

Miasis forunculoide, a propósito de un caso importado



Foruncular myiasis; presentation of an imported case

El aumento en la inmigración desde zonas tropicales, así como la cada vez mayor demanda turística a estas regiones, hace que sea más frecuente encontrarnos en nuestras consultas enfermedades importadas que hasta hace poco considerábamos exóticas. En este grupo podemos incluir a las miasis, consistentes en la infestación de tejidos y cavidades corporales por larvas de dípteros, generalmente moscas. Con el fin de tener presentes estas enfermedades para su correcto diagnóstico y tratamiento, presentamos un caso de miasis forunculoide adquirida en un viaje a Paraguay:

Varón de 47 años procedente de Paraguay, residente en España desde hacía años, que acudía por absceso pretibial derecho tras picadura de un mes de evolución, que no mejoraba a pesar de tratamiento antibiótico sistémico con amoxicilina-clavulánico y doxiciclina. Negaba haber realizado viajes recientes. En la exploración física presentaba una lesión redondeada de aspecto forunculoide, de consistencia indurada y tonalidad eritemato-violácea con un orificio central de 2 mm por el que drenaba contenido seroso. Se decidió realizar una biopsia, tras la que se pudo observar una larva de unos 15 mm en el interior del forúnculo, que fue extraída con ayuda de unas pinzas (fig. 1). Con estos hallazgos se reinterrogó al paciente, insistiendo sobre el antecedente de viajes a zonas endémicas, confirmando en ese momento un viaje a Paraguay del que había regresado hacía 35 días. La larva fue identificada como *Dermatobia hominis* por parte del servicio de microbiología (fig. 2). A nivel histológico se observaba un intenso infiltrado inflamatorio dérmico acompañado de eosinófilos, con una formación quística a nivel profundo rodeada de infiltrado inflamatorio agudo y material necrótico. Tras la extracción de la larva se recomendaron curas con antiséptico tópico, obteniendo una completa resolución de la lesión al cabo de 7-10 días.

Miasis proviene del término «mya», que significa mosca en griego^{1,2}. Consiste en la infestación de tejidos y cavidades corporales por larvas de insectos del género dípteros (tábanos, mosquitos y moscas)¹⁻⁸. Son entidades frecuentes en países tropicales, aunque en nuestro medio se han producido, de manera ocasional, casos de miasis humanas causadas por moscas autóctonas como *Oestrus ovis*, *Hypoderma* spp, *Sarcophaga* spp y otras³.

En función de su localización pueden clasificarse en miasis cutáneas, cavitarias (bucal, nasal, ótica u ocular) o viscerales (genitourinaria y gastrointestinal). Las miasis cutáneas se clasifican a su vez en superficial, forunculoide, lineal rampante y miasis con tumores ambulatorios¹.

La miasis superficial es la más frecuente en nuestro medio y suele ser de origen traumático⁴. Se producen por la parasitación de heridas o úlceras en individuos con condiciones sociosanitarias deficientes, diabéticos y pacientes con tumores ulceronecroticos^{1,2}.



Figura 1 Extracción de la larva de lesión forunculoide a nivel pretibial derecho.

Las miasis forunculoides son más frecuentes en los países en vías de desarrollo. Su incidencia en nuestro medio es baja y los casos suelen ser importados, ya que las especies de moscas que producen este tipo de miasis no habitan en España^{2,4}. Las 2 especies más frecuentemente implicadas en su desarrollo son *Dermatobia hominis*, procedente de América Central y del Sur (mosca zumbadora), y *Cordylobia anthropophaga*, característica de la región subsahariana (mosca tumbu)¹⁻⁸.

Dermatobia hominis es una mosca de la familia *Oestridae*. La hembra adulta coloca sus huevos en el abdomen de otro insecto hematófago que emplea como vector, generalmente mosquitos de la especie *Psorophora*. Los huevos eclosionan ante el calor percibido por el contacto del mosquito con un huésped de sangre caliente y penetran en la piel del mismo mientras el mosquito se alimenta, sin apenas provocar síntomas^{1,4,5}.

Cordylobia anthropophaga pertenece a la familia *Calliphoridae*. La mosca adulta pone huevos sobre arena o ropa, nunca directamente sobre la piel. Los huevos eclosionan a los 2-4 días y las larvas, atraídas por el calor del huésped se fijan a la piel del mismo, atravesando su espesor hasta la dermis en cuestión de escasos minutos. La penetración de la larva no produce molestias por lo que rara vez es percibida por el huésped^{3,4,8}.

