

Cuando la celulitis no cura: Un huésped no deseado

When cellulitis fails to resolve: An unwanted guest

Braulio Mauricio Fleitas Goiriz^{1*}, Judith Nelsi Montiel Centurión¹, Andrea Belén Mongelós Ortiz¹,
Romina Lorena Acosta Sens¹, Arnaldo Benjamín Aldama Caballero¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay

Cómo citar/How cite:

Fleitas Goiriz BM, Montiel Centurión JN, Andrea Belén Mongelós Ortiz, Acosta Sens RL, Aldama Caballero AB. Cuando la celulitis no cura: Un huésped no deseado. Rev. cient. cienc. salud. 2026; 8: e81006. [10.53732/rccsalud/2026.e81006](https://doi.org/10.53732/rccsalud/2026.e81006)

Fecha de recepción:

12/01/2026

Fecha de revisión:

15/01/2026

Fecha de aceptación:

05/02/2026

Autor correspondiente:

Braulio Mauricio Fleitas Goiriz

e-mail:

mauricioغویریز@gmail.com

Editor responsable:

Margarita Samudio

Universidad del Pacífico.

Dirección de Investigación.

Asunción, Paraguay

e-mail:

margarita.samudio@upacifico.edu.py



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

RESUMEN

Presentamos un caso de miasis en miembro inferior por *Dermatobia hominis* en el que se utilizó el ultrasonido para visualizar las larvas y confirmar el diagnóstico antes de la eliminación de las mismas. En este informe, analizamos la presentación de nuestro paciente, la evolución, el tratamiento y la utilidad de las imágenes por ultrasonido, que, cuando están disponibles, son una herramienta útil y poco invasivas para ayudar a establecer el diagnóstico de la miasis furunculosa.

Palabras clave: miasis cutánea; dermatobia hominis; ultrasonografía

ABSTRACT

We present a case of myiasis in the lower limb due to *Dermatobia hominis* in which ultrasound was used to visualize the larvae and confirm the diagnosis before removing them. In this report, we discuss our patient's presentation, course, treatment, and the utility of ultrasound imaging, that when it is available, is a useful and non-invasive tool to help establish the diagnosis of furunculous myiasis.

Key words: cutaneous myiasis; dermatobia hominis; ultrasonography

INTRODUCCIÓN

La *Dermatobia hominis*, conocida también como rezo, ura o tórsalo, es responsable de una ectoparasitosis denominada miasis cutánea en humanos. Esta se produce cuando las larvas de la mosca infestan la piel del hospedero, habitualmente a través de la picadura de un mosquito u otra mosca que actúa como vector al transportar los huevos de *Dermatobia hominis*^(1,2). La especie se distribuye principalmente en zonas tropicales y subtropicales de América Central y del Sur. Sin embargo, la aparición de miasis humana se ve favorecida por factores del hospedero y del entorno, como la presencia de úlceras o heridas expuestas, condiciones higiénico-sanitarias deficientes, alcoholismo, inmunodeficiencia, entre otros⁽²⁾.

PRESENTACIÓN DEL CASO

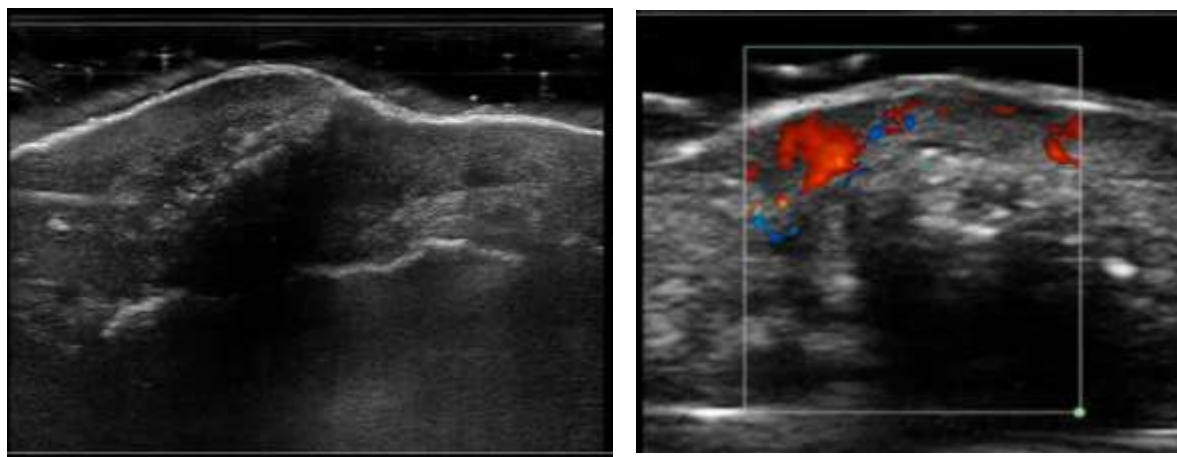
Paciente femenina de 52 años, procedente de zona urbana, sin antecedentes patológicos conocidos. Presenta una lesión única, eritematosa y dolorosa en el primer dedo de pie derecho, que inició como una picadura de insecto. Evolucionó con empeoramiento progresivo, aumento de tamaño y mayor dolor, motivo por el cual fue tratada como celulitis con antibióticos orales y tópicos durante 20 días, sin mejoría. Ante la sospecha de ectoparasitosis recibió ivermectina 12 mg en dosis única, persistiendo la lesión.

