

Miasis foruncular de inoculación múltiple por larva de *Dermatobia hominis*

Larissa D. López-Cepeda

Centro Dermatológico Pascua. México.

Resumen.—Se presenta un varón de 43 años de edad con miasis foruncular de inoculación múltiple por *Dermatobia hominis*, secundaria a la picadura por mosquitos en la selva Lacandona. El paciente fue tratado con petrolato tópico en las lesiones durante una hora, seguido de la extracción de las larvas, con curación total. Se revisa la miasis foruncular por *D. hominis*.

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

FURUNCULAR MYIASIS WITH MULTIPLE INOCULATION SITES FROM THE LARVA OF *DERMATOBIA HOMINIS*

Abstract.—We present a 43-year-old male, with furuncular myiasis with multiple inoculation sites from *Dermatobia hominis*, secondary to mosquito bites in the Lacandona Jungle. The patient was treated with topical petrolatum on the lesions for one hour, followed by the extraction of the larvae, with a complete cure. Furuncular myiasis from *Dermatobia hominis* is reviewed.

Key words: myiasis, *Dermatobia hominis*, furuncular myiasis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Un varón de 43 años de edad, originario y residente de México, de ocupación topógrafo, sufrió múltiples picaduras de mosquito durante un viaje a la selva Lacandona, de las que persistían cinco lesiones en el brazo derecho. Estas lesiones empeoraron, formando otras más grandes, con un orificio central, a través del cual drenaba material seropurulento. Ocasionalmente observaba que las lesiones se movían, por lo que en diversas ocasiones las oprimió, hasta que de una de ellas obtuvo un «gusano». A la exploración, en la cara lateral y posterior del brazo derecho presentaba lesiones forunculoides, eritematosas, turgentes, edematosas, dolorosas, con un punto central blanquecino que, si se observaba detenidamente, se movía (fig. 1). No existían adenopatías asociadas.

Con el diagnóstico de miasis foruncular de inoculación múltiple se administró tratamiento inmediato con vaselina oclusiva en todas las lesiones. Una hora después se observó la salida de un punto blanco a través del orificio central de cada lesión. En dos de las lesiones se practicaron pequeñas incisiones para ampliar el orificio central, lo cual, a pesar de lo esperado, no facilitó la salida del parásito. Finalmente, se atrapó con pinzas la parte del insecto que se asomaba a

través del orificio, y se extrajo fácilmente. Para aliviar los síntomas se prescribieron antiinflamatorios no esteroideos durante 7 días, pasados los cuales se consiguió la curación total con hiperpigmentación perilesional mínima.

El insecto fue finalmente clasificado como larva de *Dermatobia hominis* (fig. 2).



Fig. 1.—Extracción del insecto, a través del orificio cutáneo, con pinzas de Addson.



Fig. 2.—Larva o gusano de *Dermatobia hominis*. Tiene color blanco-grisáceo, tres hileras transversales de ganchos en su dorso y un tubo o poro respiratorio en un extremo y dos ganchos nutricios en el otro.

Correspondencia:

Larissa D. López-Cepeda.
Vertiz, 822-2. Col. Narvarte. CP 03020 México.
larisslo@yahoo.com.mx

Recibido el 17 de mayo de 2004

Aceptado el 6 de octubre de 2004.

DISCUSIÓN

D. hominis es una mosca de la familia *Oestridae*. Se denomina larva de mosca humana, larva macaw o larva de mosca tropical¹. Sus larvas o gusanos miden de promedio 11 mm de largo y 4 de ancho y son de color blanco-grisáceo; tienen tres hileras de ganchos dobles transversos en el dorso, que mantienen su posición e impiden su eliminación mecánica. Asimismo, tienen un tubo respiratorio en un extremo (espiráculo o ventosa posterior) y dos ganchos orales en el otro, para nutrirse².

El adulto de *D. hominis* tiene aún vestigios orales; no obstante, nunca se alimenta. La hembra coloca sus huevos debajo de otro insecto (proceso llamado forensis); estos huevos son colocados casi siempre en mosquitos hematófagos, como los mosquitos de la familia *Culicidae* y de ellos las especies *Psorophora* sp. y *Stomoxys* sp. Pasados de 5 a 15 días la larva, en su primer estadio, sale del huevo (por el calor del huésped) y penetra en la piel a través de un pliegue o poro, casi siempre en zonas descubiertas, mientras el mosquito se alimenta, sin apenas provocar síntomas. Cada larva penetra en forma independiente y forma un saco que se mueve en la hipodermis, el cual se comunica al exterior a través de una pequeña abertura (segundo estadio). Después de entre 5 y 10 semanas la larva madura y consigue el tercer estadio en el cual emerge, cae al suelo, se convierte en crisálida (14-21 días) y finalmente en mosca adulta³. El ciclo completo tarda un total de 3-4 meses.

