

Dermatitis de contacto *versus* demodicidiosis

Contact Dermatitis *versus* Demodicidiosis

Aylet Pérez López^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-4629-9995>

Elvira Linares Sosa¹

Mónica Álvarez Mesa¹

¹Hospital Universitario “General Calixto García”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: aylet.perez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 60 años con dermatitis de contacto y la coexistencia de demodicidiosis, que acude a la consulta externa del servicio de Dermatología del Hospital Universitario General Calixto García. La paciente llevó dos años con el diagnóstico de dermatitis de contacto sin resolver el cuadro. Se le realiza biopsia de piel y se confirma diagnóstico de demodicidiosis. Se comienza tratamiento obteniéndose franca mejoría de las lesiones. La importancia de esta presentación radica en pensar en el demodex como un agravante de las lesiones faciales de los pacientes que acuden a nuestras consultas.

Palabras clave: dermatitis; demodicidiosis.

ABSTRACT

The case is presented of a 60-year-old female patient with contact dermatitis and the coexistence of demodicidiosis, who comes to the outpatient service of the Dermatology Service of Calixto García General University Hospital. The patient had presented the diagnosis of contact dermatitis for two years with without management of the clinical symptoms. A skin biopsy is performed, which confirms a diagnosis of demodicidiosis. Treatment is started, obtaining clear improvement of the injuries. The importance of this presentation lies in thinking of Demodex as an aggravating factor for the facial injuries of the patients who come to our consultations.

Keywords: dermatitis; demodicidiosis.

Recibido: 13/02/2018

Aceptado: 28/02/2018

Introducción

La dermatitis de contacto alérgica (DCA) es una enfermedad frecuente en la práctica clínica diaria, con una prevalencia que ha aumentado en los últimos años. Clínicamente se caracteriza por grados variables de eritema, vesiculación, descamación y liquenificación, signos que también están presentes en otros procesos eccematosos.^(1,2,3)

Demodicidiosis es un término que agrupa las enfermedades cutáneas causadas por ácaros del género *Demodex*, entre ellos *Demodex folliculorum* y *Demodex brevis*, comensales comunes de las unidades pilosebáceas de los seres humanos, particularmente en cara. *Demodex folliculorum* ha sido implicado, además, en la patogénesis de rosácea y *Pityriasis folliculorum*.⁽⁴⁾

Clínicamente las lesiones tienden a localizarse casi exclusivamente en cara, región centro-facial y mejillas. Si bien es muy variable, la manifestación clínica más común es un eritema persistente asimétrico y el motivo de consulta suele ser prurito intenso secundario a la exposición solar o en ambientes cálidos.^(5,6,7)

Caso clínico

Se presenta una paciente femenina de 60 años de edad, con antecedentes de salud, que acude a nuestra consulta externa con un cuadro de lesiones de piel de 2 años de evolución, para lo cual llevó diversos tratamientos tópicos con los cuales mejoraba solo temporalmente y siempre mantenía eritema facial, sobre todo alrededor de los ojos. Las lesiones se acompañaban de sensación de ardor y prurito intenso. Al interrogatorio refirió que las lesiones comenzaron con el uso de una crema facial. Se le indicaron en aquel momento fomentos, cremas esteroideas y, esteroides orales en varios ciclos. En los últimos 6 meses tuvo empeoramiento del cuadro, apareciendo lesiones descamativas en toda la cara y pérdida de las pestañas.

Al examen físico se observaron lesiones eritematovioláceas, con descamación intensa, escamas finas superficiales, localizadas en toda la región centro facial, sobre todo alrededor de

los ojos, y en el resto de la cara descamación fina superficial y zonas hiperpigmentadas. Alopecia de las pestañas y párpado inferior con ectropión (Fig. 1).



Fig. 1- Lesiones descamativas eritematovioláceas, ectropión y pérdida de las pestañas.

Exámenes de laboratorio realizados: Todos dentro de límites normales,

Examen micológico KOH: Negativo,

Examen micológico con cultivo: Negativo.

Se realiza biopsia de piel por ponche que informa: Fragmento de piel que muestra hiperqueratosis, acompañado de ácaro tipo demodex, en la totalidad de sus folículos pilosos, los que dilatan y ocluyen la luz. No se observa pelo. En dermis papilar denso infiltrado inflamatorio crónico predominantemente linfoplasmocitario con tendencia a la formación granulomatosa, de localización vascular superficial y perianexial.

Diagnóstico anatomopatológico: Demodicidosis (Fig. 2 y 3).

