

Picadura en cuero cabelludo y ruido en la cabeza

Jesús Canora^a, María de los Ángeles Martínez^a, Amparo Soler^b, Salvio Serrano^c y José Hernández Quero^a

^aUnidad de Enfermedades Infecciosas, ^bDepartamento de Parasitología y ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Caso clínico

Varón de 29 años de edad sin antecedentes patológicos de interés que consultó por aparición de lesión papulosa en cuero cabelludo. Un mes y medio antes de la consulta había estado de viaje por la selva amazónica durante 2 semanas. Allí le picó algo en el cuero cabelludo, y en los días siguientes manifestó adenitis cervical bilateral, indolora, de pequeño tamaño (ganglios menores de 1 cm de diámetro), que fue disminuyendo de tamaño en los días siguientes. Negaba fiebre. En la exploración física, señalar dos lesiones costrosas en cuero cabelludo, de 4-4 mm, muy próximas, que supuraron al retirar los tejidos desvitalizados, obteniéndose muestra para su cultivo, en el que se aisló *Streptococcus viridans*. Se realizó hemograma y bioquímica completa que no demostró alteraciones. Una semana más tarde persistían las lesiones en cuero cabelludo, y presentaba sensación subjetiva de fiebre nocturna que no se termometraba, iniciando tratamiento con 500 mg/día de levofloxacino. Doce días después, la lesión en cuero cabelludo era fluctuante, y de mayor tamaño, tomándose nuevas muestras para cultivo. No había afectación del estado general ni alteraciones analíticas destacables. Diez días más tarde, consultó de nuevo, porque notó un aumento de tamaño de la lesión, y además, por las noches, sensación de ruido en la cabeza. Se decidió el drenaje del absceso.

Cuando se preparó el campo quirúrgico, se apreciaba una lesión sobreelevada, maculosa, con un orificio central, en el que se observaba un contenido sólido no identificado (fig. 1). Una vez efectuada la primera incisión superficial, apareció una larva de casi 2 cm de longitud y otra segunda, más pequeña y necrosada (figs. 2 y 3).

Comentario

El diagnóstico de este paciente fue una miasis, cuadro consistente en la invasión tisular por larvas del orden *Diptera*. La larva encontrada en el cuero cabelludo se identificó como *Dermatobia hominis*, perteneciente a la familia *Cuterebridae*. Es endémica de México, América Central y América del Sur, aunque también se han comunicado casos en África (Nigeria)¹. Su ciclo biológico es muy curioso: una vez apareada, la hembra busca otro insecto, como un mosquito, que utiliza como vector mecánico. Se une a él, agarrándolo por las alas con sus patas, de forma compulsiva y violenta y deposita en su

abdomen de 15 a 30 huevos. Esta operación puede repetirla varias veces en los 9 a 10 días de vida de la mosca, por lo que puede depositar en total de 100 a 400 huevos. Cuando el agente vector entra en contacto con un animal de sangre caliente para morderlo, deposita involuntariamente los huevos en la piel. El aumento de temperatura es captado por el huevo, eclosionando la larva, que es capaz de penetrar dentro de la piel, bien a través de la propia picadura del insecto vector, de un folículo piloso, o incluso, de piel indemne. Durante 4-14 semanas, la larva se desarrolla, alcanzando hasta 2 cm de longitud, emergiendo de nuevo a la piel, para finalmente caer al suelo y convertirse de nuevo en mosca².

D. hominis es el agente causal de una miasis foruncular que suele aparecer en sujetos que han visitado zonas



Figura 1. Orificio de respiración de la larva *D. hominis*. Está visible el estigma respiratorio.



Figura 2. Imagen macroscópica de larva.

Correspondencia: Dr. J. Canora.
Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Universitario San Cecilio.
Avda. Dr. Oloriz, 16. 18012 Granada.

Manuscrito recibido el 27-02-2001; aceptado el 06-06-2001.

