

---

# Carcinoma verrucoso y miasis vaginal. A propósito de un caso.

## Verrucose carcinoma and vaginal myiasis. About a case.

Carlos Yerovi M. \*  
Manuel Garzón C. \*\*  
Cecibel Tomalá B. \*\*

---

### RESUMEN

La infestación de tumores del tracto genital inferior por parásitos o larvas vivas es un acontecimiento raro, pocas veces reportado en la literatura. Presentamos el caso de una paciente de 82 años que acude a la emergencia de ginecología por presentar tumor ulcerado localizado en el tercio inferior de la pared vaginal izquierda, colonizado por múltiples larvas vivas. Nos parece importante el caso debido a la naturaleza rara de la misma, ya que existen pocos reportes en la literatura a nivel mundial. Consideramos necesario educar a la comunidad femenina para que acuda a sus controles anuales de rutina, y más aún ante la presencia de masas a nivel vulvar o vaginal, ya que por su crecimiento lento e indoloro se le resta importancia a este evento.

**Palabras clave:** Carcinoma verrucoso. Condiloma vulvar. Miasis vaginal.

### SUMMARY

The infestation of tumors of the inferior genital tract for parasites or alive larvae is an event extraordinarily strange, few times reported in the literature. We present the case of a 82 year-old patient that goes to the gynecology emergency for great ulcerated tumor located in the inferior third of wall vaginal left, colonized by multiple alive larvae. We find important the case due to the strange nature of the same one, since few reports exist in the literature, what corroborates the previously exposed thing. We consider necessary to educate to the feminine community so that she goes to their annual controls of routine, and stiller before the presence of masses at level vulvar or vaginal, since maybe for their slow and painless growth she is subtracted importance.

**Key words:** Verrucous carcinoma. Vulvar Condyloma. Vaginal myiasis.

---

### Introducción

La miasis (del griego *Myia* = mosca) es la parasitación de órganos y tejidos de vertebrados de sangre caliente por larvas de moscas. Dentro del grupo taxonómico de los dípteros, es decir las moscas<sup>23,25</sup>. Larvas de numerosas especies de moscas han parasitado al hombre, cuya capacidad destructiva de los tejidos vivos es evidente<sup>1,12,19,24</sup>.

La localización incluye la cabeza, extremidades, oído<sup>9,10,21</sup>; recientemente en Egipto se publicó 1 caso de miasis vulvar en una mujer Iraní<sup>5</sup>.

### Caso clínico

Paciente de 82 años, múltipara que acude en octubre de 2006 a consulta de emergencia del área de ginecología del hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, por presentar tumor en vagina con larvas vivas y flujo vaginal. Fue ingresada para evaluación clínica en la consulta de patología cervical, en donde fue evaluada.

Se solicitó exámenes:

**Biometría hemática:** hematócrito: 28.8%, hemoglobina: 9.32g/dl, leucocitos: 6.880, Grupo sanguíneo: O Rh positivo.

**Bioquímicos:** normales.

---

\* Jefe del área de Ginecología. Médico consulta patología cervical. Director posgrado de gineco-obstetricia, Universidad de Guayaquil. Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil – Ecuador. Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Colposcopía

\*\* Especialistas en ginecología y obstetricia. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil – Ecuador.

**Eco TV:** útero en anteversión, textura heterogénea, bordes regulares de 7.2 x 2.7 x 4.1cm LE: 3.7 mm. Ovarios atróficos

Al día siguiente fue atendida en la consulta de Patología cervical.

**Examen ginecológico:** se observó tumor irregular fungoide de 10 x 10cm localizado en el tercio inferior de pared vaginal izquierda muy cerca al labio menor de la vulva, observándose además múltiples larvas vivas que entraban y salían del tumor, foto 1. Se tomó biopsia del tumor que reportó: **condiloma acuminado**, y una larva para estudio en el Instituto Nacional de Higiene "Dr. Leopoldo Inquieta Pérez", que reportó: **dípteros necrófagos de la entomofauna cadavérica**.

La larva se encuentra involucrada en miasis traumática en el hombre y en animales, casos concernientes a la región rectal secundarias a úlceras, se encuentra en los órganos urogenitales.

Foto 1



**Fuente:** departamento de Patología Cervical. Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo". Guayaquil -Ecuador.

**Colposcopia:** insatisfactoria, cérvix atrófico, no hallazgos de HPV. Se tomó frotis cervical y se decide prepararla para tumorectomía, pues 7 meses antes ya fue programada para ésta intervención por el mismo diagnóstico aunque más pequeño de 5 x 5cm, luego del fracaso al tratamiento con ACTA e interferón, pero la paciente no acudió a los controles hasta que ingresó por emergencia. Durante este tiempo estuvo en tratamiento con podofilina en otra institución.

Se consultó al servicio de dermatología para tratar la infestación miásica previa a la intervención prescribiendo Periacat 1 gota/kg de peso 1 vez al día x 3 d.

