

Caso clínico

Miasis furunculoide múltiple

Myrna Rodríguez Acar,* Claudia Graciela Aquino Pérez**

RESUMEN

La miasis es la infestación del tejido humano por larvas de mosca de la especie *Dermatobia hominis*. Se divide en miasis furunculoide, migratoria y de las heridas. Se comunica el caso de paciente del sexo femenino, de 40 años, con antecedente de viaje reciente a los estados de Chiapas y Quintana Roo, con un cuadro poco frecuente de miasis furunculoide por la gran cantidad de lesiones.

Palabras clave: Miasis furunculoide, *Dermatobia hominis*.

ABSTRACT

*Myasis is an infestation of the living tissue by the larvae of flies in the order Diptera, *Dermatobia hominis* species. Cutaneous myasis can be subdivided into furunculoide, migratory and wound myasis. We present the case of a 40 year old female patient with an atypical presentation of myasis because she had many furunculoid subcutaneous neoformations associated with a recent trip to Chiapas and Quintana Roo, Mexico.*

Key words: Furunculoide myasis, *Dermatobia hominis*.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 40 años de edad, dedicada a las labores del hogar, originaria y residente de México, Distrito Federal. Presentaba una dermatosis localizada a tronco, del cual afectaba tórax posterior en forma bilateral y asimétrica. La dermatosis estaba constituida por ocho lesiones subcutáneas de aspecto furunculoide, de 2 a 3 cm de diámetro, con superficie eritematosa, de la cual drenaba una secreción purulenta y serosanguinolenta, con aumento de la temperatura local. Evolución aguda y dolorosa (*Figuras 1 a 3*). El resto de piel y anexos, así como la exploración física general, se encontraron sin datos patológicos. Al interrogatorio refirió haber iniciado un mes previo a la



Figura 1. Lesiones subcutáneas de aspecto furunculoide en tronco.

* Jefa de la Consulta Externa.

** Residente del 2do año de Dermatología.

consulta. Las lesiones le causaban dolor en forma ocasional, así como una sensación de movimiento de la región afectada. Fue atendida previamente por diversos médicos generales y dermatólogos tanto en el Distrito Federal como en la ciudad de Toluca. Los tratamientos incluyeron emolientes, antihistamínicos, antibióticos tópicos y sistémicos, esteroides tópicos e intramusculares y una debridación quirúrgica, sin diagnóstico definitivo. Al no presentar mejoría acudió a este Centro. Sus antecedentes patológicos heredofamiliares y personales, fueron negativos. Lo único relevante fue el antecedente de haber realizado un viaje antes de la presentación de la dermatosis a los estados de Chiapas y Quintana Roo, en donde tuvo que acampar en zonas selváticas.



Figura 2. Cinco lesiones con aspecto furunculoide por las que drena material serosanguinolento.



Figura 3. Acercamiento de las lesiones.

Se realizó el diagnóstico clínico presuntivo de Miasis furunculoide múltiple. Para corroborarlo se realizó una biopsia cutánea en el sitio donde previamente se había hecho la debridación quirúrgica para evitar el desarrollo de una segunda cicatriz. Durante el procedimiento se encontró una larva de 2 cm de longitud y 6 mm de diámetro que fue enviada al Servicio de Parasitología en la UNAM y que posteriormente fue identificada como perteneciente al género *Dermatobia hominis*, confirmando la impresión diagnóstica inicial (*Figuras 4 y 5*). La extracción de las 7 larvas restantes se realizó en forma exitosa mediante el método de oclusión con petróleo. Para evitar una infección secundaria se prescribió tratamiento con dicloxacilina durante 10 días, así como antiinflamatorio no esteroideo, presentando en poco tiempo curación total, con cicatrices residuales (*Figura 6*).



Figura 4. Extracción quirúrgica de la larva.

