

## Carta al Director

Gonzalo Blasco-Morente<sup>1</sup>  
Aurelio Martín-Castro<sup>2</sup>  
José Gutiérrez-Fernández<sup>3</sup>  
Salvador Arias-Santiago<sup>1</sup>

### Miasis por *Calliphora* sobre pioderma gangrenoso

<sup>1</sup>Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

<sup>2</sup>Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

<sup>3</sup>Unidad de Gestión Clínica de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Departamento de Microbiología. Universidad de Granada. Granada

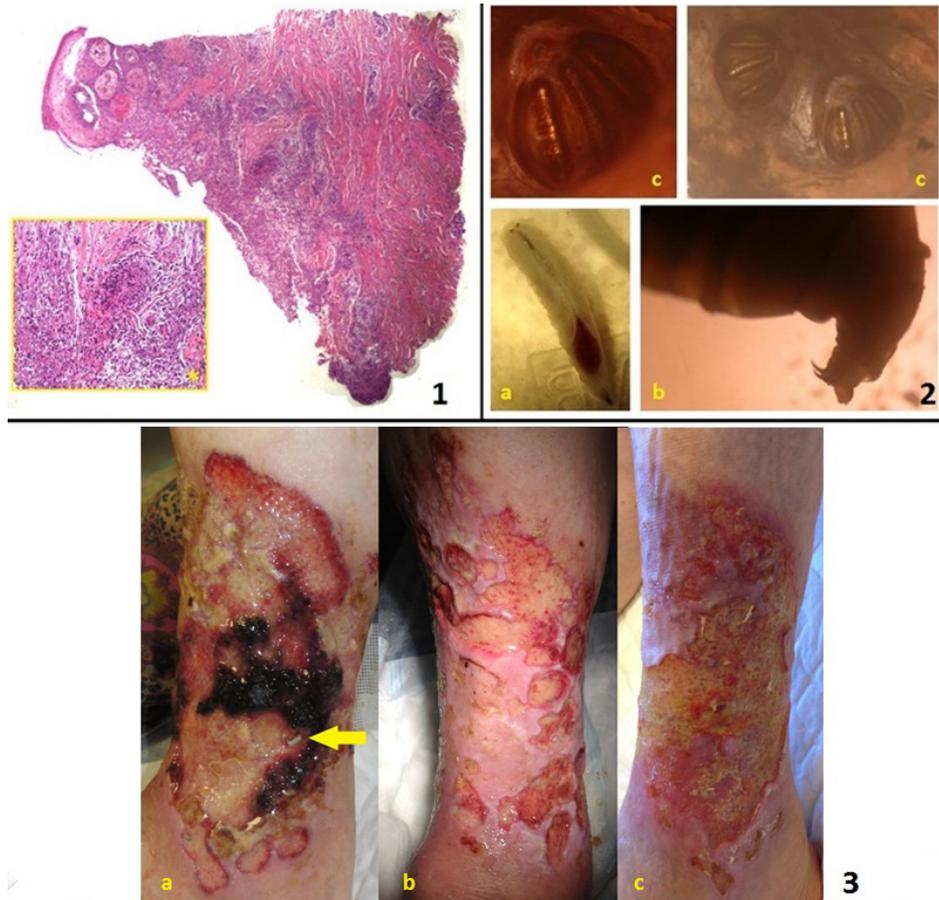
Sr. Editor: la miasis cutánea (MC) es una infestación por larvas del orden *Diptera* que se alimentan durante un período de tiempo variable de tejido muerto o vivo del huésped<sup>1</sup>. Las MC se dividen en forunculares, migratorias y de las heridas. Su incidencia es mayor en países tropicales con clima húmedo-cálido y bajo nivel socioeconómico<sup>1,2</sup>. Tanto el pioderma gangrenoso (PG) como MC son infrecuentes en nuestro entorno y la asociación de ambas no ha sido descrita previamente en la literatura<sup>1-3</sup>. La MC causada por el género *Calliphora* es extremadamente rara en humanos vivos<sup>4,5</sup>. A continuación presentamos un caso de una MC por *Calliphora* sobre un PG.

Una mujer de 76 años consultó por aparición de una úlcera muy dolorosa de 5 años de evolución que crecía de tamaño. El examen físico mostró una placa exulcerada con bordes en sacabocados y centro muy fibrinoso ocupando un área circunferencial en tercio distal de pierna izquierda con dos larvas en su interior. La analítica general fue normal, salvo proteína C reactiva 10,2 mg/dl, los autoanticuerpos antinucleares, anticito plasma de neutrófilos, anti-*Saccharomyces cerevisiae*, anti-LKM 1, antimitocondriales, antimúsculo liso, antitiroideos y antiDNA fueron negativos, al igual que las serologías de *Treponema pallidum*, virus de hepatitis e inmunodeficiencia humana. La ecografía abdominal fue normal. La histopatología de la biopsia cutánea era compatible con pioderma gangrenoso (figura 1.1). Las larvas fueron identificadas como de mosca del género *Calliphora* (figura 1.2). Los parásitos fueron retirados y se inició tratamiento con prednisona 90 mg cada 24 horas y micofenolato mofetil 500 miligramos cada 24 horas, junto con curas locales. La dosis de corticoides se disminuyó progresivamente hasta 20 mg/día y se aumentó el micofenolato hasta 1 g/día. La paciente experimentó mejoría progresiva hasta la resolución parcial de la clínica, precisando tratamiento inmunosupresor crónico (figura 1.3).