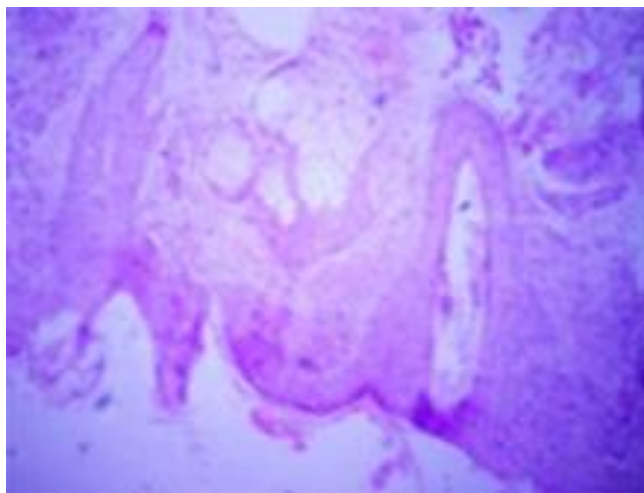


Fig. 2 - Folículo piloso dilatado por la presencia de ácaro tipo demodex.

En dermis papilar se observa proceso inflamatorio crónico de localización vascular superficial y folicular, mediante la Hematoxilina-Eosina X10.

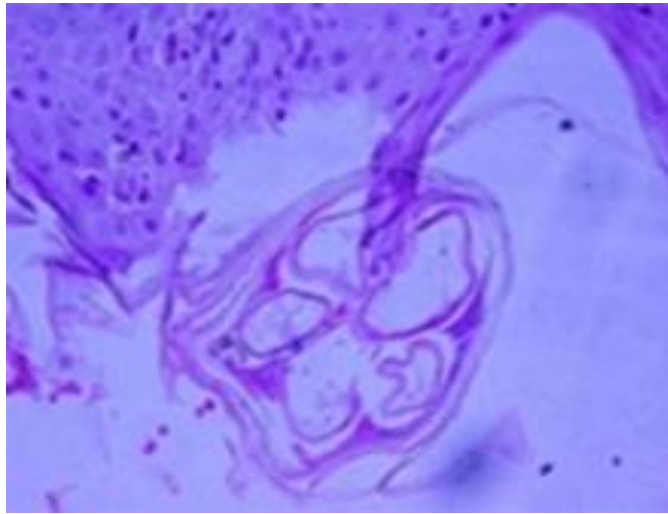


Fig. 3 - Microfotografía que muestra la presencia de demódex a nivel de folículo piloso mediante la Hematoxilina-Eosina X20.

Una vez que se constata la presencia de demódex se comienza tratamiento con lavado de cara, con jabón de azufre 2 veces al día, aplicación de loción de permetrina al 1 %, 2 veces al día y metronidazol (tabletas 250 mg) 1 tableta cada 8 horas vía oral por 10 días.

Por la rebeldía del cuadro fue necesario repetir el metronidazol oral en 2 ciclos una vez por mes, manteniendo la aplicación de permetrina una vez al día.

A los tres meses de tratamiento se logró la recuperación del ectropión y a los seis meses de tratamiento se logró la mejoría total de la paciente, con recuperación de las pestañas y desaparición del ectropión (Fig. 4).



Fig. 4 - Mejoría total de las lesiones a los seis meses de tratamiento.

Comentarios

Se considera importante la presentación de este caso ya que ambas patologías se observan por sí solas en nuestra población; de ellas la dermatitis de contacto es de alta frecuencia en las consultas de dermatología, sin embargo, el tiempo de evolución de las lesiones a pesar de los tratamientos impuestos nos llevó a descartar otras enfermedades. En esta paciente se han presentado dos entidades dermatológicas al mismo tiempo, lo que ha dado lugar a la evolución no satisfactoria del cuadro clínico.

La dermatitis de contacto alérgica no es más que el estado inflamatorio pruriginoso de la piel, consecutivo al contacto con sustancias (alergenos). Es una enfermedad fluctuante, crónica, que puede aparecer a cualquier edad.⁽¹⁾