En octubre de 2006 se realizó tumorectomía sin complicaciones observándose desaparición

completa de larvas, la muestra se envía a patología que reporta: **carcinoma verrucoso ulcerado + Condiloma**.

Al día siguiente fue dada de alta en buenas condiciones generales. Al mes acude a control observándose 2 condilomas de +- 2cm en labio menor derecho y otro en tercio superior de labio menor izquierdo. Se resecaron en quirófano enviándose a patología que reportó: **condiloma acuminado**. En abril de 2007 en valoración colposcópica se encontró lesión hiperqueratósica plana de 3 x 2cm en lecho del tumor resecaado, foto 2; se tomó biopsia que reportó: **papiloma escamoso**.

Foto 2



**Fuente:** departamento de Patología Cervical. Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo". Guayaquil -Ecuador.

Último control fue en diciembre de 2007; en sitio de lecho tumoral se observó área acetoblanca densa irregular que al colocar filtro verde se observó vascularización atípica. Patología reportó: carcinoma epidermoide por lo que fue derivada al servicio de oncología para tratamiento complementario con radioterapia.

Hasta la fecha la paciente continúa en vigilancia periódica en la clínica de patología cervical.

## Discusión

En un artículo publicado por Aguirre y col, reportaron que hasta el año 2001 en la literatura mundial, se habían comunicado 99 casos de

carcinoma verrucoso del tracto genital inferior femenino, 59 de ellos de localización vulvar<sup>7,15,22</sup>.

El carcinoma verrucoso de vagina es considerado una lesión sumamente raro porque sólo se ha informado 17 casos en la literatura a nivel mundial hasta el 2003<sup>29</sup>.

Es una rara variante de carcinoma epidermoide con características clínicas y anatomopatológicas distintas; sus lesiones puede afectar al cuello uterino, vagina y vulva<sup>6,17</sup>.

Se presenta en la 6ta. década de la vida (70% casos en la pos-menopausia) aunque hay casos reportados en pacientes jóvenes<sup>3,26</sup>.

Es un tumor diploide cuyo desarrollo se puede asociar con la infección por HPV, especialmente los serotipos 6 y 11<sup>11,14,16</sup>.

Consiste en una masa generalmente solitaria verrucosa, fungoide, ulcerada con aspecto voluminoso, elevado aproximadamente 10cm o más, de color gris blanquecina y consistencia blanda a firme, muy similar a un condiloma acuminado<sup>2,6</sup>. En ocasiones existe la sobreinfección de la lesión, lo cual se manifiesta por un exudado fétido y dolor<sup>20</sup>.

Esta lesión es de crecimiento local maligno y crece por contigüidad y con infrecuentes metástasis; sin embargo, tiende a recidivar luego de la escisión<sup>20</sup>. Puede existir condiloma acuminado en las adyacencias a la lesión. La diseminación linfática es tan infrecuente que la existencia de adenopatías metastásicas, obliga a descartar un cáncer escamoso típico concomitante<sup>28</sup>.

Para su diagnóstico es necesaria una biopsia profunda que incluya el estroma ya que a veces es difícil diferenciarlo de un carcinoma condilomatoso, carcinoma escamoso o condiloma acuminado gigante<sup>4,27</sup>.

En cuanto al tratamiento la mayoría de autores está de acuerdo en que las incisiones locales amplias son suficientes. Se realiza una resección local amplia con márgenes de sección de tejido sano<sup>8,13,18</sup>.

Debido a la tendencia a la recidiva la paciente debe tener control de por vida<sup>15</sup>.

No existe datos concretos de sobrevida a los 5 años, pero la recurrencia de la enfermedad siempre se acompaña de un pobre pronóstico<sup>2</sup>.

## Conclusiones

Las condiciones socio-económicas y de higiene ambiental pueden ser factores predisponentes para la miasis.

A pesar del acceso a la región vulvovaginal en la exploración física los conocimientos de esta patología neoplásica maligna y de las lesiones precursoras, son muy limitados a los obtenidos en otras estructuras del aparato genital femenino.

Todavía es cuestión de discusión el papel del HPV como agente etiológico en el carcinoma verrucoso.

El diagnóstico de carcinoma verrucoso puede ser difícil, especialmente si la biopsia solo involucra el epitelio de superficie.

Se acepta que el tratamiento debe ser excisión local de la lesión.

Es fundamental un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y aún más un control y seguimiento estricto de la paciente ya que puede recidivar.

## Referencias bibliográficas

1. Acha P: Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y los animales. 2ª Ed. Editorial Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 503. 889-890, 1986.
2. Aguirre R: Carcinoma verrucoso y carcinoma condilomatoso de vulva. Dos lesiones distintas desde el punto de vista histológico, epidemiológico y clínico. Archivos de ginecología y obstetricia. Montevideo – Uruguay 39(1): 20-27, 2001.
3. Andersen E: verrucous carcinoma of the female genital tract: report of case and review of the literature. Gynecol Oncol. Viborg – Dinamarca 30 (3): 427-434, 1988.
4. Blake P: Cancer of the vulva and vagina. In: Gynaecol Oncol. A guide to clinical management. Ed Oxford University Press, Madrid – España 98-111, 1998.

