

Lesiones asintomáticas en los pies de un viajero español procedente de Tanzania

M.^a Luisa García-Melgares^a, Mercedes Rodríguez^b y Pilar Segarra^c

^aServicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

^bServicio de Dermatología. Hospital Francesc de Borja. Gandía. ^cUnidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Caso clínico

Varón de 43 años, remitido al servicio de dermatología por la aparición de lesiones cutáneas múltiples en ambos pies, asintomáticas y de duración indeterminada. Como único antecedente destacaba un viaje a Tanzania (lago Tanganika) y la isla de Zanzíbar, por cuyas playas había paseado descalzo, 10 días antes de la consulta. Refería lesiones similares en todos los compañeros de viaje. En la exploración física se apreciaban en las áreas periungueales, pulpejos y plantas de ambos pies, varias lesiones lenticulares de 2 a 6 mm de diámetro, bien delimitadas, de coloración blancoamarillenta, centradas por un punto negro queratósico (fig. 1). Se procedió al rasurado del tapón hiperqueratósico central, y se obtuvieron estructuras saculares de aspecto gelatinoso, repletas de elementos ovoideos de color blanco translúcido (fig. 2). Se realizó también una biopsia cutánea de una de las lesiones, que se observa en la imagen de la figura 3.



Figura 1. Lesión clínicamente asintomática en el tercer dedo del pie.

Evolución

Todas las lesiones fueron extirpadas mediante curetaje. El paciente recibió tratamiento con pomada de mupirocina, amoxicilina por vía oral (500 mg/8 h), y tiabendazol por vía oral (25 mg/kg/día) durante 10 días, con resolución completa del cuadro clínico en dos semanas.



Figura 2. Estructuras ovoideas translúcidas obtenidas al vaciar las lesiones.

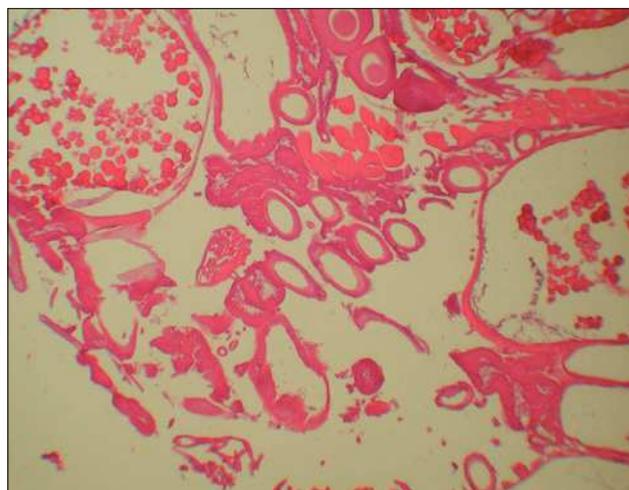


Figura 3. Estructuras parasitarias. Biopsia cutánea. (Hematoxilina-eosina, x20.)

Correspondencia: Dra. M.L. García-Melgares.
Servicio Dermatología.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
Avda. Tres Cruces, s/n. 46014 Valencia. España.
Correo electrónico: magarlider@hotmail.com

Manuscrito recibido el 5-2-2007; aceptado el 6-3-2007.

Diagnóstico

El examen microscópico de la biopsia cutánea mostró la presencia de una cavidad quística intraepidérmica que contenía en su interior secciones de diferentes estructuras anatómicas de la pulga *Tunga penetrans*: anillos traqueales, secciones de tubo digestivo y huevos en diferentes estadios evolutivos.

Comentario

La tungiasis es una parasitosis cutánea producida por la hembra fecundada de la pulga *Tunga penetrans*, endémica desde el golfo de México hasta el sur de Paraguay, África oriental y occidental (de donde proceden la mayoría de los casos descritos en la literatura médica), India y Pakistán. El agente causal es una pulga hematófaga, que afecta principalmente al cerdo y al hombre, y habita en suelos arenosos, sombríos y templados de playas y granjas. Debido a la escasa capacidad saltadora de esta pulga, las lesiones se localizan preferentemente en los pies, aunque también aparecen en las nalgas y el periné de las personas que permanecen en cuclillas¹. Una vez que ha penetrado en la epidermis, la hembra aumenta de tamaño a expensas de un abdomen repleto de huevos, y durante un período que va entre los siete y diez días, expulsa de 150 a 200 huevos diarios a través de su orificio abdominal caudal, que queda en contacto con el exterior en todo momento². El curso suele ser autolimitado. La principal complicación es la sobreinfección de las lesiones, infrecuente en nuestro medio debido a la vacunación antitetánica y a las medidas antisépticas³. En los casos no complicados, el tratamiento de elección es el curetaje de las lesiones. Para

formas profusas o complicadas, se recomienda la administración de tiabendazol oral en las dosis de 25 mg/kg/día, durante 5-10 días, antibiótico por vía oral para evitar la sobreinfección local y profilaxis antitetánica en todos los casos⁴ (nuestro paciente la había recibido previamente al inicio del viaje). La prevención para los viajeros consiste en la utilización de calzado cerrado y evitar sentarse o tumbarse sobre suelos arenosos. La fumigación de los suelos infestados con malatión al 1% ha dado como resultado que la *Tunga penetrans* sea rara actualmente en América, aunque continúa siendo una entidad prevalente en determinadas zonas de África².

El interés de este caso radica en que nos encontramos ante una parasitosis importada en nuestro medio, pero fácil de reconocer por sus características clínicas y epidemiológicas, y cuyo tratamiento es sencillo. El incremento reciente de casos de tungiasis en nuestro país refleja, probablemente, el aumento de los viajes turísticos a zonas exóticas^{1,5}.

Bibliografía

1. De Argila D, De la Mano D, Gómez-Aparici E, De la Fuente E, Rodríguez Peralto JL, Iglesias L. Tungiasis. Presentación de un nuevo caso y revisión de siete casos de la literatura española. *Actas Dermosifiliogr*. 1996;87:349-51.
2. Bastarrika G, Valcayo A, Vives R, Muñón T, Santamaría M. Tungiasis: parasitosis viajera. *An Sist Sanit Navar*. 1998;21:391-6.
3. Casals Andreu M, Campo Voegeli A, García Hernández F, Aspiolea Ferrero F, Camps Fresneda A. Tungiasis. Presentación de dos nuevos casos y revisión de 20 casos de la literatura española. *Actas Dermosifiliogr*. 1999;90:311-4.
4. Puente S, Subirats M, Laguna F, Prieto C, González-Lahoz JM. Lesiones cutáneas en un varón español procedente de Zaire. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1992;10:54-5.
5. Sacase MM, Guldbakke KK, Khachemoune A. *Tunga penetrans*: a stowaway from around the world. *JEADV*. 2007;21:11-6.

Fe de errores

En el artículo titulado "Endocarditis fúngica en un paciente portador de prótesis valvular", de Míriam Alkorta Gurrutxaga, Mónica Saiz Camín y Lorena Rodríguez Antón (*Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25(8):549-550) se ha detectado un error en la filiación de los autores. La filiación correcta es la que se reproduce a continuación:

Míriam Alkorta Gurrutxaga, Mónica Saiz Camín y Lorena Rodríguez Antón

^aServicio de Microbiología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.