



## IMÁGENES

## Lesiones forunculares en viajero al regreso de Senegal

## Furuncular lesions in a traveler returning from Senegal

Virginia Cerpa Almenara<sup>a</sup>, Teresa Nebreda Mayoral<sup>a,\*</sup> y Cristina Polo García<sup>b</sup><sup>a</sup> Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España<sup>b</sup> Área de Atención Primaria de Valladolid Este, Valladolid, España

Mujer de 48 años, sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas, que acudió a consulta de su médico de atención primaria por malestar general, astenia sin fiebre termometrada en domicilio e hiporexia de 72 h de evolución. La paciente lo relacionaba con la aparición de varias lesiones en las extremidades inferiores, eritematosas y pruriginosas. Al interrogatorio dirigido refirió regreso de un viaje a Senegal en los siete días previos a la consulta, sentándose en el suelo en varias ocasiones al realizar diferentes actividades culturales. El resto de los compañeros del viaje se encontraban asintomáticos.

La exploración física reveló la presencia de varias lesiones forunculares no supurativas a la presión en la zona glútea (fig. 1). En tres de ellas se visualizó un orificio a través del cual asomaba una larva intralesional, consiguiendo la extracción manual de las mismas. Previamente en domicilio, la paciente había extraído otra larva que llevó a la consulta. Las larvas fueron enviadas a Microbiología para su identificación.

El estudio clínico se completó con serología, que resultó negativa para otros posibles procesos intercurrentes.

Las larvas presentaban una coloración blanquecina, medían 10 mm de longitud y el cuerpo estaba dividido en 12 segmentos. Se aclararon por inmersión en KOH al 10% durante 15 minutos y posterior lavado en etanol al 80%. Se procedió a su observación mediante microscopio óptico y



**Figura 1** Lesiones en la región glútea y en la extremidad inferior izquierda.

lupa binocular. Los segmentos anteriores mostraban numerosas espículas que desaparecían gradualmente en los tres últimos. En la región cefálica se observaron dos ganchos bucales en posición ventral, mientras que en la región caudal se identificaron dos espiráculos posteriores (fig. 2A,B). Se estableció el diagnóstico de miasis foruncular compatible con la descripción de una larva de *Cordylobia anthropophaga* en su tercer estadio mostrando tres estrías irregulares y sinuosas, sin un peritrema distinguible.

El tratamiento consistió en la extracción manual de las larvas y curas programadas en el centro de salud durante 7 días con suero salino, clorhexidina, ivermectina tópica y apósito de carboximetilcelulosa sódica.

Las infecciones cutáneas son una causa frecuente de consulta médica entre los viajeros procedentes de países

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [tnebreda@saludcastillayleon.es](mailto:tnebreda@saludcastillayleon.es) (T. Nebreda Mayoral).



**Figura 2** A) Larva observada a la lupa binocular. El esqueleto cefalofaríngeo se desplazó tras el montaje (10×) B) Espiráculos posteriores (100×).

tropicales y subtropicales, siendo las miasis forunculares la cuarta causa más frecuente<sup>1</sup>.

*C. anthropophaga* es el agente más frecuente de miasis en el África subsahariana. La hembra deposita sus huevos en arena o suelos contaminados con orina o heces. En un periodo de 1 a 3 días los huevos eclosionan y las larvas del primer estadio cruzan la barrera cutánea y permanecen en el sitio de entrada, alimentándose de los tejidos del huésped. Después de 2 a 4 días las larvas mudan al segundo estadio, alcanzando el tercer estadio a los 8 o 10 días. El ciclo se completa cuando la larva de tercer estadio abandona al hospedador, se transforma en pupa y después en mosca adulta<sup>1</sup>.

Los síntomas cutáneos aparecen en los dos primeros días de la infestación y pueden variar desde un leve picor y sensación de hormigueo hasta dolor agudo e intenso. En infestaciones múltiples pueden cursar con linfadenopatía regional y fiebre.

El diagnóstico definitivo de especie se basa en las características de las larvas de tercer estadio: la apariencia general, el tamaño, la organización estructural de la región cefálica, la morfología de la cabeza, del cefaloesqueleto y de los espiráculos traqueales posteriores con o sin peritrema<sup>2,3</sup>. La amplificación de la subunidad I del gen del citocromo oxidasa permite su clasificación molecular<sup>3</sup>.

El tratamiento consiste en la extracción completa de la larva. Este proceso se favorece cubriendo la lesión con un ungüento oleoso hasta el ahogamiento de la larva. La administración de antibióticos no está indicada en ausencia de sobreinfección<sup>1,3</sup>.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para este trabajo.

## Consideraciones éticas

Los autores disponen del consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación de este estudio y declaran que se han seguido los protocolos establecidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y del Área Este de Valladolid para acceder a los datos de la historia clínica de la paciente.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este artículo.

## Agradecimientos

A la Dra. Milagros Cuervo por la participación en el diagnóstico microbiológico.

## Bibliografía

1. Solomon M, Lachish T, Schwartz E. Cutaneous myiasis. *Curr Infect Dis Rep.* 2016;18:28, <http://dx.doi.org/10.1007/s11908-016-0537-6>.
2. Mathison BA, Pritt BS. Laboratory identification of arthropod ectoparasites. *Clin Microbiol Rev.* 2014;27:48–67, <http://dx.doi.org/10.1128/CMR.00008-13>.
3. Alvaro A, Casartelli M, Schiavini M, Fama F, Gabrieli P, Cordier L. A case of myiasis caused by *Cordylobia anthropophaga* (Diptera: Calliphoridae) in an Italian traveler returning from Senegal. *Acta Parasitol.* 2024;69:1053–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s11686-024-00807-0>.