

Miasis forunculoide

Bibiana Pérez y Antonio Harto

Centro de Láser Dermatoquirúrgico. Madrid. España.

Resumen.—Un paciente español contrajo una miasis forunculoide por *Cordylobia antropophaga* tras un viaje a Guinea Ecuatorial. La extracción simple de los casos permitió la curación completa del proceso. En la actualidad, y dada la mayor facilidad para realizar viajes de larga distancia, encontramos cada vez con mayor frecuencia infecciones e infestaciones importadas.

Palabras clave: miasis forunculoide, *Cordylobia antropophaga*.

FURUNCULOID MYIASIS

Abstract.—A Spanish patient acquired furunculoid myiasis caused by *Cordylobia antropophaga* after a trip to Equatorial Guinea. The process was completely cured by simply extracting the larvae. Nowadays, because it is easier to travel long distances, we find that imported infections and infestations are increasing frequent.

Key words: furunculoid myiasis, *Cordylobia antropophaga*.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido en nuestro país un considerable aumento de los viajes con destinos más o menos exóticos, lo que ha motivado también un incremento de enfermedades importadas que hasta hace poco también considerábamos de algún modo «exóticas». En este sentido, las infecciones e infestaciones cutáneas por microorganismos y parásitos que no se encuentran habitualmente en nuestro medio hacen necesario que el dermatólogo tenga presente esta posibilidad y deba incidir en la anamnesis del paciente en los datos epidemiológicos que orientan a una de estas enfermedades importadas. Por este motivo, se presenta el caso de una miasis forunculoide adquirida durante un viaje, proceso que por otra parte tiene un diagnóstico sencillo y un tratamiento simple y eficaz.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón, de 17 años de edad, que acudió a consulta por presentar lesiones inflamatorias algo dolorosas en ambas piernas. Las lesiones habían aparecido al finalizar un viaje a Guinea Ecuatorial, del que había regresado 6 días antes. Asimismo, refería ligero malestar y febrícula. Antes de ser visitado en nuestra consulta, el paciente había recibido tratamiento antibiótico por vía oral con una cefalosporina.

A la exploración se observaban cinco lesiones nodulares inflamatorias, con una zona blanquecina cen-

tral y discreto edema periférico, localizadas en ambas piernas (fig. 1). No se palpaban adenopatías. Se efectuó expresión mecánica de una de las lesiones obteniendo una larva viva de aproximadamente 1 cm de longitud. Con la ayuda de una pinzas de disección, se extrajeron larvas similares de cada una de las otras lesiones (fig. 2). La larva fue identificada como *Cordylobia antropophaga* por sus características morfológicas y por su procedencia, y se recomendó tan sólo limpieza de las lesiones con un antiséptico, obteniéndose la resolución de aquéllas en pocos días.



Fig. 1.—Lesiones nodulares inflamatorias.

Correspondencia:

Bibiana Pérez. Centro de Láser Dermatoquirúrgico. Alcalá 121, 1.º dcha. 28009 Madrid. España. bibianapg@hotmail.com

Recibido el 8 de enero de 2004.

Aceptado el 9 de febrero de 2004.



Fig. 2.—Aspecto de la larva.

COMENTARIO

Las miasis son un grupo de enfermedades debidas a la parasitación del hombre por larvas de dípteros. El término deriva del griego *myia* que significa mosca, y la infestación no es exclusiva de la piel, sino que puede localizarse en otros tejidos, como intestino, ojos o sistema urinario¹. En general, las miasis son poco frecuentes en nuestro medio, y lo más habitual es la parasitación de heridas o úlceras, por lo general en pacientes que viven en malas condiciones higiénico-sanitarias. En estos casos, los géneros más frecuentemente implicados son *Lucilia*, *Calliphora*, *Muscay* y *Sarcophaga*. Ocasionalmente se producen infestaciones accidentales por especies de moscas que parasitan habitualmente el ganado². Sin embargo, la frecuencia cada vez mayor de los viajes a zonas tropicales y subtropicales hace que de vez en cuando nos encontremos con parasitaciones por especies de moscas procedentes del extranjero.