Cada larva penetra de forma independiente y forma un saco a nivel de dermis profunda o hipodermis, el cual se comunica con el exterior a través de un pequeño canal que le permite respirar. Tras 1-10 semanas (dependiendo de la especie), la larva ya madura emerge a través de la piel y cae al suelo donde se convierte en crisálida, y de ahí en mosca adulta⁵.

Clínicamente se manifiesta como pápulas eritematosas que en ocasiones se ulceran y van adquiriendo aspecto de forúnculo o gran pústula, que presentan un orificio central (poro respiratorio de la larva) por el que característicamente secreta material seroso o serosanguinolento, o sangrado escaso intermitente. Pueden ser dolorosas, pruriginosas y



Figura 2 Larva de *Dermatobia hominis* tras la extracción.

producir sensación de movimiento bajo la piel. El tejido circundante se palpa indurado y eritematoso, como resultado del gran infiltrado inflamatorio acompañante. Estas lesiones se localizan predominantemente en zonas expuestas y en zonas de contacto habitual con ropa y calzado, como pies, nalgas y genitales externos. Ocasionalmente, el cuadro se acompaña de febrícula, adenopatías y malestar¹⁻⁸. La complicación más frecuente es la sobreinfección bacteriana y la celulitis, debido al rascado y la manipulación de las lesiones⁶.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en los antecedentes, la sintomatología y las características de la lesión. Aunque clínicamente las lesiones pueden recordarnos a otras entidades (forúnculo, absceso, quiste epidérmico sobreinfectado, reacción a cuerpo extraño, picaduras, tungiasis), el encontrarnos ante una lesión única de aspecto forunculoide, resistente a antibioterapia, junto con el antecedente reciente de viaje a zona endémica, debe hacernos sospechar de esta entidad⁶. La biopsia no es necesaria para el diagnóstico, pero cuando se realiza, histológicamente se observa un intenso infiltrado inflamatorio con abundantes eosinófilos rodeando a la larva^{2,4}.

El tratamiento consiste en la extracción de la larva a través del orificio respiratorio, mediante presión o ayudándonos de unas pinzas finas. La oclusión del orificio con parafina o ungüentos aceitosos durante 1-2 h sofoca la larva y provoca su migración hacia la superficie, facilitando su extracción¹⁻⁸.

En resumen, la miasis forunculoide es una parasitosis importada que, aunque poco frecuente, cada vez va adquiriendo mayor relevancia en nuestro medio. A diferencia de otras enfermedades importadas, presenta un diagnóstico sencillo, siendo claves la sospecha clínica y en antecedente epidemiológico, y un tratamiento simple y eficaz².

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Moya J, Spelta MG, Gavazza S, Barbarulo AM, Fontana MI, Barrera M, et al. Miasis cutánea. Revisión sobre el tema y presentación de un caso de miasis forunculoide. *Arch Argent Dermatol*. 2007;57:217-22.
2. Pérez B, Harto A. Miasis forunculoide. *Actas Dermosifilogr*. 2004;95:241-2.
3. Alkorta M, Beristain X, Cilla G, Tunneu A, Zubizarreta J. Miasis cutánea por *Cordylobia anthropophaga*. *Rev Esp Salud Publica*. 2001;57:23-30.
4. Izquierdo JM, 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 Dermosifilogr*. 2001;92:456-60.
5. López-Cepeda LD. Miasis foruncular de inoculación múltiple por larva de *Dermatobia hominis*. *Actas Dermosifilogr*. 2004;95:633-4.
6. Chaccour C. Miasis forunculoide: serie de 5 casos en indígenas de la etnia Pemón y revisión de la literatura. *Dermatol Venez*. 2005;43:8-15.
7. Duran K, Montenegro I, Uribe-Etxebarria AI. Miasis cutánea forunculoide: un caso diagnosticado en Cuba. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2006;22:3.
8. Orive JJ, Almeida V. Miasis forunculoide por *Cordylobia anthropophaga*. A propósito de un caso. *Actas Dermosifilogr*. 1996;87:343-4.

M.I. Martínez-González*, S. Heras-González,
V. Fatsini-Blanch
y A.M. Martínez de Salinas-Quintana
*Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital
Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, Álava, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:
mariaisabel.martinezgonzalez@osakidetza.eus
(M.I. Martínez-González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2017.01.016>
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.