El diagnóstico correcto y oportuno de la miasis forunculoide de *D. hominis* determina el curso y pronóstico de la enfermedad⁴. Debe basarse en el antecedente de haber visitado o vivir en algún sitio tropical o subtropical 5 o 10 semanas antes de la visita al médico. Es muy característica la presencia de una lesión forunculoide con un punto central y salida de material serosanguíneo a través de éste y sensación de hormigueo bajo la piel, y ocasionalmente se observa el movimiento del poro respiratorio⁵.

El tratamiento es habitualmente sencillo, seguro y eficaz, que consiste en cubrir con manteca, vaselina o tocino^{6,7}, tela adhesiva o tabaco, lo que interfiere con la respiración del parásito, que se ve obligado a buscar aire, lo que permite que el insecto dirija sus espinas hacia atrás⁸, facilitando su remoción. También puede extraerse mediante dos espátulas con las que se comprime cada lado del nódulo, intentando levantarlo, lo que provoca la salida en masa de la larva⁹. Algunos recomiendan el uso de cloroformo o xilocaína, como anestésico tópico, para relajar las espinas de la larva y facilitar la extracción¹⁰.

En zonas no endémicas casi siempre se realiza la remoción quirúrgica del parásito y ocasionalmente se administran antimicrobianos como profilácticos de infecciones secundarias^{1,11-14}. La ivermectina se ha usado oralmente¹¹ en la miasis visceral y tropical¹⁵ en casos de miasis cutánea ulcerada. No debe nunca exprimir-

se la lesión, ni deben usarse inyecciones hipodérmicas, pues podría romperse la larva *in situ*, ocasionando celulitis o dañando el tejido adyacente; de no extraerse la totalidad de la larva se forma un granuloma a cuerpo extraño que puede llegar a calcificarse¹⁶.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Tay Zavala por la confirmación parasitológica del insecto; al histotecnólogo José Alberto Castillo Naranjo por su apoyo para la elaboración de las laminillas del insecto; al bibliotecario Raymundo Rangel Ahumada por su ayuda en la recopilación del material bibliográfico y al Dr. José Esteban Orozco, por sus consideraciones terapéuticas y de la ilustración del artículo, y a Héctor Rojas Valadivía por su apoyo técnico.

BIBLIOGRAFÍA

- Gordon PM, Hepburn NC, Williams AE, Bunney MH. Cutaneous myiasis due to *Dermatobia hominis*: report of six cases. Br J Dermatol 1995;132:811-4.
- Prasad C. Myiasis of the scalp from *Dermatobia hominis*. JAMA 1969;210:133.
- Arosemena R, Booth S, Su D. Cutaneous myiasis. J Am Acad Dermatol 1993;28:254-6.
- Guillozet N. Diagnosing myiasis. JAMA 1980;244:698-9.
- Tsuda S, Nagaji J, Kurose K, et al. Furuncular cutaneous myiasis caused by *Dermatobia hominis* larvae following travel to Brazil. Int J Dermatol 1996;35:121-3.
- Brewer TF, Wilson ME, González E, Felsenstein D. Bacon therapy and furuncular myiasis. JAMA 1993;270:2087-8.
- Bernhard JD. Bringing on the bacon for myiasis. Lancet 1993;342:1377-8.
- Ruch D. Botfly myiasis. Arch Derm 1967;96:677-80.
- Mercy Y. Cutaneous myiasis: a simple and effective technique for extraction of *Dermatobia hominis* larvae. Int J Dermatol 1994;33:148.
- Gewirtzman A, Rabinovitz H. Botfly infestation (myiasis) masquerading as furunculosis. Cutis 1999;63:71-2.
- Jelinek T, Dietter H, Rieder N, Loscher T. Cutaneous myiasis: Review of 13 cases in travelers returning from tropical countries. Int J Dermatol 1995;34:624-6.
- Jappe U. Unusual skin infections in military personnel. Clin Dermatol 2002;20:425-34.
- Nunzi E, Rongioletti F, Rebora A. Removal of *Dermatobia hominis* larvae. Arch Dermatol 1986;122:140.
- Loong PT, Lui H, Buck HW. Cutaneous myiasis: a simple and effective technique for extraction of *Dermatobia hominis* larvae. Int J Dermatol 1992;31:657-9.
- Victoria J, Trujillo R, Barreto M. Myiasis: a successful treatment with topical ivermectin. Int J Dermatol 1999;38:142-4.
- Galla Y, Pecquet C, Litoux P, Barriere H. Myiase furunculoide a *Cordylobia anthropophaga*. Examen en microscopie electronique a balayage. Ann Dermatol Venereol 1987;114:59-63.