El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutro-

fílica crónica de etiología desconocida e incidencia de 3-10 pacientes por millón de habitantes<sup>3,6-8</sup>. La paciente presentaba una MC sobre una úlcera de gran tamaño correspondiente a un PG ulcerativo sin asociación con una enfermedad sistémica, algo que sucede en la mitad de los casos<sup>8</sup>. La aparición de MC de heridas en países desarrollados se ve condicionado por factores predisponentes como la higiene insuficiente, dormir al aire libre, tratamiento incorrecto de las heridas, edad avanzada, enfermedades psiquiátricas, alcoholismo, diabetes mellitus o enfermedad vascular oclusiva<sup>1,2</sup>. Las especies de dípteros causantes de MC más frecuentes en el mundo son *Cochliomyia hominivorax* (gusano barrenador del Nuevo Mundo) y *Chrysomya bezziana* (gusano barrenador del Viejo Mundo), de la familia *Calliphoridae* y *Wohlfahrtia magnifica* de la familia *Sarcophagidae*<sup>1,5</sup>. En España se han descrito más de 47 especies capaces de producir MC, la mayor parte pertenecientes a la familia *Sarcophagidae* (mosca de la carne)<sup>1,2</sup>. Aunque no pudimos identificar la especie, el género implicado fue *Calliphora*, de la familia *Calliphoridae*, excepcional en nuestro entorno. Este género comprende moscas de tamaño medio a grande con dos especies presentes en España: *C. vomitoria* y *C. vicina*<sup>1,4</sup>. Son comunes en áreas urbanas con temperaturas entre 13-24°C, siendo conocidas como mosca azul por la coloración azul-grisácea de su tórax y abdomen. Las hembras adultas dejan sus huevos sobre cadáveres frescos, inmediatamente después de su muerte, bajo condiciones favorables<sup>4</sup>. La capacidad de estas moscas para localizar y colonizar los cadáveres se ha empleado para estimar el intervalo postmortem o realizar análisis toxicológicos en investigaciones forenses<sup>4</sup>. Sus larvas se alimentan de materia orgánica en descomposición, principalmente de carroña animal. En nuestro caso la presencia de una úlcera de gran tamaño con abundante tejido necrótico en su interior pudo favorecer la infestación. La terapia larval se considera un método efectivo de desbridamiento de úlceras, por ello podrían resultar beneficiosas en la paciente<sup>9</sup>. Sin embargo, la presencia de larvas no esterilizadas en una herida puede provocar sobreinfección, recomendándose su retirada mecánica. Este caso confirma que la MC es una complicación potencial de las heridas, como el PG, que debemos considerar y prevenir con una limpieza y cuidado de estas adecuado.

Correspondencia:  
Gonzalo Blasco Morente  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Avenida de las Fuerzas Armadas N°2, CP.: 18014, Granada, España.  
Tfno.: 958020494  
E-mail: gonzaloblascomorente@gmail.com



**Figura 1** 1. Biopsia cutánea punch que corresponde a piel con edema e hiperplasia epidérmica con denso infiltrado inflamatorio. \*A mayor aumento se observa que el infiltrado está constituido por neutrófilos y material necrótico. 2. a) Vista global de la larva de *Calliphora*, b) vista lateral de último segmento y c) espiráculos posteriores. 3. Evolución clínica de pioderma gangrenoso: a) Placa exulcerada de 20 por 11 cm con bordes en sacabocados y centro muy fibrinoso ocupando un área circunferencial en tercio distal de pierna izquierda con larva en su interior (flecha), b) Día 15 y c) Día 60.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- McGraw TA, Turiansky GW. Cutaneous myiasis. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58:907-26.
- Francesconi F, Lupi O. Myiasis. *Clin Microbiol Rev* 2012;25:79-105.
- Ruocco E, Sangiuliano S, Gravina AG, Miranda A, Nicoletti G. Pyoderma gangrenosum: an updated review. *JEADV* 2009; 23:1008-17.
- Salveti M, Corbellini C, Aggiusti C, Agabiti Rosei E, Muiasan ML. *Calliphora* vicina human myiasis: a case report. *Intern Emerg Med* 2012; 7:S135-7.
- Cruz S. El estudio de las miasis en España durante los últimos cien años. *Ars Pharmaceutica* 2000; 41:19-26.
- Suárez-Pérez JA, Herrera-Acosta E, López-Navarro N, Vilchez-Márquez F, Prieto JD, Bosch RJ e tal. Pyoderma gangrenosum: a report of 15 cases and review of the literature. *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103:120-6.
- Ormaechea-Pérez N, López-Pestaña A, Lobo-Morán C, Tuneu-Valls A. Superficial granulomatous pyoderma. Report of 2 cases treated with topical tacrolimus. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104:721-4.
- Brooklyn T, Dunill G, Probert C. Diagnosis and treatment of pyoderma gangrenosum. *BMJ* 2006; 333:181-4.
- Wolff H, Hansson C. Larval therapy – an effective method of ulcer debridement. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28:134-7.