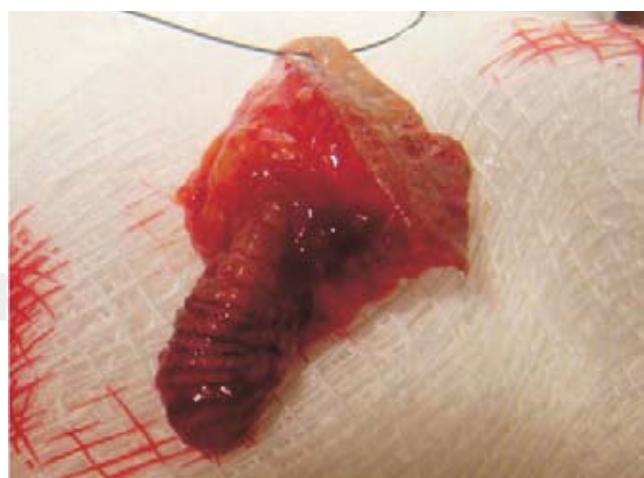


Figura 5. Larva del género *Dermatobia hominis* en tejido celular subcutáneo.



Figura 6. Cicatrices residuales 2 meses después.

MIASIS FURUNCULOIDE

La Miasis es la infestación tanto de humanos como de animales vertebrados por larvas del orden Díptera (moscas verdaderas). Este término fue acuñado por Hope en 1840 y deriva del griego *myia (μύια)* que significa mosca.¹ La miasis puede ser estudiada de acuerdo a dos clasificaciones: entomológica, en la que se le divide en obligatoria, facultativa y accidental, y otra que es la de mayor utilidad, la anatómica, que la subdivide en cutánea, entérica, oftálmica, nasofaríngea, auricular, oral y urogenital.² El tipo más frecuente es la miasis cutánea, que a su vez se clasifica en furunculoide, migratoria y de las heridas.³

La miasis furunculoide es causada comúnmente por especies de *Dermatobia hominis*, *Cordylobia anthropophaga*, *Cuterebra spp.*, *Wohlfahrtia vigil* y *Wohlfahrtia opaca*. *D. hominis* es endémica en México, Centroamérica y Sudamérica, excepto Chile y el norte de Argentina.² Su hábitat es en regiones con clima cálido y húmedo. *D. hominis* pertenece a la familia Cuterebridae. Es el agente causal más diagnosticado en Estados Unidos en pacientes que han viajado a zonas endémicas. En México es la más frecuente, y se le puede encontrar en personas que habitan en el sur del país o en viajeros a esas áreas. Al afectar también al ganado induce consecuencias económicas importantes.³ La hembra adulta es la encargada de depositar sus huevos en artrópodos que al alimentarse transmiten la larva al huésped.⁴

Clínicamente la miasis furunculoide por *D. hominis* se presenta en zonas expuestas, como piel cabelluda, cara, antebrazos y piernas. La morfología a las 24 horas

del contacto inicial con la larva es una pápula pruriginosa de 2 a 3 mm de diámetro. La pápula se extiende gradualmente hasta formar una lesión de 1 a 3.5 cm de diámetro y de 0.5 a 1 cm de altura. En un punto central de aproximadamente 2 a 3 mm se observan los senos respiratorios de la larva y ocasionalmente la parte posterior de ésta. El paciente describe una sensación dolorosa en la región, así como cierto movimiento. Se acompaña frecuentemente de exudado seroso o serosanguinolento.¹⁻³ La complicación más frecuente es la sobreinfección bacteriana, la cual se autolimita por la producción de sustancias bacteriostáticas en el intestino larvario. Aunque raros, se han documentado casos de Miasis cerebral secundaria a afectación inicialmente cutánea en lactantes y preescolares.⁵ Las lesiones suelen resolverse en forma rápida, dejando leves o ninguna cicatriz después de la remoción larvaria.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, con ayuda de un buen interrogatorio, haciendo especial énfasis en el antecedente de realización de viajes recientes.⁶ El ultrasonido es útil en los casos dudosos, sin embargo no es fundamental para su diagnóstico.⁷ Recientemente se ha planteado a la dermatoscopia como una herramienta auxiliar.⁸ Es común que se confunda con prúigo por insectos, furúnculos o quistes epidérmicos.

