

Caso clínico

Demodicidosis papular primaria en edad pediátrica

Myrna Rodríguez Acar,* Martha A Morales Sánchez**

RESUMEN

Se comunica el caso de una niña de 10 años de edad con dermatosis localizada en la nariz, constituida por pápulas eritematosas de un año de evolución. En la biopsia de superficie se observaron más de cinco *Demodex* por cm², lo que confirmó el diagnóstico de demodicidosis primaria papular. Se prescribió a la paciente ivermectina en dosis única de 200 µg/kg por vía oral.

Palabras clave: demodicidosis, *Demodex folliculorum*.

ABSTRACT

We present the case of a 10 year-old girl with dermatoses in the nose, consisting of erythematous papules, with one year of evolution. In standardized skin surface biopsy was observed a density > 5 mites/cm², which confirmed diagnosis of primary papular demodicidosis. The patient was treated with ivermectin 200 µg/kg in a single oral dose.

Key words: demodicidosis, *Demodex folliculorum*.

La demodicidosis es una dermatosis causada por los ácaros *Demodex folliculorum* y *Demodex brevis*. Aparece en pacientes jóvenes sin dermatosis previas o concomitante con otras variedades como la rosácea. En la mayoría de los casos se debe a un desequilibrio en las concentraciones de lípidos en la piel, así como a alteraciones inmunológicas que favorecen la proliferación de los ácaros, los cuales desencadenan una respuesta local de tipo inflamatorio. Su tratamiento es difícil y las recurrencias son frecuentes.

El *Demodex folliculorum* es un ácaro transparente de 0.3 a 0.4 mm de longitud que parasita la piel normal con una densidad menor a cinco *Demodex* por cm² en 100% de la población adulta. Se considera patógeno cuando se

multiplica y penetra a la dermis. Su ciclo de vida transcurre principalmente en la glándula sebácea, y en la etapa adulta migra hacia el canal folicular.

La incidencia de demodicidosis es mayor entre los 20 y los 30 años, ya que a esa edad la mayoría de las personas experimentan un aumento en la producción de sebo, lo que favorece la proliferación de los ácaros. Los factores predisponentes son la mala higiene, el uso de cremas, maquillaje y esteroides tópicos por tiempo prolongado.¹ En pacientes inmunodeprimidos se comporta como una dermatosis oportunista, ya que existen casos reportados en niños con leucemia linfoblástica aguda y en individuos con infección por VIH.²⁻⁵

La demodicidosis es un padecimiento raro en la población infantil y se vincula con menoscabo en el sistema inmunológico; sin embargo, se han comunicado casos en niños inmunocompetentes menores de cinco años de edad, sobre todo de forma localizada y en placas.⁶

Se considera que la población con HLA-Cw2 tiene cinco veces más probabilidad de padecer demodicidosis, en tanto que quienes expresan HLA-A2 son tres veces más resistentes a ella.⁷

La respuesta inmunitaria de los sujetos con demodicidosis se refleja en una disminución de la actividad de los leucocitos, principalmente de los linfocitos T CD3+, CD4+, CD8+ y CD16+.⁸

* Jefa de la consulta.

** Residente de segundo año de dermatología.
Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, SSDF.

Correspondencia: Dra. Myrna Rodríguez. Centro Dermatológico Pascua, Av. Vértiz 464, colonia Buenos Aires, CP 06780, México, DF. E-mail: roamacar@yahoo.com.mx
Recibido: enero, 2008. Aceptado: abril, 2008.

Este artículo debe citarse como: Rodríguez AM, Morales SMA. Demodicidosis papular primaria en edad pediátrica. Dermatol Rev Mex 2008;52(3):130-3.

Clínicamente, se manifiesta en los pliegues nasogenianos, la región nasolabial, la nariz, las mejillas, la frente y los párpados. Se inicia con pápulas pequeñas y cónicas; posteriormente aparecen pústulas y escamas con tendencia a formar placas.^{9,10}

La demodecidosis se clasifica en: *a*) primaria, cuando no existe dermatosis previa, el prurito es inicial y repentino, no hay factores desencadenantes y se aprecia eritema posterior a las pápulas y pústulas; y *b*) secundaria, cuando existe dermatosis previa, el prurito es tardío y gradual, se identifican factores desencadenantes y el eritema es la lesión inicial.

De acuerdo con el tipo de lesión elemental que predomina, se clasifica en seis variantes: 1) eritemato-escamosa; 2) papular; 3) pápulo-vesicular; 4) pápulo-pustular; 5) mixta y 6) quística.

