

Carta al Director

Jose Joaquín Hernández-Roca
Juan Luis Mulero-Conde
Enrique Mené

Zoonosis díptera tipo miasis facultativa furunculoide sobre tumor pilar proliferante maligno. A propósito de un caso

Medicina Interna. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

Sr. Editor: la miasis es una infestación ectoparasitaria de los tejidos viables o necróticos por las larvas dípteras de moscas superiores, y se clasifican inicialmente como miasis obligatoria o facultativa. En el primer caso, las crías deben vivir y alimentarse de un huésped en un momento determinado de su ciclo vital, mientras en el segundo las larvas viven libremente, son depositadas en úlceras necróticas o heridas de los huéspedes para alimentarse de ellos. Según su forma de presentación se clasifican como furunculoide (subcutánea), de las heridas (superficial), de cavidades (atrial o invasiva), intestinal, urinaria y vaginal. La miasis furunculoide es la más frecuente¹. Tres familias de moscas dípteras producen miasis en el ser humano: *Oestridae* (moscardones), *Calliphoridae* (mosca del gusano barrenador del ganado y la moscarda de la carne) y *Sarcophagidae* (mosca de la carne)¹.

Marquez et al. sobre un total de 71 casos de miasis furunculoide y cavitaria evidenciaron que el 42% de los casos eran en adultos > 51 años, y un 34% en niños < 10 años. La población eran predominantemente masculina (61%) y de nivel socioeconómico bajo². Los autores concluyeron que la miasis es una infestación oportunista de población desfavorecida vulnerable con condiciones higiénicas desfavorables. Jiang et al. en una descripción de 54 casos también encontraron esa distribución por sexos, si bien en un 72% de los casos eran lactantes y niños con predominancia de lesiones hipodérmicas-invasivas (n=31) y oculares (n=12)³.

Se presenta un caso de una mujer de 33 años de edad, residente en el ámbito rural, soltera, de clase social y nivel cultural bajo, sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude a urgencias por intenso dolor cefálico tras ruptura espontánea de bultoma occipital izquierdo de 2 años de evolución no doloroso ni purulento. En la exploración física se evidencia únicamente lesión excrecente ulcerada en área occipital izquierda de aproximadamente 6x3 cm, con un importante nu-

mero de componentes larvarios blancos de aproximadamente 5 mm de longitud, móviles con una mosca viva en el centro que no se pudo recoger para estudio entomológico (figura 1 y 2). Analíticamente únicamente destacaban una PCR 10,56 mg/dl con 14.500 Leucocitos por/L, con fórmula leucocitaria normal. Se realizaron radiografía (Rx) de tórax y cráneo (figura 3) y ECG que fueron normales, salvo la afectación de partes blandas en la Rx de cráneo. Ingresó en Medicina Interna y se inició tratamiento con ivermectina (Mectizam[®]) 7 mg vo dosis única y ceftriaxona 2 g iv cada 24h y clindamicina 600 mg iv cada 6 horas. Se iniciaron curas con bromuro laudil dietilbencilamónio (Gerdex[®]) y povidona yodada (Betadine[®]) cada 24 horas, tras desparasitación de la herida. No se pudo averiguar género entomológico de las larvas. Se realizó TAC de Cráneo que fue normal salvo lesión de partes blandas extracraneal de 6 x 2,5 cm parietooccipital izquierda sin alteraciones óseas (figura 4). Cirugía Plástica realizó resección quirúrgica de la lesión subyacente con diagnóstico anatomopatológico de "tumor pi-



Figura 1 Lesión excrecente en área occipital derecha, supurativa. Las áreas de mayor claridad de la lesión se corresponden a centenares de elementos larvarios de mosca.

Correspondencia:
Jose Joaquín Hernández Roca.
Hospital Universitario Rafael Méndez. Carretera de Granada, s/n, 30800, Lorca (Murcia).
Tfno: 0034 / 968 44 55 58
E-mail: josejoaquinhdzroca@gmail.com.



