

Miasis foruncular importada por *dermatobia hominis*

Imported foruncular myiasis caused by dermatobia hominis

Lucía Campos Muñoz, Alicia Quesada Cortés, Cristina Rubio Flores, M. Ángeles Martín Díaz, Concepción Ladrón de Guevara*, Mariano Casado Jiménez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

*Servicio de Microbiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Correspondencia:

Lucía Campos Muñoz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz
Paseo de la Castellana, 261

28046 Madrid. España

Tel.: +34 620 05 32 43 - Fax: +34 91 727 70 50

e-mail: luciacampos78@yahoo.es

Resumen

Dermatobia hominis y *Cordylobia anthropophaga* son los principales agentes etiológicos de miasis foruncular. Clínicamente se manifiesta como nódulo con un poro central por el cual puede observarse ocasionalmente la salida de la larva. Es un cuadro típico de zonas tropicales, que observamos en nuestro medio en turistas e inmigrantes. Presentamos un caso de miasis foruncular importado de Perú.

(Campos Muñoz L, Quesada Cortés A, Rubio Flores C, Martín Díaz MA, Ladrón de Guevara C, Casado Jiménez M. Miasis foruncular por *dermatobia hominis*. Med Cutan Iber Lat Am 2006;34:306-308)

Palabras clave: miasis foruncular, *dermatobia hominis*, miasis cutáneas.

Summary

The most common flies worldwide causing furuncular cutaneous myiasis are Dermatobia hominis and Cordylobia anthropophaga. Clinically this disease manifests nodular lesions containing a central pore, and sometimes the larva protrudes from the central opening. It is a disease typical of tropical areas, however it can also be seen in temperate zones in tourists and immigrants. Here we describe a case of furuncular myiasis imported from Peru.

Key words: myiasis, *dermatobia hominis*, *cutaneous myiasis*.

Definimos las miasis cutáneas como la colonización de la piel por larvas de dípteros. Son procesos de distribución mundial con mayor incidencia en zonas tropicales. En nuestro medio son poco frecuentes y se suelen observar predominantemente en turistas e inmigrantes[1]. Existen 3 formas clínicas: la miasis sobre heridas, la miasis migratoria y la miasis foruncular. Presentamos un caso de miasis foruncular en un paciente que realizó un viaje a Perú.

Caso clínico

Varón de 29 años con antecedentes de polinosis y alergia a penicilina, estreptomycin y cloranfenicol.

Consultó por una lesión en dorso de muñeca derecha de 1 mes de evolución y aparición durante un viaje a Perú. La lesión era asintomática y había permanecido estable. A la exploración presentaba una pápula eritematosa hemisférica infiltrada de 1 cm de diámetro, con un punto central hemo-



Figura 1. Nódulo de aspecto foruncular en dorso de muñeca.

rrágico. Se solicitó analítica con hemograma y bioquímica, que fueron normales.

Pasados unos días el paciente acudió al servicio de urgencias por observar la salida de una larva del centro de la lesión, la cual había extraído él mismo con unas pinzas. En la consulta se ocluyó el orificio de salida con vaselina para provocar la expulsión de más larvas, sin que se objetivaran nuevas formas.

El análisis parasitológico de la larva demostró que pertenecía a la especie *Dermatobia hominis* en fase larvaria II. El cuadro se resolvió tras la extracción, quedando únicamente una discreta fibrosis cicatricial.

Comentario

Dermatobia hominis en América Central y del Sur, y *Cordylobia anthropophaga* en África son los principales agentes etiológicos de miasis foruncular en el mundo[2]. *Dermatobia hominis* es un parásito de humanos, ganado, perros, gatos y pájaros. La mosca hembra adhiere varios de sus huevos al abdomen de otros mosquitos hematófagos, los cuales al picar al huésped pueden depositarlos sobre la piel. Los huevos se transforman en larvas, y las larvas profundizan hasta el tejido celular subcutáneo. Se desarrollan durante 6-12 semanas, alimentándose de los tejidos del huésped e induciendo la lesión cutánea. En el espesor de la piel pierden la forma vermiforme y adquieren una forma más esférica con ganchos. Posteriormente la larva abandona la piel y cae al suelo, donde pupará durante casi un mes hasta completar su desarrollo. El ciclo completo tiene una duración de unos 3 meses[1, 3].

