

Notas Científicas

Miasis cutánea furuncular por *Dermatobia hominis* en Mérida, Venezuela. Reporte de caso

Furuncular myiasis by Dermatobia hominis in Mérida, Venezuela. Case report

Ana María Bolívar^{1*} & William Mora¹

RESUMEN

Se presenta para paciente femenina, con clínica de miasis cutánea furuncular, confirmación entomológica de estadio parasitario obligado L3 de *Dermatobia hominis*. Se señalan los detalles clínicos, epidemiológicos y de laboratorio de mayor relevancia. Se discuten aspectos relacionados con la parasitosis.

Palabras clave: *Dermatobia hominis*, L3, miasis cutánea, epidemiología.

Se conoce como miasis cutánea furuncular, la infestación parasítica y temporal del tejido subcutáneo de humanos y otros vertebrados por larvas de dípteros (Mammino & Lal, 2013. *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* **6**: 47-49), clínicamente caracterizada por un nódulo rojizo entre 2-5cm, inflamado, con un pequeño orificio que permite la entrada de aire a los espiráculos de la larva, algunas veces doloroso y con sensación de movimiento por cuerpo extraño (Botero & Restrepo, 2012. *Parasitosis humanas*. 5^a edición. CIB. Medellín, Colombia). La infestación depende de varios factores, como la distribución geográfica de las moscas causales que incluyen a: *Dermatobia hominis*, *Cuterebra wohlfahrtia*, *Oestrus ovis*, *Hypoderma* spp., y *Cordylobia* spp. Afectan más frecuentemente las áreas descubiertas del cuerpo (Passos *et al.*, 2008. *Braz. J. Infect. Dis.* **12**: 155-157), y mayoritariamente se ha registrado en condiciones de pobreza rural (Forero, 2011. *Revista Sapuvet de Salud*

SUMMARY

In this article, the clinical, epidemiological and the most important laboratory details are displayed, in a female patient with cutaneous myiasis furuncular clinic, with entomological confirmation of L3 *Dermatobia hominis* of parasitic stage required. The parasitosis aspects are discussed.

Key words: *Dermatobia hominis*, L3, cutaneous myiasis, epidemiology.

Pública. **2**: 95-132). Es clínicamente, la presentación más frecuente de miasis (Bernardes *et al.*, 2014. *An. Bras. Dermatol.* **89**: 663-665), iniciándose la lesión, a partir de las 24 horas de ingreso de la larva, con la aparición de una pápula eritematosa con un pequeño poro central por donde drena escasa secreción serosa o purulenta (Manrique *et al.*, 2009. *Folia dermatol. Perú.* **20**: 23-26; Mammino & Lal, 2013. *Op. cit.*). En la presente nota científica, se describe para el estado Mérida-Venezuela, caso clínico de esta presentación de miasis, mediante el estudio de la anamnesis de la paciente, confirmación entomológica en laboratorio y el análisis de factores eco-epidemiológicos.

Enero 13, 2015

Mujer de 64 años, casada, dos hijos, dedicación a los oficios domésticos y habitante en la población La Pedregosa Alta, calle Las Turbinas,

¹ Investigaciones Parasitológicas "Jesús Moreno Rangel" Cátedra de Parasitología. Departamento de Microbiología y Parasitología. Facultad de Farmacia y Bioanálisis. Universidad de los Andes. Mérida 5101-Venezuela.

*Autor de correspondencia: ambolivar@hotmail.com

Parroquia Lasso de la Vega, estado Mérida-Venezuela (08°35'04"N/71°11'15"W). Acude a nuestro laboratorio en busca de asesoría diagnóstica entomológica sobre la etiología de material biológico (larva) que le fue extraído de lesión furuncular localizada en región mamaria izquierda ese mismo día. Al momento de la recepción de la muestra, y siguiendo los protocolos establecidos en nuestras encuestas epidemiológicas, se realiza la anamnesis del caso. La paciente manifiesta que la lesión presentaba una evolución de tres meses (noviembre 2014), evidenciándola desde la picada por insecto en la región mencionada cuando realizaba labores domésticas de limpieza (no ofrece detalles de relevancia sobre probable etiología del hematófago). En vista de que la lesión no cedía, incluso después de la continua aplicación de tratamiento local (cremas y jaleas), y debido al incremento de la induración, enrojecimiento y prurito, decide presionar la lesión con los dedos. Manifiesta que con este procedimiento solo obtiene poca secreción serosa. Decide acudir por asistencia médica privada dermatológica. Luego de la valoración clínica de rigor, la lesión fue diagnosticada como absceso cutáneo indeterminado, le son recetados antibióticos (ciprofloxacina 500mg/2 veces al día/10 días), antihistamínico (loratadina 10mg/1 vez al día/10 días) y jabón líquido, dando cierre a la consulta luego de manifestar que siguiendo fiel cumplimiento