La miasis forunculoide en nuestro medio suele ser importada, y clínicamente se manifiesta por la presencia de pápulas o nódulos inflamatorios, aisladas o confluentes, que pueden tender a ulcerarse, evolucionando como un forúnculo. Las especies responsables son fundamentalmente *Dermatobia hominis*, que procede de Centro y Sudamérica, y *Cordylobia anthropophaga*, propia del continente africano^{3,4}. Nuestro paciente regresaba de Guinea Ecuatorial, país en el que abundan estos dípteros, que en su fase adulta se alimentan de jugos vegetales, mientras que sus larvas parasitan al hombre y otros vertebrados.

Cuando las lesiones están establecidas, el paciente suele referir cierto dolor o molestia especialmente a la presión, y a veces cuenta una sensación de movimiento en la zona. También pueden acompañarse de prurito y cierto malestar. Las zonas que se infestan con mayor frecuencia son los pies y los tobillos, nalgas y zona genital, al entrar en contacto con la ropa, donde se depositan las larvas cuando ésta se tiende al aire libre para que se seque. Cuando las larvas entran en contacto con la piel, se adhieren a ella, y en pocos mi-

nutos la atraviesan llegando a la dermis. Este proceso suele ser apenas perceptible por el huésped, que tan sólo siente un leve escozor¹. Mientras se completa el ciclo madurativo de la larva, que dura unos 8 días, la extremidad caudal de la misma permanece en contacto con el exterior para permitir el intercambio de gases respiratorios. Esa extremidad es visible en la exploración cuidadosa de la lesión, lo cual facilita el diagnóstico clínico. Por lo tanto, la biopsia no es imprescindible para el diagnóstico, pero cuando se efectúa, la histología muestra, además de fragmentos de la larva, un intenso infiltrado inflamatorio con abundantes eosinófilos². La identificación del insecto se efectúa por sus características morfológicas. Para una identificación más precisa, se recomienda la obtención del insecto adulto⁵.

En cuanto al tratamiento, en la mayoría de los casos lo mejor es la extracción quirúrgica de las larvas a través del orificio respiratorio, utilizando unas pinzas finas. Es un procedimiento poco molesto que, en general, no requiere ningún tipo de anestesia. Cuando esto no resulta sencillo, pueden emplearse otros procedimientos, como la aplicación de parafina, ungüentos aceitosos o mantequilla, que taponan el orificio respiratorio y obligan a la larva a salir. En algunos casos se realizan incisiones cruciformes para la extracción de la larva, previa anestesia local de la zona⁶, e incluso se ha descrito la inyección de lidocaína en la propia larva que facilita su extracción sin incisión de la zona⁷. Posteriormente suele ser suficiente emplear antisépticos tópicos, y sólo de manera ocasional se necesitan antibióticos orales para prevenir o tratar una sobreinfección secundaria y antiinflamatorios para reducir la reacción local⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torruella XJ. Miasis Cutáneas. *Piel*, 2002;17:300-9.
2. Izquierdo MJ, Pastor MA, Carrasco L, et al. Miasis forunculoide: descripción de dos casos con estudio histológico de las diferentes larvas. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:456-60.
3. Alkorta M, Beristain X, Cilla G, Tuneu A, Zubizarreta J. Miasis cutánea por *Cordylobia anthropophaga*. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:23-9.
4. Ruiz I, Abellán M, Valero A, González J. Miasis furunculosa por *Dermatobia hominis* e importación de miasis humanas tropicales. *Enf Infec y Microbiol Clin* 1992;10:565-6.
5. Vera Castaño A, Álvarez Bravo J. Miasis cutáneas. *Piel* 1989; 4:309-18.
6. Richards KA, Brieva J. Myiasis in a pregnant woman and an effective, sterile method of surgical extraction. *Dermatol Surg* 2000;26:955-7.
7. Loong PT, Lui H, Buck HW. Cutaneous myiasis: A simple and effective technique for extraction of *Dermatobia hominis* larvae. *Int J Dermatol* 1992;33:148-9.
8. Orive JJ, Almeida V. Miasis forunculoide por *Cordylobia anthropophaga*. A propósito de un caso. *Actas Dermosifiliogr* 1996;87:343-4.