

Mire... Piense... y Haga su Diagnóstico

Nódulos subcutáneos firmes y dolorosos

Sofía André¹, Agustina Romanello² y Ariel Samper³

¹Médica residente 3° año de Dermatología

²Jefa de Residentes

³Médico dermatólogo

Hospital Central de Mendoza. Alem y Salta s/número. Mendoza, República Argentina

Conflictos de interés: no declarados

Correo electrónico: sofiandre89@gmail.com

Recibido: 12-05-2017

Aceptado para publicación: 24-06-2017

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 41 años, con antecedentes de hiperuricemia, litiasis renal, hipotiroidismo y dislipidemia que consulta por presentar cuatro nódulos subcutáneos firmes y dolorosos, con orificio central y secreción serosa, ubicados en cuero cabelludo, de tres semanas de evolución (Fig. 1).

En la **dermatoscopia** se observan los orificios centrales de los nódulos y a la compresión se evidenciaba secreción serosa (Fig. 2).

Como antecedente refirió un episodio de dolor agudo localizado, punzante, cuatro semanas previas a la consulta, que interpretó como picadura de insecto

durante su estadía en el noroeste del país. Se realiza biopsia de piel.

Consulta nuevamente a las dos semanas por empeoramiento del cuadro. El **resultado de la biopsia** evidencia lesión dérmica representada por infiltrado inflamatorio mixto, predominantemente linfoplasmocitario e histiocitario perifolicular. Periféricamente se ve proliferación fibroblástica y fibrosis. El fragmento de tejido adiposo del subcutáneo se encuentra reemplazado por fibrosis e igual componente inflamatorio

Al **examen físico** se evidenciaron cambios inflamatorios agudos en las lesiones, con supuración purulenta y tunelización de las lesiones entre sí con la presencia de larvas. **Su diagnóstico es...**

DIAGNÓSTICO

Miasis en cuero cabelludo

EVOLUCIÓN

Se realiza extracción manual de las larvas (cinco en su totalidad), oclusión y tratamiento con ivermectina. No se vuelven a extraer larvas y a las dos semanas presenta curación completa (Figs. 3 y 4).

Cabe destacar que en la primera consulta ante la sospecha diagnóstica de miasis en estadio temprano se indicó tratamiento con ivermectina 600 mg en dos dosis, sin respuesta.

COMENTARIO

La **miasis** es una patología causada por infestación de larvas de mosca, que puede causar lesiones destructivas e invasivas. De todas las larvas sólo 5 familias causan infestación en vertebrados. *Dermatobia hominis* es endémica del norte de Argentina, Paraguay y Brasil^{1,3}.

La importancia de las moscas radica en la transmisión y producción de enfermedades por medio de 3 mecanismos principales:

1. Vectores mecánicos: proliferan en la suciedad.

2. Vectores biológicos: son moscas hematófagas (la más temida es la *glossina* que transmite la tripanosomiasis africana).

3. Como parásitos productores de miasis². (Tabla I).

En el ciclo biológico la mosca deposita 24 huevos en el abdomen ventral de un mosquito (*psorophora*) u otros insectos (ej.: garrapata), éstos maduran a los 6 días y eclosionan. La larva sale estimulada por el calor de la piel del sujeto picado por el insecto. Cada larva penetra

en el subcutáneo a través de la picadura o un folículo piloso, de manera indolora, causando una lesión única. Tras 5 a 10 semanas de maduración, una vez alcanzado el desarrollo, deja el hospedero para convertirse en pupa o crisálida y dos semanas después se convierte en mosca adulta, la cual vive 9-12 días^{1,3}.

Los **factores de riesgo** son la presencia de lesiones previas, mala higiene, inmunodeficiencias y desnutrición⁴. Para su desarrollo requiere clima tropical y tiene mayor incidencia en primavera-verano.

En la **clínica** la forma forunculoides se manifiesta a las 24 hs del ingreso como una pápula eritematosa con poro central, por donde drena secreción serosa-seropurulenta¹. Lo particular de nuestro paciente es que presentaba cuatro lesiones conectadas tunelizadas de a pares.

El **diagnóstico** se basa en la presencia de epidemiología positiva (visita a lugar endémico, tropical en las 5-10

semanas previas), clínica compatible, histología con infiltrado inflamatorio con linfocitos T, histiocitos y eosinófilos, presencia de fibroblastos activados y eventual ecografía doppler que evalúa la vitalidad de las larvas^{2,3}.

Dentro de los **diagnósticos diferenciales** deben considerarse el quiste epidermoide roto, abscesos, celulitis, forunculosis, tungiasis, granulomas por cuerpo extraño (por ejemplo agujones), picaduras de insectos³. Existen múltiples modalidades terapéuticas entre las cuales se encuentran la destrucción del parásito por asfixia mediante la cobertura con apósitos, tela adhesiva y vaselina; inyecciones de lidocaína, éter o cloroformo, inyección tópica de ivermectina al 1% en propilenglicol x 2 hs y la extirpación quirúrgica, siempre recordando que en la extracción manual no deben quedar restos de larva por el riesgo de desarrollar infecciones o granulomas por cuerpo extraño⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manrique A, Manrique D, Catacora, J. Miasis cutánea: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Folia Dermatol Peru* 2009; 20: 23-26.
2. Moya, J.; Spelta, G.; Gavazza, S.; Barbarulo, A.; Fontana, M.I.; Barrera, M.; Lado Jurjo, L.; Azcune, R.: Miasis cutánea. Revisión sobre el tema y presentación de un caso de miasis forunculoide. *Arch Argent Dermatol* 2007; 57: 217-222.
3. López Cepeda, L.D.: Miasis. *Dermatología Rev Mex* 2006; 50: 94-104.
4. Brizuela Tornés, G.B.; González Brizuela, C.M.; González Brizuela, Y.: Miasis furunculosa por dermatobia hominis, "colmoyote". *Medisan* 2003; 7: 124-128.
5. Guerrero-Zulueta, A.: Miasis cutánea. *Aten Fam* 2016; 23: 34-35.

Fig. 1: Se observa nódulo subcutáneo firme y doloroso, con orificio central secretante.

Fig. 2: En la dermatoscopia se observa mejor la secreción serosa de los orificios de las lesiones.

Fig. 3: Se realiza extracción manual de las larvas.

Fig. 4: Se observan las larvas: *dermatobia hominis*.

Tabla I: Modificado de: Moya, J.; Spelta, G.; Gavazza, S.; Barbarulo, A.; Fontana, M.I.; Barrera, M.; Lado Jurjo, L.; Azcune, R.: Miasis cutánea. Revisión sobre el tema y presentación de un caso de miasis forunculoide. *Arch Argent Dermatol* 2007; 57: 217-222.

Clasificación	
Según el grado de parasitismo:	Según el compromiso:
Obligatoria	CUTÁNEA:
Facultativa	1. Superficial
Accidental	2. Forunculoide
	3. Miasis lineal rampeante
	4. Subcutánea
	VISCERAL
	CAVITARIA