferativo cutáneo primario (linfoma cutáneo de células T CD30-positivo, indolente)^{12,14}. Se caracteriza por una erupción crónica y recurrente de pápulas y nódulos que se autolimitan espontáneamente, dejando frecuentemente cicatrices^{15,16}. Es una enfermedad extremadamente rara, representando aproximadamente el 12% de los linfomas cutáneos^{17,18}. Puede presentarse a cualquier edad, pero su pico de incidencia es entre la cuarta y quinta década de vida, teniendo una ligera predilección por el sexo masculino¹²⁻¹⁵. Las lesiones se ubican generalmente en tronco y extremidades, sin embargo hay reportes en zonas faciales y acrales¹⁴⁻¹⁶. Su manejo se enfoca en el control sintomático y estético (Metotrexato, Interferón, Retinoides), dado su curso indolente^{16,19}.

› DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 70 años, inmunocompetente, con un historial clínico de lesiones cutáneas recurrentes. El inicio de enfermedad actual es en noviembre de 2023: con una placa eritematosa nodular pruriginosa en abdomen. En febrero de 2024: Desarrollo de lesiones interdigitales que remitió espontáneamente y una úlcera lingual que tras biopsia que reportó “úlceras crónicas inespecíficas”. En abril de 2024: Aparición de una placa eritematosa con centro necrótico en dorso de mano y muñeca derecha, cuya biopsia arrojó un diagnóstico de *prurigo simple*. Y siete meses después: Surge una lesión en el labio inferior con forma de una placa erosionada eritematosa; en la última consulta al acudir a Dermatología, se planteó inicialmente el diagnóstico de herpes labial y se indicó tratamiento con Aciclovir y Cefadroxilo. Sin embargo, la lesión no mostró mejoría y progresó a una tumoración necrótica. Este agravamiento motivó la referencia al servicio de Medicina Bucal del Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit” del Hospital José María Vargas de Caracas (Figura 1 y 2).

Al examen clínico extraoral, se evidenció una lesión tumoral de bordes definidos color violáceo con un centro necrótico, indurada a la palpación, no adherida a planos profundos y con base de implantación sésil ubicada en



FIG. 1. Fotos de lesiones previas cutáneas que presentó la paciente, la cual al estudio histopatológico reporta *prurigo simple*.



FIG. 2. Fotos de labios donde se aprecia lesión tumoral.

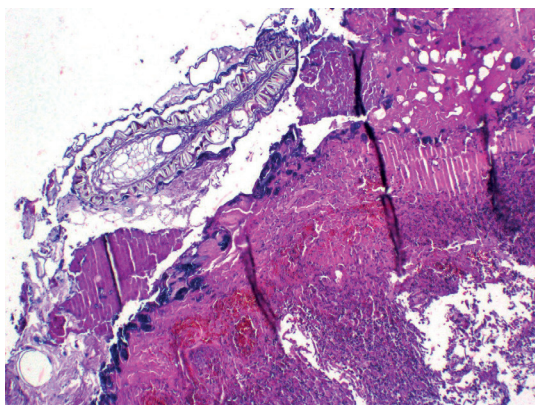


FIG. 3. Microfotografía histopatológica de labio inferior en corte longitudinal. Se observa necrosis epitelial con estructura celómica e infiltrado inflamatorio granulomatoso.



FIG. 4. Foto del final del 2do control postoperatorio.

el labio inferior. A su vez el examen intraoral no reveló lesiones activas y se constató una buena higiene oral de la paciente, descartando los factores de riesgo habituales de la miasis.

Basado en la evolución atípica y la morfología de la lesión, se planteó un diagnóstico provisional de neoplasia linfoproliferativa vs granuloma por agente extraño. Se procedió a la toma de biopsia incisional y estudio histopatológico.

El estudio histopatológico con dermatopatología reveló: necrosis epitelial escamocostrosa con estructuras celómica con infiltrado inflamatorio granulomatoso compatible con una dermatitis intersticial granulomatosa supurativa poco diferenciada. Cuyos hallazgos histológicos son compatibles con granuloma por agente vivo probablemente secundaria a miasis (Figura 3).

Se realiza el primer control postoperatorio a los 15 días para retiro de sutura y se observa semimucosa en proceso de cicatrización (Figura 4). Posteriormente en el control postoperatorio a los 21 días la paciente acude a consulta con el resultado histopatológico y se observó la semimucosa labial completamente cicatrizada, indicando una resolución completa del proceso. La paciente fue dada de alta y referida a odontología general para manejo preventivo.

› DISCUSIÓN

El presente caso pone en manifiesto cómo la miasis oral puede simular con notable precisión ciertas patologías neoplásicas o linfoproliferativas. El comportamiento errático de las lesiones cutáneas previas y junto con la apariencia violácea y nodular de la lesión en el labio, llevaron a considerar diagnósticos complejos como la papulosis linfomatoide, lo que retrasó la sospecha de una etiología parasitaria^{1,2,16,19}.