Por su parte el demodex es un ácaro transparente con forma de huso, que vive exclusivamente en los folículos pilosebáceos de todo ser humano y que la densidad de la población de parásitos aumenta con la edad, considerándose normal una cuenta de menos de 5 ácaros/cm.⁽²⁾ En general, *Demodex folliculorum* parasita las regiones seboreicas de la cara (mejillas, frente, barbilla y nariz). El *Demodex brevis* (Db) es un ácaro más pequeño con tropismo hacia las glándulas sebáceas, parasita principalmente las glándulas de Meibomio.⁽⁸⁾ A pesar de su alta prevalencia en la piel humana se ha demostrado que al aumentar la densidad del ácaro los pacientes desarrollan lesiones en la piel.⁽⁹⁾ El grado de sudación individuales un factor importante en la intensidad del cuadro inflamatorio ya que, el sudor rompe los conductos sudoríparos ya obstruidos por la dermatitis y se vierten en la piel afectada. Estudios sobre la función de la temperatura corporal han comprobado que microorganismos comensales como demódex pueden volverse patógenos, mejorando su motilidad y actividad en temperaturas superiores a 37 °C.^(9,10)

En la dermatitis alérgica se produce una reacción inmunológica mediada por células, o sea una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV. Algunos autores opinan que *Demodex folliculorum* pasa pasivamente a la dermis después de destruir el folículo; sin embargo, otros sugieren que cruza activamente al aumentar su número y mediante la inflamación que causan las células T cooperadoras tipo TH17. En cualquier caso, todos los estudios sugieren una reacción inmunológica de tipo IV esto funcionaría como un sinergismo entre dos patologías.⁽¹¹⁾

En la experiencia de autores consultados, se ha establecido que la seborrea y el uso de cremas y maquillajes, así como la mala higiene facial, favorecen la proliferación de demodex, lo que conduce a inflamación perifolicular y los síntomas clínicos de la demodicidosis.⁽⁷⁾

No es infrecuente que dos patologías puedan aparecer al mismo tiempo. La demodicidosis es en ocasiones una dermatosis sub-diagnosticada, que a su vez puede presentar iguales síntomas clínicos que una dermatitis de contacto alérgico. Sin embargo, el prurito y la intensa implicación de la región ocular obliga a pensar en la existencia de demódex, lo cual lo podemos corroborar con medios de diagnóstico como el KOH y la biopsia cutánea.

Referencias bibliográficas

1. Rozas Muñoz E, Gamé D, Serra Baldrich E. Dermatitis de contacto alérgica por regiones anatómicas. Claves diagnósticas. Actas Dermosifiliogr. 2018;109:485-507.
2. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI. Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 8 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A; 2013.
3. Usatine R: Diagnosis and management of contact dermatitis. Am Fam Physician. 2010;82:249-55.
4. Robledo Prada MA, Orduz Robledo M, Robledo Villegas M. Demodicidosis: Revisión Histórica. Med Cutan Iber Lat Am. 2015;43(1):75-82.
5. Jasso Olivares JC, Domínguez Cherit J, Hojyo Tomoka MT, Díaz González JM. Demodicidosis: Una revisión clínica y terapéutica. Dermatología Cosmética Médica y Quirúrgica. 2014;12(2):122-7.
6. Chen W, Plewig G. Human demodicosis revisit and a proposed classification. Br J Dermatol. 2014;170:1219-25.
7. Friedman P, Cohen Sabban E, Cabo H. Usefulness of dermoscopy in the diagnosis and monitoring treatment of demodicidosis. Dermatol Pract Concept. 2017 Jan;7(1):35-8.
8. Rivera N, Molina P, Torres A. Determinación del índice de infestación por Demodex spp, en pacientes con blefaritis crónica y en pacientes sin otra patología ocular. Rev Chilena Infectol. 2013;30(5):494-501.
9. Chaves Rodríguez EL, Linares Barrios M, Jiménez Gallo D, Navas García N. Demodicidosis en paciente trasplantado renal. Med Cutan Iber Lat Am. 2015;43(1):66-8.

10. Bunyaratavej S, Rujitharanawong C, Kasemsarn P, Boonchai W, Muanprasert C, Matthapan L, et al. Skin scrapings versus standardized skin surface biopsy to detect Demodex mites in patients with facial erythema of uncertain cause - a comparative study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2016 Sep-Oct;82(5):519-22.
11. Gadsbøll AS, Jee MH, Funch AB. Pathogenic CD8⁺ epidermis-resident memory T cells displace dendritic epidermal T cells in allergic dermatitis. *J Invest Dermatol.* 2019;10:722.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de ningún tipo con la elaboración de este documento.

Contribución de los autores

Aylet Pérez López (seguimiento de la paciente desde la primera consulta, confección de historia clínica, realización de la biopsia de piel, búsqueda de referencias bibliográficas y confección del artículo).

Elvira Linares Sosa (realización de la biopsia de piel y búsqueda de referencias bibliográficas).

Mónica Álvarez Mesa (organización de la información recopilada y revisión final del artículo).