Al examen físico se observa una placa de 5 cm en su eje mayor, eritematoedematosa, de bordes irregulares y límites difusos, en cara interna y base de primer dedo de pie derecho, con orificio central de 2 mm de diámetro, con secreción serohemática. Se observó burbujeo en el poro central (Figuras 1A y B).



Figura 1. (A) Placa eritematoedematosa con orificio central. (B) Burbujeo intermitente a través del orificio central, hallazgo sugestivo de miasis forunculosa

Ecografía cutánea: mediante ecografía con sonda lineal de alta resolución (19 MHz, ecógrafo portátil Esaote MyLab Gamma), a nivel de cara anterior del hallux derecho se identificó una imagen lineal hiperecogénica situada en dermis e hipodermis, con protrusión hacia la epidermis, la cual mostraba una pequeña zona de discontinuidad (correspondiente al orificio). La estructura presentaba puntos hiperecogénicos a lo largo de su extensión (compatibles con ganchos), con sombra acústica posterior, y se constató movimiento de reptación hacia la superficie epidérmica in vivo durante el examen (Figura 3). Con sonda lineal de 22 MHz y Doppler color se evidenció aumento de vascularización periférica (componente inflamatorio) y disminución de la ecogenicidad de la dermis adyacente (edema) (Figuras 2A y B).



A) Imagen lineal hiperecogénica con una pequeña discontinuidad correspondiente al orificio. Además puntos hiperecogénicos que corresponde a los ganchos de la larva.

B) Imagen al Doppler Color, se aprecia un aumento de la vascularización periférica.

Figura 2. Ecografía de la lesión.

Tratamiento y evolución: se realizó escisión quirúrgica y extracción con pinza de una larva de color pardo-amarillento, de aproximadamente 2 cm, con hileras de pequeñas espinas negras dispuestas en sentido anteroposterior. La larva fue identificada como *Dermatobia hominis* por sus características morfológicas (Figura 3). Con el contexto clínico-epidemiológico y los hallazgos descritos se estableció el diagnóstico de miasis forunculosa por *Dermatobia hominis*. Se indicó una dosis adicional de ivermectina y un ciclo de antibióticos por 7 días, considerando eritema, dolor y exudación. En el control a la semana presentó evolución excelente, sin signos de infección activa y con hiperpigmentación postinflamatoria residual.



Figura 3. Larva de *Dermatobia hominis*

DISCUSIÓN

Las miasis son infestaciones causadas por larvas de moscas que invaden tejidos del hospedero. De forma general se clasifican en obligadas (requieren tejidos vivos), facultativas (infestan tejidos necróticos o en descomposición) y accidentales o seudomiasis (por ingestión)^(2,3). También pueden clasificarse por localización en cutáneas (forunculares o migratorias), de heridas y cavitarias^(2,3).

En América, la miasis cutánea forunculosa se asocia con frecuencia a *Dermatobia hominis* (Oestridae), reportada desde México hasta Argentina^(2,4). La hembra adhiere 10 a 50 huevos a un mosquito u otro vector hematófago (foresis); al picar, la temperatura local favorece la eclosión y el ingreso larvario a la piel^(5,6). La larva presenta espinas o ganchos

en hileras transversales que dificultan la extracción y un extremo posterior respiratorio que se comunica con el exterior a través de un poro central⁽⁷⁾.