de la terapia y con reposo la lesión sanaría. En vista de ausencia de mejoría, acude a nueva valoración médica privada días después, siendo ratificada evaluación clínica inicial. Dado al incremento en la sintomatología (ya el furúnculo era bastante doloroso, con permanente sensación de calor y de movimiento en la zona) acude en una tercera visita por servicios médicos, esta vez, al Centro de Diagnóstico Integral (CDI-Misión Barrio Adentro II-MPPS) más cercano a su domicilio. Luego de valorar la lesión, y con la probabilidad de miasis cutánea furuncular, el médico tratante procede a extracción por compresión lateral de la lesión, de una larva viva. Son nuevamente recetados terapia antimicrobiana y antihistamínica por vía oral. Se ordenan: a) perfil operatorio (hematología, glicemia, pruebas de coagulación, HIV, VDRL), b) Tomografía Axial Computarizada (TAC) y c) remitir larva al laboratorio de parasitología.

En nuestro laboratorio, la identificación taxonómica se realizó a través de la visualización directa bajo lupa estereoscópica, siguiendo las indicaciones de Cheng, 1978 (*Parasitología general*. 1ª edición. Editorial AC. Madrid, España) y Faust *et al.*, 1974 (*Parasitología clínica*. Salvat. Barcelona, España) reportándose estadio larval L3 de *D. hominis*. Detalles de identificación morfológica se muestran en Fig. 1.

Fig. 1. Larva (L3) de *D. hominis* extraída de lesión furuncular. Características morfológicas: forma ovalada, coloración amarillo ocre, apariencia de tonel y desarrollo completo (L3). Tamaño: 2cm de largo por 0,5cm de ancho. En extremo cefálico ganchos bucales bien desarrollados y espiráculos de color café, en lado contrario al cefálico donde están los ganchos bucales. Hileras de espinas cuticulares cortas dirigidas hacia atrás que se inician en extremo cefálico y viajan hacia extremo caudal donde se localiza una ventosa posterior. Técnica de análisis: visualización e identificación directa bajo lupa estereoscópica.



Enero 14, 2015.

En CDI: remoción quirúrgica de tejido lesionado. Se realiza biopsia y cierre de la herida quirúrgica (sutura de 4 puntos). Se aconseja reposo.