La miasis cutánea es una entidad frecuente en zonas con climas tropicales y subtropicales²⁰. La miasis es una infestación parasitaria de tejidos vivos por larvas de moscas¹. Desde el punto de vista clínico, suele comenzar como una pápula de crecimiento lento que puede evolucionar hacia una lesión pustulosa o con secreción serosanguinolenta que presenta un punctum central que permite a la larva respirar^{10,21}.

Por otro lado, la papulosis linfomatoide ha sido descrita por Verma et al. como una erupción “clínicamente benigna e histológicamente maligna”^{16,22}. Esta entidad se clasifica dentro de los trastornos linfoproliferativos cutáneos CD30-positivos^{12,14}.

Respecto a los factores de riesgo asociados a la miasis y a la papulosis linfomatoide, estos pueden variar significativamente. Diversos autores, Guzmán-Russo y Hernández-Arias indican que la miasis se asocia a la vulnerabilidad socioeconómica y a las enfermedades desatendidas. En contraste, Oura et al. Han descrito que la papulosis linfomatoide que puede aparecer en pacientes inmunocomprometidos^{1,23}. Sin embargo, este caso contrasta con la literatura debido a que es una paciente inmunocompetente y con buena higiene oral.

Ambas entidades clínicas tienen un predominio en el sexo masculino^{6,14}. Sin embargo el rango de edad varía entre 2 y 96 años para el caso de las miasis⁵ y en el caso de la papulosis linfomatoide su rango de edad se establece entre 35 y 45 años¹⁴.

En la práctica clínica, puede ocurrir superposición diagnóstica entre ambas entidades debido al mimetismo de las lesiones surge cuando la miasis se presenta como un nódulo eritematoso, sobreelevado y doloroso con ulceración central^{9,11,20}. Esta morfología agresiva puede imitar lesiones avanzadas de la papulosis linfomatoide, lo que obliga al especialista a realizar una biopsia urgente para determinar la etiología real de la lesión y realizar el diagnóstico certero^{19,24}.

La miasis y la papulosis linfomatoide son entidades clínicas completamente distintas a pesar de que pueden presentar características clínicas similares que representan un reto diagnóstico para el clínico, por lo que el tratamiento es independiente entre uno y otro^{11,13}. En el caso de la miasis se indica la remoción mecánica, el uso de agentes asfixiantes o Ivermectina sistémica^{1,5}. Y cuando se trata de la papulosis linfomatoide se debe considerar que son lesiones auto resolutivas y que en casos de sintomatología se indica Metotrexato sistémico o corticosteroides tópicos^{22,24}.

La resolución inmediata tras la remoción mecánica de la larva confirma el diagnóstico de miasis y destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha

clínica en zonas endémicas como Venezuela, sin importar el estado inmunológico o la higiene bucal del paciente^{1,5,11}. Este caso aporta evidencia valiosa sobre una presentación inusual de miasis en la cavidad oral, ampliando el espectro clínico conocido de esta parasitosis.

› BIBLIOGRAFÍA

1. Guzmán-Russo JA, Hernández-Arias, NG. Miasis oral: reporte de un caso y una breve revisión de la literatura. IDEULA. 2025; (15): 37-45.
2. Monawwer SA, Ali S, Ali SL, Malikzai A. Oral myiasis: A known case of scar epilepsy in a 45-year-old. Clin Case Rep. 2023 Jun 13; 11(6): e7546. doi: 10.1002/ccr3.7546
3. Espinosa H, Salgado OJ, Espinosa-Martin L, Salazar-Torres K. Myiasis in a Neglected Elderly: Urgent Action Needed in South America. Int Med Case Rep J. 2022 Dec 14; 15: 719-724. doi: 10.2147/IMCRJ.S386843
4. Theran D, Cabrera-Peña J, Parales V, Caltagirone R, Guerrero R. Miasis Forunculosa en adulto joven con psoriasis, descripción de una entidad asociada al subdesarrollo de las Américas. 2023 Jul 7(1): e09022307007
5. Gudipati M, Jampanapalli SR. Oral Myiasis in a 6-year-old Child with Cerebral Palsy: A Case Report. Int J Clin Pediatr Dent. 2024 Nov; 17(11): 1281-1284. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2983
6. Dos Passos JBS, Coelho LV, de Arruda JAA, Silva LVO, do Valle IB, Santos MS, de Figueiredo EL, Abreu LG, Mesquita RA. Oral myiasis: Analysis of cases reported in the English literature from 1990 to 2020. Spec Care Dentist. 2021 Jan; 41(1): 20-31. doi: 10.1111/scd.12533
7. Akrim Y, El Hakkouni A. Oral Myiasis Caused by Musca domestica Larvae. Cureus. 2025 Mar 19;17(3): e80816. doi: 10.7759/cureus.80816
8. Aswath N. Oral myiasis. Pan Afr Med J. 2022 Apr 26; 41: 335. doi: 10.11604/pamj.2022.41.335.32098
9. Bolívar Ana María, Mora William. Miasis cutánea furuncular por Dermatobia hominis en Mérida, Venezuela: Reporte de caso. Bol Mal Salud Amb [Internet]. 2015 Jul [citado 2025 Oct 07]; 55(1): 105-108.
10. Cabrales FJ, Verdecia BS, Dorrego ARD, et al. Miasis en lactante venezolano. Correo Científico Médico. 2021; 25(1).
11. Chaccour, Carlos. Miasis forunculosa Serie de 5 casos en indígenas de la etnia Pemón y revisión de la literatura. Dermatología Venezolana. 2005; 43(4).
12. Magro CM, Mo JH, Telang G. Localized lymphomatoid papulosis: Unilesional lymphomatoid papulosis, regional lymphomatoid papulosis, and persistent agmination of lymphomatoid papulosis. Clin Dermatol. 2022 Nov-Dec; 40(6): 622-638. doi: 10.1016/j.clindermatol.2022.07.010

