

## Forunculosis múltiple tras viaje a África

M. Fernández-Guarino<sup>a</sup>, T. Ta Tang<sup>b</sup>, B. Pérez García<sup>a</sup> y P. Jaén Olasolo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

### Caso clínico

Se trata de un varón de 35 años, sin antecedentes de interés, que acude por lesiones cutáneas muy dolorosas de seis días de evolución (fig. 1). No refería fiebre ni ninguna otra sintomatología sistémica. Las lesiones comenzaron a los dos días de regreso a España de un viaje a Senegal. Acudió a su médico de cabecera y comenzó tratamiento con cloxacilina vía oral. A pesar de ello, las lesiones continuaron aumentando de tamaño y se hicieron intensamente dolorosas, especialmente por la noche. Acudió entonces al Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

En la exploración dermatológica se objetivaban pápulas eritematosas, de límites netos, sobreelevadas y en distintos estadios evolutivos. Presentaban una intensa reacción inflamatoria perilesional y dolor importante a la palpación. Las lesiones eran cinco, una en el dorso del pie izquierdo y cuatro en la cara externa del brazo derecho. En la lesión del dorso del pie se apreciaba un cuerpo extraño blanquecino (fig. 2), que se extraía parcialmente a la expresión. El resto de la exploración general era normal.



Fig. 1. Aspecto de las lesiones en antebrazo.



Fig. 2. Se aprecia en el dorso del pie el extremo caudal de la larva.

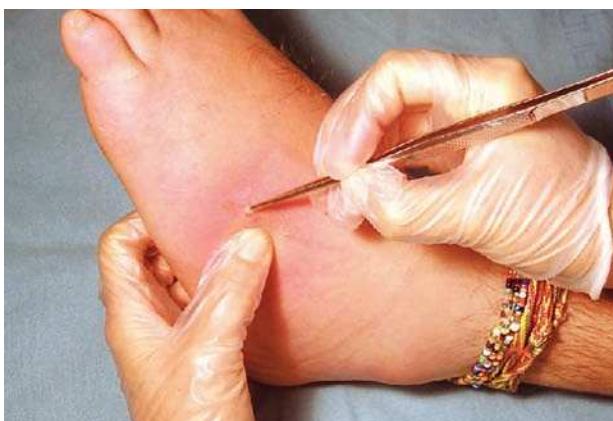


Fig. 3: Proceso de extracción de las larvas.



Fig. 4. Imagen de la metamorfosis completa de las larvas de *Cordylobia anthropophaga*. Se aprecian las larvas en medio de ágar-sangre, el paso de pupa a crisálida y la posterior salida de la mosca adulta.

## Evolución

Se procedió a la extracción mediante unas pinzas de las cinco larvas íntegras y con vida (fig. 3). Se procesaron las larvas para su identificación (fig. 4). Una parte de ellas se introdujeron en medio de ágar-sangre para realizar la metamorfosis de las larvas hasta obtener la mosca adulta. Por sus características morfológicas se identificaron como pertenecientes a la especie *Cordylobia anthropophaga*. Entre estas características está la presencia de numerosas espículas en la región ventral y dorsal de los segmentos anteriores, la visualización de los espiráculos posteriores con las estrías características y la ausencia de un borde quitinoso bien definido<sup>1,2</sup>.

## Diagnóstico

Miasis forunculoide por *C. anthropophaga*.

## Comentario

Las miasis están causadas por la parasitación del hombre por larvas de dípteros. Son poco frecuentes en nuestro medio y lo habitual son las miasis facultativas, que consisten en la parasitación de heridas o úlceras en pacientes que viven en malas condiciones higiénicas. Sin embargo, el aumento de personas que viajan a zonas tropicales hace que en ocasiones encontremos parasitaciones de moscas que provienen del extranjero. Este tipo de miasis ocurre sobre piel previamente sana<sup>2</sup>. Son dos las moscas principalmente responsables de las miasis cutáneas que ocurren en regiones tropicales: *C. anthropophaga* (mosca tumbo) en África y *Dermatobia hominis* (mosca zumbadora) en América del Sur y Central<sup>3</sup>.

La hembra adulta de *C. anthropophaga* pone los huevos en el suelo seco, preferentemente arenoso, o en la ropa tendida para el secado. *D. hominis*, en cambio, penetra en el hospedador a través de la picadura de un mosquito. Es por ello que las lesiones causadas por *C. anthropophaga* suelen estar en zonas cubiertas y las *D. hominis* en zonas descubiertas<sup>2</sup>. Cuando las larvas entran en contacto con el huésped penetran hasta la dermis en unos minutos. La penetración de la larva en la piel no produce molestias<sup>4</sup>. Posteriormente aparece una pápula eritematosa que aumenta de tamaño hasta formar un forúnculo que pre-

senta una apertura apical por la que respira la larva. Las lesiones suelen ser múltiples, especialmente las de *C. anthropophaga*, y de un tamaño de 1-2 cm. Una vez establecidas producen prurito, dolor e incluso en algunos pacientes sensación de movimiento en su interior<sup>5</sup>. Excepcionalmente el cuadro se acompaña de febrícula y adenopatías<sup>1</sup>. El ciclo se completa en unos 8-15 días cuando la larva abandona al hospedador, cae al suelo, se transforma en pupa y después en mosca adulta<sup>1</sup>.

El diagnóstico se basa en la presencia de la larva en la lesión. La identificación de la larva se hace en función de su morfología y su procedencia, aunque para una mayor precisión se recomienda la obtención del insecto adulto<sup>6</sup>.

Las miasis cutáneas no son cuadros graves y generalmente la única complicación que presentan es la sobreinfección de las lesiones por el rascado<sup>5</sup>.

El tratamiento consiste en la extracción de la larva. Hay muchas formas de realizarlo. Se puede extraer mediante unas pinzas a través del orificio respiratorio o provocar su salida mediante la oclusión del mismo con sustancias como vaselina, parafina, ungüentos aceitosos o manteca<sup>2,4,5</sup>. En todos los casos de miasis se debe evitar la rotura de la larva que podría provocar posteriores reacciones de hipersensibilidad a los antígenos de la misma. Posteriormente suele ser suficiente el uso de antisépticos tópicos y antiinflamatorios para reducir la reacción local. En general no es necesario el uso de antibióticos sistémicos<sup>1</sup>.

El aumento de los viajes a países tropicales ha hecho que las enfermedades importadas adquieran una relevancia cada vez mayor. Las miasis se encuentran dentro de este tipo de enfermedades. Aunque no son enfermedades graves, su conocimiento permite un diagnóstico y tratamiento de forma rápida y sencilla.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alkorta M, Beristain X, Cilla G, Tuneu A, Zubizarreta J. Miasis cutánea por *Cordylobia anthropophaga*. Rev Esp Salud Pública. 2001;75:23-9.
2. Torruella XJ. Miasis cutáneas. Piel. 2002;17:300-9.
3. Mathieu ME, Wilson BB. Myasis. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Co; 2000. p. 2976-9.
4. Pérez B, Harto A. Miasis forunculoide. Actas Dermosifiliogr. 2004;95:241-2.
5. Lucchini LC, Wilson ME, Drake LA. Dermatology and the recently returned traveler: infectious diseases with dermatologic manifestations. Int J Dermatol. 1997;36:167-81.
6. Izquierdo MJ, Pastor MA, Carrasco L, Fariña MC, Martín L, Requena L, et al. Miasis forunculoide: descripción de dos casos con estudio histológico de las diferentes larvas. Actas Dermosifiliogr. 2001;92:456-60.