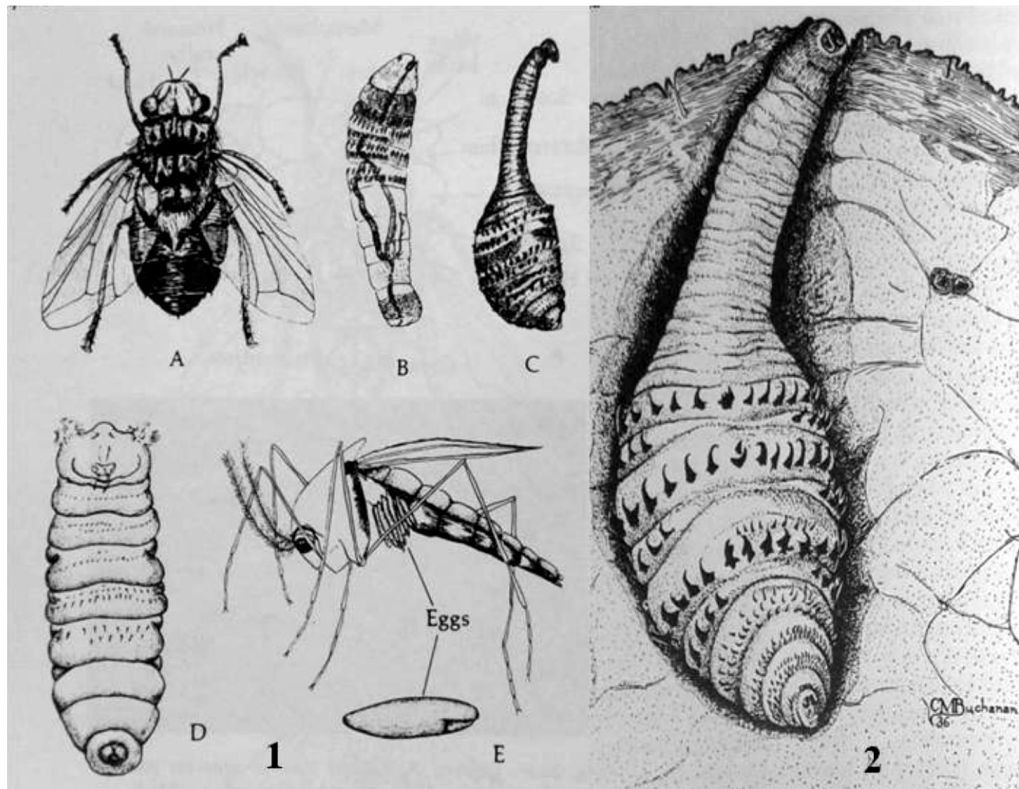
Enero 21, 2015.

En laboratorio/parasitología: entrega de resultado. Explicación de la patología detectada y medidas de prevención. De parte de la paciente, confirmación de bienestar y agradecimiento por diagnóstico definitivo acertado y evolución satisfactoria de la lesión. Se solicita consentimiento para publicación del caso. La paciente aún espera por diagnóstico histológico y de imagenología.

El sector La Pedregosa Alta (1513 msnm), se ubica a 20 minutos de la ciudad de Mérida, en un estrecho valle en la quebrada del mismo nombre. Es una región montañosa donde la explotación de madera y el cultivo

de Rubiáceas, Rosáceas y Musáceas junto a la actividad ganadera, han cedido espacio al proceso de urbanización residencial (Torres, 1974. Instituto de Geografía y Conservación de los Recursos Naturales. Universidad de los Andes; Rangel, 2006. *Revista Geográfica Venezolana*. **47**: 57-84). Sin embargo, en algunos tramos como el adyacente al domicilio de la paciente, aún son apreciadas zonas boscosas con vegetación exuberante y frondosa, hábitats competentes para *D. hominis* y su portador auxiliar que incluye artrópodos hematófagos generalmente pertenecientes a los géneros *Psorophora*, *Culex*, *Stomoxys* y *Neivamyia* (Faust *et al.*, 1974. *Op. cit.*; Gonçalves *et al.*, 2009. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo*. **51**: 149-154). De allí que se comprenda que la infestación se produjo intradomiciliariamente en ambiente urbano, cuando el portador auxiliar en búsqueda de su alimentación picó, depositando la larva sobre la piel la cual penetró por la herida hecha por el portador. Detalles de los estadios evolutivos para *D. hominis* y de parasitación en piel son señalados en Fig. 2.

Fig. 2. 1: Estadios evolutivos para *D. hominis*. A: hembra adulta, B: larva de primer estadio (L1), C: larva de segundo estadio (L2), D: larva de tercer estadio (L3), E: Portador para *D. hominis*, adheridos los huevos a su abdomen (tomado de Cheng, 1973. *Op. cit.*). 2: *D. hominis* en la piel humana. La extremidad posterior de la larva se encuentra en la abertura anterior del túnel para que la larva pueda respirar por el par de espiráculos posteriores (tomado de Faust *et al.*, 1974. *Op. cit.*).



