



## Caso clínico

# Miasis furuncular

## *Furuncular myiasis*

Eva I Covarrubias Casimiro,\* Eva Casimiro Morales,† Juan A Covarrubias Herrera,‡  
Erick Covarrubias Casimiro†

\* Médico Interno de Pregrado. Universidad Panamericana, Ciudad de México.

† Médicos Militares de Irapuato S.C., Irapuato Guanajuato.

### RESUMEN

La miasis es causada por una gran variedad de moscas. Es endémica en muchos países tropicales. En México se encuentra en los estados de Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco, debido a la infestación por la larva de la mosca zumbadora tropical *Dermatobia hominis*. Ésta puede afectar a personas de ambos sexos y de todas las edades. Se presenta el caso de un hombre de 25 años, quien adquirió la infestación durante un viaje a la selva Lacandona en el estado de Chiapas, México.

Palabras clave: *Dermatobia hominis*, miasis, larva.

### ABSTRACT

*Myiasis can be caused by a great variety of flies. It's endemic in tropical countries, and in Mexico in the states of Yucatan, Quintana Roo, Campeche, Chiapas and Tabasco. It's caused due to larvae infestation of the botfly Dermatobia hominis. Myiasis can be found in both genders and at any age. We report the case of a 25-year-old male which acquires such infestation during a trip to the Lacandona rainforest in Chiapas, Mexico.*

Keywords: *Dermatobia hominis*, myiasis, larvae.

## Introducción

Se conoce como miasis a la invasión de tejido ya sea vivo, necrótico o muerto, por una larva de mosca. Es la cuarta causa de enfermedades cutáneas del viajero; sin embargo, su diagnóstico es difícil y puede fácilmente confundirse con otras patologías. Existen numerosas especies de moscas cuyas larvas pueden parasitar la piel; la presentación más común es la miasis furuncular causada por *Dermatobia hominis* o *Cordylobia anthropophaga*. La larva penetra la piel y se desarrolla en el tejido subdérmico. Generalmente se encuentra una larva por lesión. Cuando se encuentran múltiples lesiones la causa más probable es *Cordylobia anthropophaga*.<sup>1</sup>

## Caso clínico

Paciente del sexo masculino de 25 años, residente de Irapuato, Guanajuato, estudiante, el cual se presenta

por primera vez a consulta con una lesión ulcerosa en el tercio distal de antebrazo derecho (*Figura 1A*), cubierta con escara de medio centímetro de diámetro y halo eritematoso de medio centímetro más. Tenía el antecedente de haber estado dos semanas atrás en la selva Lacandona de Chiapas, acampando durante ocho días. A la exploración física se encontró TA 124/57, FC 68, temperatura 36.8 °C, múltiples lesiones pruriginosas en piel y leve ataque al estado general. Se tomó muestra para realizar reacción de Weil Félix OX 19, misma que salió con título 1:40 por lo que se inició manejo por probable picadura de garrapata, que hubiera transmitido una infección por *Rickettsia sp.*, con doxiciclina (vibramicina) a dosis de 500 mg cada 12 horas por cinco días, (el paciente vio cómo las garrapatas se le subían al cuerpo y, sin pensar que fueran de riesgo, no se las retiró), citando a revisión en una semana.

A la semana se presenta sin ataque al estado general, sin prurito y prácticamente sin lesiones en

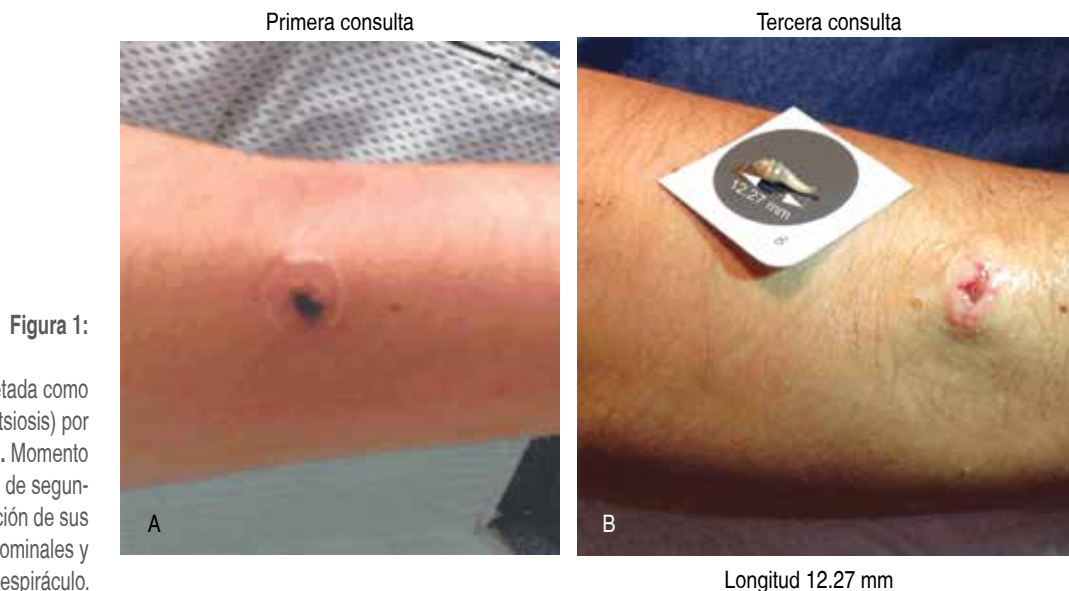


Figura 1:

**A.** Lesión inicial interpretada como «mancha negra» (Rickettsiosis) por picadura de garrapata. **B.** Momento de extracción de la larva de segundo estadio con dilatación de sus primeros segmentos abdominales y espiráculo.

la piel, sólo con dos induraciones subcutáneas, poco dolorosas, de aproximadamente 1 cm de diámetro; se explora quirúrgicamente y se obtiene un fragmento que, al microscopio, parece ser una porción de insecto (atribuido a posibles restos de garrapata), y se cita a la siguiente semana. En su tercera revisión ya sólo mostró un nódulo doloroso subcutáneo, de 2 cm de diámetro, con un orificio central supurando material serohemático y con la sensación de que «algo» se movía dentro; se hace presión lateral y se expulsa una larva de 1.2 cm de longitud, compatible con la especie de *Dermatobia hominis* (Figura 1B), se le da dosis única de ivermectina (ivexterm) para prevenir vitalidad de más larvas y se cita nuevamente a la semana. Weil Félix permanece en título 1:40 por lo cual se descarta rickettsiosis. Se cita a la semana para última revisión y alta.

## Discusión

Las enfermedades cutáneas son el tercer padecimiento más frecuente en viajeros, sólo antecedido por enfermedad febril y diarrea aguda.<sup>1</sup> El diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones es amplio; en un reporte de 269 pacientes en París, Francia, se encontró que los diagnósticos más frecuentes fueron: larva migrans, pioderma, dermatitis secundaria a picadura de artrópodos, miasis, tungiasis, urticaria, fiebre con rash y leishmaniasis cutánea (Tabla 1).<sup>2</sup>

En México, la mayoría de los casos provienen de los estados de Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco.<sup>3</sup> En miasis por *Dermatobia hominis*

(Figura 2) la lesión crece formando un nódulo de 1-3 cm de diámetro, generalmente umbilicado, que puede drenar fluido serohemático.

Clínicamente se manifiesta con prurito, sensación de movimiento de la larva, irritación y dolor de la zona afectada.<sup>1</sup> No hay una topografía preferida pues hay reportes de afección en toda clase de tejidos; sin embargo, la miasis furuncular es típica de zonas expuestas, reportado por la serie de casos más grande de miasis.<sup>4</sup>

El tratamiento consiste en extraer el parásito y al visualizarlo se hace el diagnóstico definitivo. Existen muchas técnicas descritas: oclusión intermitente con gases vaselinadas que asfixian a la larva obligándola a salir, aplicación tópica de tabaco, ceniza, insecticida,



Figura 2:

*Dermatobia hominis* larva.<sup>1</sup>

**Tabla 1:** Diagnósticos más frecuentes de lesiones cutáneas en viajeros.

Diagnóstico	%
Larva migrans	25
Pioderma	18
Dermatitis por artrópodo	10
Miasis	9
Tungiasis	6
Urticaria	5
Fiebre y rash	4
Leishmaniasis cutánea	3

éter o cloroformo para paralizar a la larva. Se puede también aplicar presión para que ésta salga (como en este caso) o realizar una extirpación quirúrgica. Se recomienda el uso de ivermectina como profilaxis.<sup>5</sup>

La complicación más frecuente es la infección local.<sup>1</sup> Sin embargo, existe un caso reportado de mortalidad infantil debido a miasis furuncular que migró a sistema nervioso central.<sup>3</sup>

### Conclusión

La miasis furuncular no es un padecimiento común, por lo que su diagnóstico requiere un alto índice de

sospecha ante el antecedente de viaje a zonas endémicas. Como es una patología prevenible, se debería prestar más atención a incentivar, conocer y difundir las medidas profilácticas en viajeros a zonas de riesgo para evitar adquirirla.

### REFERENCIAS

1. Wilson ME, Leder K. Skin lesions in the returning traveler. UpToDate. 2017; [https://www.uptodate.com/contents/skin-lesions-in-the-returning-traveler?search=miasis%20furuncular&source=search\\_result&selectedTitle=1~11&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H8401226](https://www.uptodate.com/contents/skin-lesions-in-the-returning-traveler?search=miasis%20furuncular&source=search_result&selectedTitle=1~11&usage_type=default&display_rank=1#H8401226). Revisado: 13.11.2018
2. Caumes E et al. Dermatoses associated with travel to tropical countries: a prospective study of the diagnosis and management of 269 patients presenting to a tropical disease unit. *Clin Infect Dis.* 1995; 20 (3): 542-548.
3. Contreras-Ruiz J, Arenas-Gúzman R. Miasis furunculoide por *Dermatobia hominis*. Un caso importado de Costa Rica al Distrito Federal. *Gac Méd Méx.* 2004; 140: 1.
4. Lachish T et al. Myiasis in travelers. *J Travel Med.* 2015; 22 (4): 232-236.
5. Fierro-Arias L et al. Miasis furuncular en piel cabelluda. Reporte de un caso, presentación gráfica y revisión de la bibliografía. *Derma Cosmética y Quirúrgica.* 2010; 8 (1): 22-24.

Dirección para correspondencia:

**Dra. Eva Casimiro Morales**

Médicos militares de Irapuato S.C.

E-mail: Mmisc2014@gmail.com