5. Delir S: Vulvar myiasis due to Wohlfahrtia magnifica. Clin Exp Dermatol. Iran 24(4): 279-280, 1999.
6. Disaja P: Oncología clínica. 6ª Ed, Editorial Harcourt Mosby, Madrid – España 213, 2002.
7. Djurdjevic S: Malignant potencial of gigantic condylomatous lesions of the vulva. Eur J Gynecol Oncol. Virginia – USA 20(1): 63-66, 1999.
8. Dvoretzky P: The pathology of vulvar squamous cell carcinoma and verrucous carcinoma, Pathol Annu. Novi Sad – Serbia 21(2): 23-45, 1986.
9. Fawzy A: Otitis media and aural myiasis. J Egypt Soc Parasitol. El Cairo - Egipto 21: 883-885, 1991.
10. File T.: Dermatobia hominis dermal myiasis. A foruncular lesion in a world traveller. Arch Dermatol. Chicago – USA 121: 1195-1196, 1985.
11. Hacker N: Vulva in: Principles and practice of gynecologic oncology. 1a Ed, Editorial Lippincott Company. Philadelphia – USA 500-560, 1992.
12. Herms W: Medical Entomology. 5ta. Ed. Editorial The Macmillan Company, Philadelphia - USA; 363-95, 1991
13. Japaze H: Verrucous carcinoma of the vulva: Study of 24 cases. Obstet Gynecol. Washinton – USA 61: 462-466, 1982.
14. Kondi A: Human papiloma virus in verrucus carcinoma of vulva: an inmunopathological study of tree cases. Eur J Gynecol Oncol. Viginia - USA19 (3): 319-320, 1998.
15. Levitan Z: Advanced squamous cell carcinoma of the vulva after treatment for verrucous carcinoma: A case report. J Reprod Med Obstet Gynecol. Houston – Texas 37(10): 889-892, 1992.
16. Lizcano A: Carcinoma epidermoide en condilomatosis vulvoperineal gigante. Rev Venez. Oncol. Caracas – Venezuela 18(4): 259-263, 2006.
17. Louis-Sylvestre C: Verrucous carcinoma of the vulva: a tailored treatment. J Gynecol Obstet Biol Reprod. Paris – Francia 32(7): 634-637, 2003.
18. Malfetano J: Oncología Ginecológica. Ed Marban, Madrid – España 215-231, 2000.
19. Martin A: Diagnóstico a primera vista. Otitis externa por larvas de moscas. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Gran Canaria - España 19(8): 403-405, 2001.
20. Montero M: Condiloma acuminado gigante. Presentación de 1 caso. Rev. Correo científico médico de Holguín. Holguin – Cuba 8(2): 269-371, 2004.
21. Morsy T: Two cases of human ophtalmomyiasis. J Egypt Soc Parasitol. Palestina – Gaza. 21: 835-855, 1991.
22. Odongo F: Verrucous carcinoma of the vulva: report of two cases managed at Kenyatta National Hospital, and literature review. East Afr Med J. Kenya – Africa. 67(11): 830-832, 1990.
23. Schenone H: Miasis importada: Siete casos de parasitación cutánea por larvas de la mosca Dermatobia hominis. Rev. Med. Chile, Chile – Santiago, 129 (7):786 - 788, 2001.
24. Service M. A guide to medical entomology. Ed the Macmillan Press Londres - Reino Unido 120-121, 1980.
25. Singh I: Myiasis in children: the Indian perspective. Intern J Pediatr Otorhinolaringol. Rohtak – India. 25: 127-131, 1993.
26. Valente P: Human papilomavirus associated vulvar verrucous carcinoma in a 20 year old with an intact hymen: A case report. J Reprod Med Obstet and Gynecol. San Antonio – Texas. 36(3): 213-216, 1991.
27. Villarubia V: Epidemiología e inmunopatología del cáncer cutáneo no melanoma. El papel iniciador y promotor del HPV. Piel 2001 16(9):428-438, 2001.
28. Vilmer C: Analysis of alterations adjacent to invasive vulvar carcinoma and their relationship with the associated carcinoma: A study of 67 cases. European journal of Gynecological Oncology. Saint Cloud - Francia 19(1): 25-31, 1998.
29. Yorganci A: A case report of the female genital tract. Gynecol Oncol. Ankara – Turquía 90(2): 478-481, 2003.

**Dr. Washington Figueroa Palomino**

**Teléfonos: 593-04-2503672; 092026584**

**Correo electrónico: washifp@yahoo.es**

**Fecha de presentación: 11 de marzo de 2009**

**Fecha de publicación: 30 de abril de 2009**

**Traducido por: Estudiantes de la Carrera de Lengua Inglesa, Mención traducción, Facultad de Artes y Humanidades. Responsable: Fátima Lucero.**