Clínicamente, las lesiones suelen localizarse en áreas expuestas (cuero cabelludo, cara y extremidades)⁽¹⁻³⁾. En la forma forunculosa es frecuente una lesión única, nodular, dolorosa o pruriginosa, con orificio central; puede presentarse exudado purulento o serohemático y el signo del "burbujeo", asociado a una intensa reacción inflamatoria local⁽¹⁻³⁾. Sin tratamiento, la larva puede persistir 5 a 10 semanas y completar su desarrollo⁽²⁾.

Los diagnósticos diferenciales incluyen absceso/forúnculo, quiste epidérmico, reacción a cuerpo extraño, tungiasis, reacción exagerada a picaduras de artrópodos y otras infecciones de partes blandas^(2,3). En nuestra paciente, la dificultad diagnóstica radicó en la localización distal (hallux) y en una presentación inicial compatible con celulitis posterior a "picadura de insecto", con dolor, eritema y edema progresivo. La ausencia de respuesta tras 20 días de antibióticos y la persistencia luego de una dosis de ivermectina motivaron replantear el diagnóstico. La identificación del poro central con exudado y el signo del burbujeo orientaron a miasis forunculosa, evitando prolongar antibióticos innecesarios y acelerando la resolución mediante extracción dirigida.

La ultrasonografía cutánea es un método complementario útil para apoyar el diagnóstico al permitir la visualización de estructuras compatibles con larvas y, en ocasiones, su movimiento, además de ayudar a descartar restos y planificar el abordaje. Para piel y partes blandas superficiales se recomienda el uso de transductores lineales de alta frecuencia (≥ 15 MHz)⁽⁸⁾. En contextos con baja frecuencia de miasis o menor experiencia clínica, aporta información sobre localización, tamaño, profundidad y relación con estructuras vasculares adyacentes^(8,9,10). Las larvas pueden observarse como estructuras hiperecogénicas con sombra acústica posterior⁽⁸⁻¹¹⁾. La detección en tiempo real mediante ultrasonografía cutánea de alta frecuencia con Doppler color ha sido descrita específicamente para miasis por *Dermatobia hominis*. Algunos autores describen movimiento larvario durante el estudio, reproducible en nuestro caso^(10, 11). También se ha descrito el "signo del centelleo", atribuido a la dureza del caparazón de la larva^(13,14).

El principal aporte de este reporte es mostrar la utilidad de la ultrasonografía cutánea de alta frecuencia como herramienta confirmatoria previa a la extracción. En nuestro caso permitió visualizar una estructura hiperecogénica con sombra acústica y movimiento de reptación en tiempo real, además del aumento de vascularización periférica en Doppler, hallazgos que sustentaron el diagnóstico y facilitaron la planificación del abordaje quirúrgico.

No suele requerirse estudio histológico; dependiendo del plano de corte, podría evidenciarse la larva o una respuesta inflamatoria inespecífica. Las pruebas de laboratorio suelen ser normales, excepto en infestaciones crónicas, donde puede encontrarse eosinofilia e IgE elevada⁽¹⁵⁾.

El tratamiento consiste en la extracción completa; no se recomienda forzar la salida debido a espinas y ganchos que dificultan su remoción. Puede realizarse escisión quirúrgica, evitando remanentes, u oclusión del orificio respiratorio con apósitos (vaselina, aceites minerales, entre otros)⁽¹⁻³⁾. La ivermectina puede inducir migración larvaria hacia el exterior (200 $\mu\text{g/kg/día}$), principalmente en lesiones en cavidad oral u ocular⁽²⁾. Debe considerarse la posibilidad de sobreinfección bacteriana y evaluar la necesidad de antibióticos según el cuadro, así como verificar el estado de vacunación antitetánica.

En áreas endémicas, toda lesión tipo forúnculo/celulitis localizada con poro central y mala respuesta a antibióticos debe hacer sospechar miasis; la ultrasonografía cutánea puede confirmar el diagnóstico de manera rápida, no invasiva y orientar el tratamiento.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de los autores:

Concepción/diseño de trabajo: Braulio Mauricio Fleitas Goiriz, Judith Nelsi Montiel Centurión.

Recolección/obtención de datos/información: Braulio Mauricio Fleitas Goiriz, Judith Nelsi Montiel Centurión.

Análisis e interpretación de datos: Andrea Belén Mongelós Ortiz, Romina Lorena Acosta Sens, Arnaldo Benjamín Aldama Caballero

Redacción del borrador del manuscrito: Braulio Mauricio Fleitas Goiriz, Judith Nelsi Montiel Centurión.