Clínicamente se presenta como una pápula pruriginosa que va aumentando de tamaño hasta formar un nódulo eritematoso cupuliforme de 1-2 cm con un poro central,



Figura 2. *Dermatobia hominis*: larva extraída de la lesión.

por el cual puede observarse ocasionalmente la protusión de la larva. En ocasiones hay sensación local de movimiento, dolor, fiebre, linfangitis o sobreinfección bacteriana[4].

En España se han descrito lesiones similares en zonas ganaderas del norte peninsular, producidas por *Hypoderma bovis*, parásito habitual de rumiantes que puede infestar de forma accidental al hombre, y en raros casos producir afectación extracutánea a nivel meníngeo, ocular, pleural o pericárdico[5, 6].

Los quistes sebáceos, forúnculos bacterianos, enfermedad por arañazo de gato, oncocercosis, leishmaniasis y tungiasis pueden tener una apariencia clínica similar a la miasis foruncular. En caso de dudas una ecografía de partes blandas puede confirmar la presencia de la larva[7].

El tratamiento se realiza con la extracción de la larva. El método más sencillo consiste en ocluir el poro central de la lesión con vaselina, parafina, aceite o incluso carne cruda, de manera que la larva salga a la superficie para respirar, y se extrae con unas pinzas. Otra manera de provocar la salida es inyectando lidocaína en la base de la lesión[4, 8, 9].

Cordylobia anthropophaga suele ser más fácil de extraer que *Dermatobia hominis* por la presencia en esta última de ganchos en su segmento abdominal que anclan la larva al tejido celular subcutáneo. Si con los métodos anteriores no se consigue la extracción puede ser necesaria la extirpación quirúrgica[3].

Habitualmente son infestaciones autolimitadas, con mínima morbilidad. Las principales repercusiones suelen ser psicológicas, al observar el paciente larvas en su cuerpo. La complicación más severa se ha comunicado en niños menores de 5 años con colonización de cuero cabelludo, en los cuales las larvas pueden atravesar el cráneo incompletamente osificado y llegar al cerebro[10]. Por otra

parte, las miasis de órbita, oído, y cavidad nasal pueden producir necrosis extensas y requieren tratamiento inmediato[4].

Como conclusión, dado el aumento progresivo de turismo a zonas tropicales, y de inmigración entre distintos paí-

ses, es de esperar que seamos consultados en el futuro con mayor frecuencia por lesiones de miasis foruncular. Es interesante para el dermatólogo tener presente esta entidad, ya que el diagnóstico y tratamiento son sencillos, y tiene una gran repercusión en el paciente.

Bibliografía

1. Torruella X J. Miasis cutáneas. *Piel* 2002; 17:300-9.
2. McGarry JW, McCall PJ, Welby S. Arthropod dermatoses acquired in the UK and overseas. *Lancet* 2001;357(9274):2105-6.
3. Robert L, Yelton J. Imported furuncular myiasis in Germany. *Mil Med* 2002; 167: 990-3.
4. Meinking TL, Burkhart CN, Burkhart CG. Changing paradigms in parasitic infections: common dermatological helminthic infections and cutaneous myiasis. *Clin Dermatol* 2003;21:407-16.
5. García J, Unamuno P, Gómez JM, Martín AM, Martín A. Miasis cutánea por *Hypoderma Bovis*. *Actas Dermosifiliograf* 1988; 79:27-32.
6. Labbe A, Desvignes V, Meyer M, Champagne D, Khoen F, Dechelotte P. Meningite a *Hypoderma Bovis*. A propos d'un nouveau cas pédiatrique. *Ann Pediatr* 1983;30:277-280.
7. Quintanilla-Cedillo MR, León-Urena H, Contreras-Ruiz J, Arenas R. The value of Doppler ultrasound in diagnosis in 25 cases of furunculoid myiasis. *Int J Dermatol* 2005; 44:34-7.
8. Schenone H, Apt W, Vélez R, Bustamante S, Sepúlveda C, Montalvo G, Salinas E. Imported myiasis: 7 cases of cutaneous parasitism caused by *Dermatobia hominis* flie larvae. *Rev Med Chil* 2001;129:786-8.
9. Alkorta Gurrutxaga M, Beristain Rementería X, Cilla Eguiluz G, Tuneu Valls A, Zubizarreta Salvador J. *Cordylobia anthropophaga* cutaneous myiasis. *Rev Esp Salud Publica* 2001; 75:23-9.
10. Rossi MA, Zucoloto S. Fatal cerebral myiasis caused by the tropical warble fly, *Dermatobia hominis*. *Am J Trop Med Hyg* 1973;22:267-9.