13. Morales, NAM, Daziano, JTV, Cáceres, FTE, Mancilla, MJF, Nuñez, AR, Silva, JZ, & Correa, RA. Miasis Oral: Revisión de la literatura, factores de riesgo y alternativas terapéuticas. *Revista de Salud del Sur de Florida*. 2025; 6(3): e5756.
14. Toumi A, Fazal S, Litaïem N. Lymphomatoid Papulosis. 2023 May 22. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 30335328
15. Alves F, Santiago L, Cardoso JC, Tellechea O. Lymphomatoid papulosis: an unusual clinical presentation. *Int J Dermatol*. 2021 May; 60(5): 634-635. doi: 10.1111/ijd.15350
16. Lum A, Colon J, Hawley K. Recurrent Periocular Nodules: Lymphomatoid Papulosis in an Uncommon Anatomic Site. *Cureus*. 2025 Jul 18; 17(7): e88221
17. Fricke T, Kempf W, Schön MP, Mitteldorf C. Histologic and Immunohistochemical Patterns in Lymphomatoid Papulosis: A Systematic Review of Published Cases. *Dermatopathology (Basel)*. 2025 Feb 12; 12(1): 6. doi: 10.3390/dermatopathology12010006
18. Nowicka D, Mertowska P, Mertowski S, Hymos A, Forma A, Michalski A, Morawska I, Hryniewicz R, Niedźwiedzka-Rystwej P, Grywalska E. Etiopathogenesis, Diagnosis, and Treatment Strategies for Lymphomatoid Papulosis with Particular Emphasis on the Role of the Immune System. *Cells*. 2022 Nov 21; 11(22): 3697. doi: 10.3390/cells11223697
19. Chen X, Zhang Q, Zhao J, An L, Jia Y. Rare type A lymphomatoid papulosis initially presenting as a giant ulcer: a case report and literature review. *Front Immunol*. 2025 Jul 1; 16: 1606027. doi: 10.3389/fimmu.2025.1606027
20. Mendoza AZ, Bornha S, Ho OA, Waldorf JC. Travel-Related Cutaneous Myiasis: A Case Report. *J Clin Med*. 2024 Sep 1; 13(17): 5190. doi: 10.3390/jcm13175190
21. Kuria SK, Oyedele AO. Human myiasis cases originating and reported in Africa for the last two decades (1998-2018): A review. *Acta Trop*. 2020 Oct; 210: 105590. doi: 10.1016/j.actatropica.2020.105590
22. Verma D, Lakhani R, Mendiratta V, Chatterjee P. Lymphomatoid Papulosis: A Case Report. *Indian Dermatol Online J*. 2023 Nov 24; 15(1): 95-98. doi: 10.4103/idoj.idoj_194_23
23. Oura K, Sato T, Iguchi A, Toriumi N, Sarashina T. Lymphomatoid Papulosis Development in Acute Lymphoblastic Leukemia. *J Med Cases*. 2021 Aug; 12(8): 306-309. doi: 10.14740/jmc3718
24. Calcaterra V, Cavalli R, Croci GA, Fiori L, Fabiano A, Lunardon L, Avanzini MA, Berti E, Zuccotti G. Type D lymphomatoid papulosis with pityriasis lichenoides et varioliformis acuta-like features in a child with parvovirus infection: a controversial diagnosis in the spectrum of lymphoid proliferations: case report and literature review. *Ital J Pediatr*. 2022 Oct 28; 48(1): 183. doi: 10.1186/s13052-022-01371-x.