Revisión crítica del manuscrito: Andrea Belén Mongelós Ortiz, Romina Lorena Acosta Sens, Arnaldo Benjamín Aldama Caballero

Aprobación de la versión final del manuscrito: Andrea Belén Mongelós Ortiz, Romina Lorena Acosta Sens, Arnaldo Benjamín Aldama Caballero

Financiamiento: Propio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva Mata MA, Flores Salazar SL, Lara Jácome AG. Estudio de caso de miasis cutánea furunculosa por dermatobia hominis. Rev Cubana Inv Bioméd. 2023;42(2).
<https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/2949>
2. Garlatti MLB, Font AM, Vacas AS, Guevara GP, Piva MM, Enz P, et al. Serie parasitosis en Dermatología Miasis: diferentes formas de presentación clínica. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2017;37.
https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/31092_34-38-Garlatti-D.pdf
3. Pastor C, Briceño G, Schafer F. Cutaneous furuncular myiasis caused by Dermatobia hominis. Rev. méd. Chile. 2013;141(8):1081-1082.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000800018>
4. García MAB, Ojeda VM, Palazzo MM, Filice PA, Rodríguez Saa S. Dermatobia hominis: una dermatosis inusual en zonas no endémicas. Dermatol Argent. 2021;27(4):161-3.
<http://dx.doi.org/10.47196/da.v27i4.2126>
5. Ibáñez Bernal S, Sandoval Ruiz CA. Los enviados de Belcebú: moscas y mosquitos (Diptera) exóticos con interés médico y veterinario en México. CIENCIA Ergo-Sum. 2021;28(1).
<https://doi.org/10.30878/ces.v28n1a8>
6. Luengo FLM, Ávila RAA, Guerrero BF, Moreno Ordaz L, Leyva Figueroa L. Cutaneous Myiasis Associated with Basosquamous Carcinoma: Case Report due to Cochliomyia hominivorax. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. 2019;17(4):284-287.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2019/dcm194m.pdf>
7. Páez Díaz RP, Villa Arteta LC. Identificación de larvas productoras de miasis obtenidas del cepario de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca con importancia en salud pública. NOVA. 2017;15(28):79-91.
<https://doi.org/10.22490/24629448.2082>
8. Minakova E, Doniger SJ. Botfly larva masquerading as periorbital cellulitis: identification by point-of-care ultrasonography. Pediatr Emerg Care. 2014;30(6):437-439.
<https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000156>
9. Jones CH, Leon M, Auerbach J, Portillo-Romero J. Ultrasound detection of human botfly myiasis of the scalp: a case report. Cureus. 2020;12(12):e11905.
<https://doi.org/10.7759/cureus.11905>
10. Bouer M, Rodriguez-Bandera AI, Albizuri-Prado F, Lobos A, Gubeling W, Wortsman X. Real-time high-frequency colour Doppler ultrasound detection of cutaneous Dermatobia hominis myiasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30(12).
<https://doi.org/10.1111/jdv.13492>
11. Quintanilla Cedillo MR, León Ureña H, Contreras Ruiz J, Arenas R. The value of Doppler ultrasound in diagnosis in 25 cases of furunculoid myiasis. Int J Dermatol. 2005;44(1):34-7.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2004.02471.x>

12. Davis CA, Patterson J, Hampton KA. Point-of-care ultrasound findings in a case of botfly myiasis contracted in the United States. *Wilderness Environ Med.* 2022;33(3):337-339.
<https://doi.org/10.1016/j.wem.2022.04.004>
13. Jerome D, Stacey M, Newbigging J. Twinkle artifact observed during POCUS of a human myiasis caused by the *Dermatobia hominis* botfly. *POCUS J.* 2023;8(2):142-145.
<https://doi.org/10.24908/pocus.v8i2.16712>
14. Jerome D, Stacey M, Newbigging J. Twinkle Artifact Observed During POCUS of a Human Myiasis Caused by the *Dermatobia hominis* Botfly. *POCUS J.* 2023;8(2):142-5.
<https://doi.org/10.24908/pocus.v8i2.16712>
15. Dunphy L, Sood V. *Dermatobia hominis* 'the human botfly' presenting as a scalp lesion. *BMJ Case Rep.* 2019;12(3):e228310.
<https://doi.org/10.1136/bcr-2018-228310>