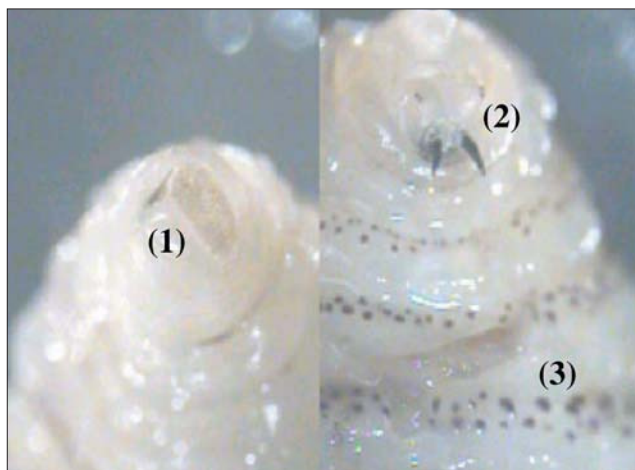


Figura 3. Características microscópicas de la larva. Estigmas respiratorios (1), ganchos bucales (2) y espinas de los segmentos abdominales (3).

húmedas de países tropicales. Los puntos en donde suele localizarse son las extremidades, la espalda y el cuero cabelludo, aunque se han comunicado casos de otras localizaciones. En las primeras 24 h se produce una pequeña pápula de 2 a 3 mm, similar a una picadura, pero posteriormente aumenta de tamaño, tanto en extensión como en altura, pudiéndose sobre elevar entre 5 y 10 mm. Al palpar esta lesión, se nota fluctuación de una estructura sólida en su interior, que no es sino la larva flotando en un material serohemático. En el centro, suele existir un pequeño orificio de 2-3 mm, por donde respira y se fija la larva, pudiéndose observar el movimiento de la misma, o del líquido de alrededor, según sus respiraciones.

No suele haber manifestaciones sistémicas graves, pero sí malestar general e insomnio.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en las condiciones epidemiológicas compatibles. El diagnóstico diferencial debe establecerse con picaduras de insectos, reacciones alérgicas, infección por virus herpes, *Molluscum contagiosum*, lesiones por *Sarcoptes scabiei*, forúnculo piógeno o quiste sebáceo infectado³. El diagnóstico definitivo se realiza identificando la larva según sus características morfológicas típicas.

Se han ensayado numerosas alternativas de tratamiento. Entre ellas, taponar físicamente el orificio respiratorio de la larva mediante diversas sustancias: grasa animal, carne cruda, gelatina de petróleo, cinta adhesiva, goma de mascar, etc.⁴. También para extraerla se han utilizado diversos métodos como presionar a ambos lados del orificio respiratorio para su expulsión previa administración de anestésico local, para adormecer a la larva. Sin embargo, es la escisión quirúrgica con desbridamiento de la cavidad la técnica a la que se recurre con mayor frecuencia. El empleo de antibióticos sólo se recomienda en caso de sobreinfección bacteriana⁵. La lesión suele cicatrizar en 5-10 días, dejando una escara hiperpigmentada que desaparece con el tiempo.

Bibliografía

1. File TM Jr, Thomson RB Jr, Tan JS. *Dermatobia hominis* dermal myiasis: A furuncular lesion in a world traveler. Arch Dermatol 1985;121:1195-6.
2. Arthropods and human disease. En: Markell EK, Voge M, John DT, eds. Medical parasitology, 7ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1992;353-6.
3. Farrell LD, Wong RK, Manders EK, Olmstead PM. Cutaneous myiasis. Am Fam Physician 1987;35:127-33.
4. Ruiz Martínez I, Abellán Berrueto M, Valero López A, González Castro J. Miasis furunculosa por *Dermatobia hominis* e importación de miasis humanas tropicales. Enferm Infecc Microbiol Clin 1992;10:565-6.
5. Chin RL. Cellulitis Due to Botfly Larvae. N Engl J Med 1997;337:429-30.