Figura 2 Lesión excrecente tras la primera desparasitación en urgencias. En la figura se aprecia lesión ulcerada caudo cefálica con fistula al exterior por la que se puede evidenciar persistencia de formas larvarias en su interior.



Figura 3 Radiografía de cráneo en proyección lateral.

lar proliferante maligno y ulcerado con focos de microinfiltración reseca en su totalidad". La paciente fue dada de alta con diagnóstico de "Zoonosis Díptera tipo Miasis Facultativa Furunculoide sobre Tumor Pilar Proliferante Maligno".

Traemos a colación este caso clínico en primer lugar por la infrecuencia de esta patología en el ser humano en España y países desarrollados, ya que son más frecuentes en los trópicos y países subdesarrollados. En segundo lugar, la actitud terapéutica de este tipo de patologías es poco clara. Algunos autores¹, basan el tratamiento en hacer salir las larvas de los forúnculos mediante la privación de oxígeno mediante la obstrucción de sus espiráculos respiratorios (vendajes oclusivos con vaselina, esmalte de uñas transparente, alquitrán de tabaco o grasa de cerdo) mediante técnicas probablemente eficaces pero con poca evidencia clínica. Otros recomiendan la infiltración con lidocaina en las lesiones⁵. Nosotros optamos por limpiar bien y desparasitar la zona aplicar medios antisépticos tópicos, como povidona yodada o bien clorina o una solución con permanganato potásico en diferentes diluciones, e iniciar una cobertura antibiótica contra la flora contaminante de amplio espectro en espera de los cultivos y el antibiograma pertinentes, así como administrar vacunación antitetánica y gammaglobulina específica por vía intravenosa de forma inmediata. Al igual que en el caso de miasis migrantes lineales (*larva migrans*) en las que el tiabendazol (antihelmintico benzimidazólico) por vía oral podría estar recomendado^{6,7}, asociamos al tratamiento un antihelmintico como es ivermectina sin encontrar en la pieza quirúrgica tras el tratamiento larvas vivas. Por lo que creemos que esta actitud de limpieza, desinfección, profilaxis antibiótica y antitetánica junto con la administración de un antihelmintico podría ser una opción terapéutica en nuestro medio.



Figura 4 Corte de TAC de cráneo sin contraste. Se puede observar lesión de partes blandas extracraneal de 6 x 2,5 cm parietooccipital izquierda sin alteraciones óseas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz J.H. Miasis y tungiasis. En Mandell, Douglas y Bennet , eds. Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica. 7ª ed. Volumen II. pp 3634-36.
2. Marquez AT, Mattos Mda S, Nascimento SB. Myiasis associated with some socioeconomic factors in five urban areas of State of Rio de Janeiro. Rev Soc Brasil Med Trop 2007; 40:175-80.
3. Jiang C. A collective analysis of 54 cases of human myiasis in China from 1995-2001. Chinese Med J 2002; 115:1445-7.
4. Tamir J, Haik J, Schwartz E. Myiasis with Lund's fly (*Cordylobia rodhani*) in travellers. J Travel Med. 2003;10:293-295.
5. Lui H, Buck HW. Cutaneous myiasis: A simple and effective technique for extraction of *Dermatobia hominis* larvae. Int J Dermatol 1992; 31: 657-79.
6. López-Cepeda DL. Miasis foruncular de inoculación múltiple por larva de *Dermatobia hominis*. Actas Dermosifiliogr 2004; 95:633-4.
7. Jeremías X. Miasis cutáneas. Piel 2002; 17: 300-9.
8. Günter S. 1971. Clinical and epidemiological aspects of the dermal tumbu-fly myiasis in Equatorial-Africa. Br J Derm 85: 226-231.
9. West, L.S. En Hunter, G.W. 1960. Manual of Tropical Medicine 3d ed.: 737 p. Saunders. Philadelphia.
10. Rook A, Wilkinson, D.S. & Ebling F. J. G., 1892. Textbook of Dermatology. Volumen 1: 918-920. Melbourne. Blackwell.