Por su topografía, se describen cinco tipos: *a*) medial (frente, mejillas y mentón); *b*) lateral (caras laterales cerca de la piel cabelluda); *c*) en la zona T (frente, glabella, nariz, región nasolabial y mentón); *d*) asimétrica (hemicara) y *e*) difusa (total).¹¹

El diagnóstico se apoya en la biopsia de superficie, la cual consiste en colocar una gota de adhesivo con cianoacrilato sobre un portaobjetos en un área de 1 cm², dicha superficie se pone en contacto con la piel y casi de inmediato se retira en forma suave, una vez que el adhesivo se haya secado (45 a 60 segundos). La muestra se aclara con dos o tres gotas de aceite de inmersión y se coloca un cubreobjetos para observarla al microscopio con diferentes aumentos (10x, 40x, 100x). El número de ácaros informa sobre la densidad parasitaria. Esta técnica es un método no invasor que permite observar la superficie del estrato córneo y los contenidos del folículo; sin embargo, cuando la capa córnea es muy gruesa, la primera biopsia de superficie no muestra la densidad real y es necesario tomar una segunda muestra del mismo sitio.¹²

Entre los diagnósticos diferenciales, deben considerarse: acné, foliculitis bacteriana y rosácea. En la población pediátrica debe hacerse diagnóstico diferencial con tres padecimientos que clínicamente pueden confundirse con demodecidosis primaria: la enfermedad granulomatosa periorificial de la infancia, la tuberculosis micronodular de la cara y la granulosis *rubra nasi*.¹³ La primera afecta las regiones perioral, perinasal y periocular; además, se pueden encontrar vesículas y costras que no se observan en la demodecidosis. La tuberculosis micronodular de la

cara daña la zona centrofacial, y su lesión elemental es el nódulo. La granulosis *rubra nasi* es una alteración rara de las glándulas ecrinas que se inicia con pápulas, eritema, quistes e hiperhidrosis en la punta nasal y en la parte superior de los labios.

Existen numerosos tratamientos; entre los tópicos, sólo el benzoato de bencilo y el crotamiton tienen un efecto acaricida demostrado.¹⁴ Puede administrarse permetrina en crema al 5% dos veces al día durante dos meses. La ivermectina en dosis única de 200 µg/kg por vía oral es eficaz y puede repetirse una o dos semanas después.¹⁵ La combinación de tratamiento oral y tópico es inocua y efectiva contra la demodecidosis grave. En la bibliografía médica se han encontrado otros tratamientos, como: lindano, compuestos azufrados y metronidazol; este último es motivo de controversia, ya que no existen pruebas de su acción.

CASO CLÍNICO

Una niña de 10 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, acudió a consulta al Centro Dermatológico Pascua debido a una dermatosis bilateral, simétrica y monomorfa localizada en la punta de la nariz. Estaba constituida por 11 pápulas eritematosas y dos pústulas, así como por lesiones pruriginosas de un año de evolución (figuras 1 y 2). Había recibido tratamiento tópico con esteroides y antibióticos no especificados, sin experimentar mejoría. No refirió antecedentes patológicos personales de importancia. El resto de los anexos no mostraba alteraciones. De acuerdo con la topografía y la morfología de la dermatosis, se diagnosticó demodecidosis, por lo que se realizó una biopsia de superficie en la que se observaron más de cinco *Demodex* por cm² (figura 3); con estos hallazgos se confirmó el diagnóstico de demodecidosis papular primaria. Se indicó ivermectina por vía oral en dosis única de 200 µg/kg, y loción con azufre al 1%. La dermatosis se alivió a las ocho semanas.

DISCUSIÓN

La demodecidosis en el rostro es sumamente rara en pacientes pediátricos, sobre todo si son inmunocompetentes, como el caso que se comunica. La forma localizada es frecuente, pero no de tipo papular ni concomitante con otras dermatosis previas. En esta paciente, los principales



Figuras 1 y 2. Pápulas y pústulas en la región nasal.

diagnósticos diferenciales fueron acné y foliculitis bacteriana. En casos semejantes, es indispensable descartar una *granulosis rubra nasi*, la cual se acompaña de hiperhidrosis, principalmente por la localización específica en la punta nasal.