Conforme a la localización geográfica, biología de la mosca y tipo de tejido infestado, existen varias clasificaciones para la miasis cutánea (Pasqualette *et al.*, 1999. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* **21**: 483-486). La causada por *D. hominis* está restringida a la América Tropical, principalmente en regiones cálidas y húmedas con altitud menor a 1000 msnm (Pastor *et al.*, 2013. *Rev. Med. Chil.* **141**: 1081-1082), con mayores prevalencias en animales, especialmente bovinos (Cardona *et al.*, 2013. *Ces. Med. Vet. Zootec.* **8**: 82-94). Como enfermedad tropical, los antecedentes epidemiológicos y factores predisponentes deben ser exhaustivamente evaluados durante el examen clínico. Los diagnósticos diferenciales más frecuentes son con el quiste epidérmico sobreinfectado, piodermias, picadas de insectos sobreinfectadas, larva migrans cutánea, tungiasis y leishmaniasis (Pastor *et al.*, 2013. *Op. cit.*).

En general, esta parasitosis es limitada, y a pesar de que han sido reportadas complicaciones como sobreinfección bacteriana y tétano, no tiene una gravedad relevante. Son necesarios conocimientos eco-epidemiológicos, clínico, de diagnóstico y terapéutico, de tal modo que una rápida y correcta detección permita la instauración de medidas terapéuticas oportunas y brinden tranquilidad emocional, opacando el impacto psicológico en los pacientes afectados y sus familiares (Alkorta *et al.*, 2001. *Rev. Esp. Salud Pública.* **75**: 23-30; Mammino & Lal, 2013. *Op. cit.*; Pastor *et al.*, 2013. *Op. cit.*; Zammarchi *et al.*, 2014. *Parasitol. Res.* **113**: 2379-2385).

Los últimos reportes consultados en humanos, provienen de países como Belice (Mammino & Lal, 2013. *Op. cit.*), Bolivia (Zammarchi *et al.*, 2014. *Ann Dermatol.* **26**: 632-635), Brasil (Pasqualette *et al.*, 1999. *Op. cit.*; Rodrigues *et al.*, 2007. *Acta Odontol. Venez.* **45**: 1-4; Pastor *et al.*, 2013. *Op. cit.*; Zammarchi *et al.*, 2014. *Ann. Dermatol. Op. cit.*), Guayana Francesa (Clyti *et al.*, 2008. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* **79**: 797-798), México (Alcalá & Yáñez,

2006. *Rev. Cent. Dermatol. Pascua.* **15**: 23-25) y Perú (Manrique *et al.*, 2009. *Op. cit.*; Díaz *et al.*, 2011. *Rev. Ciencias Médicas.* **15**: 269-279; Je-Ming *et al.*, 2013. *Asian. Pac. J. Trop. Biomed.* **3**: 229-231), siendo para algunos casos la confirmación etiológica, en zonas muy distantes al foco de infección, producto de viajes internacionales. El grupo etario más afectado, se ubica entre 35-70 años, confirmando que la edad adulta es un factor predisponente de importancia al igual que enfermedades debilitantes de base (Ferraz *et al.*, 2011. *Neotrop. Entomol.* **40**: 393-397; Forero, 2011. *Op. cit.*).

La búsqueda bibliográfica de casos en humanos por *D. hominis* en Venezuela, durante la última década para localidades urbanas no arrojó positividad, refiriéndose los reportes encontrados solo en amplios espacios abiertos como haciendas y regiones costeras de los estados Guárico y Aragua respectivamente (Moissat *et al.*, 2004. *Kasmera.* **32**: 7-11) y zonas indígenas del estado Bolívar (Chaccour, 2005. *Dermatología Venezolana.* **43**: 8-15), situación que pudiera inferir la baja prevalencia, el aparente bajo impacto epidemiológico y quizás, desconocimiento por parte de profesionales de la salud como lo señalado para este caso. De tal modo, se sugiere agudizar en nuestras escuelas médicas, la enseñanza de esta patología como causal de afecciones cutáneas.

Conflicto de intereses

Los autores manifestamos que no se presentaron conflictos durante el desarrollo del trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A Luisa Carolina González, María Alejandra Blanco y Florimar Gil, profesoras de la Cátedra de Parasitología, Facultad de Farmacia y Bioanálisis-ULA por el apoyo brindado en la ejecución del trabajo.

Recibido el 18/02/2015
Aceptado el 01/05/2015