El tratamiento debe individualizarse en base a la topografía y al número de lesiones. La extirpación es útil si se trata de una sola lesión.^{1-3,6} La oclusión con petróleo, mantequilla o grasas animales elimina al parásito por hipoxia, sin embargo se puede requerir de una incisión para extraerlo o ayudarnos de fórceps para remover totalmente a la larva. Otro medicamento utilizado en la actualidad es la ivermectina, tanto de forma tópica como sistémica. La tópica se encuentra en solución y no está disponible en México.³ La sistémica requiere de más estudios para valorar su efectividad. En ocasiones es necesario agregar tratamiento antibiótico vía oral para tratar infecciones secundarias. La prevención a través de repelentes tópicos en zonas expuestas y el uso de ropa de algodón es fundamental en personas que habiten o que viajen a zonas endémicas.⁶

DISCUSIÓN

La miasis furunculoide es frecuente en zonas endémicas y no representa un difícil diagnóstico entre los pobladores de esos sitios. Sin embargo, en el área metropolitana suele ser un reto, tanto para médicos generales como para los dermatólogos. Los pacientes realizan numerosos tratamientos y pasan semanas antes de tener un diagnóstico acertado. Independientemente de la baja

frecuencia de presentación, es imperativo conocer esta enfermedad para poder sospechar que se trata de ella y realizar un interrogatorio dirigido que nos lleve a un diagnóstico y tratamiento adecuados.

El interés de presentar este caso no sólo es repasar la patología, sino documentar una dermatosis no tan frecuente. Los casos existentes en la literatura tanto de nuestro Centro como a nivel mundial suelen comunicar sólo una lesión furunculoide, máximo dos.^{6,9-12} En nuestra paciente observamos ocho lesiones furunculoides muy dispersas, siendo habitadas las ocho por larvas en tercer estadio de *Dermatobia hominis*.

BIBLIOGRAFÍA

1. McGraw TA, Turiansky GW. Cutaneous myasis. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58(6): 907-926.
2. Maier H, Höningmann H. Furunculoide myasis caused by *Dermatobia hominis*, the human botfly. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: S26-30.
3. López-Cepeda LD. Miasis. *Dermatología Rev Mex* 2006; 50: 94-104.
4. Sampson CE, McGuire J, Eriksson E. Botfly myasis: case report and brief review. *Ann Plast Surg* 2001; 46: 150-152.
5. Rossi MA, Zucolot S. Fatal cerebral myiasis caused by the tropical warble fly *Dermatobia hominis*. *Am J Trop Med Hyg* 1973; 22: 267-269.
6. Alcalá D, Yáñez S. Miasis furunculoide causada por *Dermatobia hominis*. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2006; 15(1): 23-25.
7. Quintanilla CMR, Leon UH, Contreras RJ, Arenas R. The value of doppler ultrasound in diagnosis in 25 cases of furunculoid myiasis. *Int J Dermatol* 2005; 44: 34-37.
8. Bakos RM, Bakos L. Dermoscopic diagnosis of furunculoide myiasis. *Arch Dermatol* 2007; 143: 123-124.
9. Malo JR, Rodríguez AM. Caso para diagnóstico. Lesión inflamatoria en antebrazo. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2007; 16(2): 101-102.
10. Ting PT, Barankin B. Cutaneous myasis from Panama, South America: case report and review. *J Cutan Med Surg* 2008; 12(3): 133-138.
11. Clyti E, Pages F, Pradinaud R. Update on *Dermatobia hominis*: South American furunculoide myiasis. *Med Trop (Mars)* 2008; 68(1): 7-10.
12. Ofordeme KG, Papa L, Brennan DF. Botfly myiasis: case report. *CJEM* 2007; 9(5): 380-382.

Correspondencia:

Dra. Myrna Rodríguez Acar,
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
06780, México, D.F.
Tel. 5519 6351