Ante la sospecha de demodectosis, se realizó biopsia

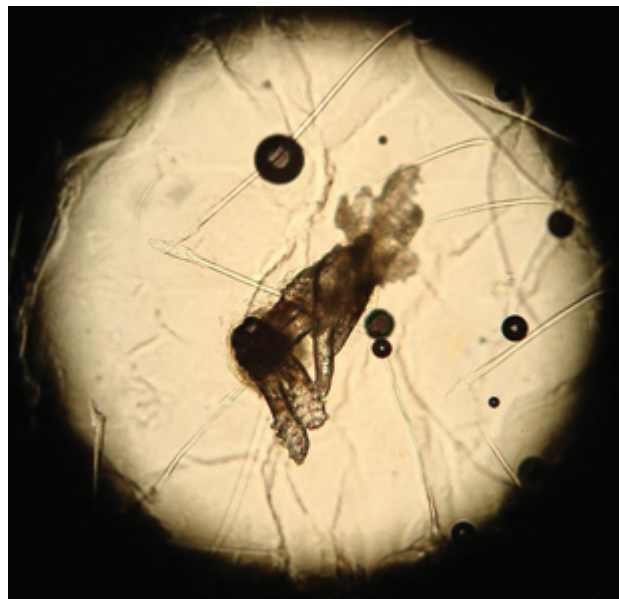


Figura 3. Biopsia de superficie: >5 *Demodex*/cm² (40x).

de superficie, que reveló una densidad de más de cinco *Demodex* por cm², lo que confirmó el diagnóstico presuntivo inicial. Al tratarse de una paciente sin dermatosis previa, se concluyó que padecía demodectosis primaria de tipo papular.

Existen numerosos tratamientos de la demodectosis primaria o secundaria, aunque ninguno ha demostrado una gran capacidad acaricida; por esta razón, el mayor reto, además del diagnóstico, es el terapéutico. En este caso, se decidió administrar ivermectina por su mecanismo de acción y eficacia comprobada en otras ectoparasitosis, así como una fórmula magistral a base de azufre por vía tópica. La paciente evolucionó favorablemente; sin embargo, es necesario realizar investigaciones con el objetivo de dilucidar qué tan efectivos son los tratamientos actuales y la posibilidad de que surjan nuevas alternativas terapéuticas.

Todos los pacientes que han sufrido demodectosis tienen altas tasas de recidivas y recurrencias; por lo que deben reforzarse las medidas generales de cuidado y de higiene facial, además de evitar la aplicación de productos oleosos y de esteroides tópicos innecesarios.

REFERENCIAS

1. Zomordian K, Geramishoar M, Saadat F, Tarazoie B, Norouzi M, Rezaie S. Facial demodicosis. *Eur J Dermatol* 2004;14:121-2.

2. Herron MD, O'Reilly MA, Vanderhooft SL. Refractory *Demodex* folliculitis in five children with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Dermatol* 2005;22:407-11.
3. Clyti E, Nacher M, Sainte-Marie D, Pradinaud R, Couppie P. Ivermectin treatment of three cases of demodicosis during human immunodeficiency virus infection. *Int J Dermatol* 2006; 45:1066-8.
4. Jansen T, Astner U, Kreuter A, Altmeyer P. Rosacea-like demodicosis associated with acquired immunodeficiency syndrome. *Br J Dermatol* 2001;144:139-42.
5. García Morrás P, Pérez Santos S, Longo Imedio I, Licona Echeverría M, Herranz Hermosa JM. Rosacea-like demodicosis in an immunocompromised child. *Pediatr Dermatol* 2003;20:28-30.
6. Boyd KP, Medina-Esguerra A, Alio-Saenz AB, Fallon S. Pustules on the nose of an 11-year-old girl. *Pediatr Dermatol* 2007;24:417-8.
7. Akilov OE, Mumcuoglu KY. Association between human demodicosis and HLA class I. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:70-73.
8. Akilov OE, Mumcuoglu KY. Immune response in demodicosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:440-4.
9. García-Vargas A, Mayorga-Rodríguez A, Sandoval-Tress C. Scalp demodicosis mimicking favus in a 6-year-old boy. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:S19-21.
10. Wong CSM, Kirby B. Demodicosis in scalp rosacea? *Clin Exp Dermatol* 2004;29:311-24.
11. Akilov OE, Butov YS, Mumcuoglu KY. A clinic-pathological approach to the classification of human demodicosis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2005;3:607-14.
12. Forton F, Song M. Limitations of standardized skin surface biopsy in measurement of the density of *Demodex folliculorum*. A case report. *Br J Dermatol* 1998;139:697-700.
13. Medina Castillo DE, Orozco La Roche JE, Beirana Palencia A, Alonzo-Romero L. Enfermedad granulomatosa periorificial de la infancia. Estudio clínico de 10 casos. *Piel* 2003;18:209-13.
14. Forton F, Seys B, Marchal JL, Song M. *Demodex folliculorum* and topical treatment: acaricidal action evaluated by standardized skin surface biopsy. *Br J Dermatol* 1998;138:461-6.
15. Dourmishev AL, Dourmishev LA, Schwartz RA. Ivermectin: pharmacology and application in dermatology. *Int J Dermatol* 2005;44:981-8.