

Demodicidosis en lactante de 2 meses. Reporte de un caso.

MIGUELINA JÁQUEZ SÁNCHEZ

Médico residente 2^{do} año dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

DRA. ALINA P. HERNANDEZ SANTOS

Médico residente 2^{do} año dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

DRA. DENNIS MARTINEZ

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia: migueisabeljs@hotmail.com

Resumen. La demodicidosis es una dermatosis causada por los ácaros *Demodex folliculorum* y *Demodex brevis*.¹ Se presenta como dermatitis perioral, foliculitis pustulosa y blefaritis. Las pápulas pruriginosas eritematosas, pústulas, nódulos y descamación tienen lugar primeramente en la cara, sobre todo en el dorso de la nariz. Se comunica el caso de lactante menor, femenina de 2 meses de edad con dermatosis que afecta mejillas y pabellones auriculares de 2 semanas de evolución. En el micológico directo se identificó *Demodex sp.*, lo que confirmó el diagnóstico de demodicidosis. **Palabras claves:** demodicidosis, *Demodex sp.*, ácaros.

Demodicidosis of a 2 months infant. Case report.

Abstract. The Demodicidosis is a dermatosis caused by mites *Demodex folliculorum* and *Demodex brevis*.¹ Perioral dermatitis presents as pustular folliculitis and blepharitis. Pruritic erythematous papules, pustules, nodules and scaling take place primarily in the face, especially on the back of the nose.² We report a case of infant child, female 2 months old with skin diseases affecting cheeks and ears 2 weeks of evolution. The direct mycological *Demodex sp.* was identified, which confirmed the diagnosis of Demodicidosis. **Keywords:** demodicidosis, *Demodex sp.*, mites.

INTRODUCCIÓN

La demodicidosis 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.¹ *Demodex folliculorum* y *D. brevis* son ectoparásitos humanos que son habitantes habituales de los conductos y glándulas pilosebáceas. 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.⁴

El papel del acaro *Demodex sp.* en la enfermedad cutánea humana es controvertido y su papel específico en la patología neonatal todavía tiene que determinarse.² El caso que se presenta es de raro diagnóstico a los 2 meses de edad.

CASO CLÍNICO

Lactante menor femenina de 2 meses de edad, quien es traída a consulta por su madre por dermatosis que afecta mejillas y pabellones auriculares de aproximadamente 4 años de evolución, pruriginosa. Con antecedentes personales patológicos negados. Sin antecedentes familiares de interés para el presente caso.

Al examen físico presenta dermatosis monomorfa, constituida por placas eritematosas, bien delimitadas, bordes queratósicos, descamativos, en mejillas y pabellones auriculares. *Figura 1, 2.*



Fig. 1. Se observan placas eritematosas, bien delimitadas, bordes queratósicos, descamativos, en mejillas y pabellones auriculares.



Fig. 2. Lesiones tipo placas eritematosas, descamativas, bien delimitadas.

Se le realizó biometría hemática, glicemia, examen general de orina, IgE, coprológico, VDRL dentro de límites de referencia y no reactivo respectivamente.

Se realizó micológico directo que reportó presencia de abundantes *Demodex spp.* Confirmándose el diagnóstico de Demodicidosis.

DISCUSIÓN

Demodex folliculorum y *Demodex brevis* son los ectoparásitos permanentes más frecuentes en el hombre, que es su único hospedero. Su morfología le permite localizarse con mucha frecuencia en los folículos pilosos de los pliegues naso-labiales, la nariz, los párpados y las mejillas. Los ácaros se concentran en sitios corporales donde las glándulas sebáceas son

numerosas y la producción de grasa es abundante. La transmisión de *Demodex sp.* ocurre de hombre a hombre por contacto directo.⁵ Los ácaros no son visibles a simple vista, miden 0.2 a 0.4 mm de longitud, son incoloros y tienen cuatro pares de patas cortas en el tercio anterior del cuerpo.⁶

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 (7-8). 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.³ 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.⁹

Cuando se raspa la piel y se examina utilizando Hidróxido de potasio KOH, o se lleva a cabo una biopsia de la piel se observan numerosos ácaros. La biopsia superficial de la piel que utiliza cianoacrilato como adhesivo es un método de muestreo no invasor que permite recolectar la parte superficial del estrato corneo y el contenido del folículo pilosebáceo, y ha sido uno de los principales métodos de muestreo para este acaro desde su descripción en 1971 por Marks y Dawber.¹⁰

Deben considerarse como diagnósticos diferenciales: acné, foliculitis bacteriana y rosácea. En la población pediátrica debe hacerse diagnóstico diferencial con padecimientos que clínicamente pueden confundirse con demodicidosis primaria: la enfermedad granulomatosa periorificial de la infancia, la tuberculosis micronodular, granulosis rubra nasi.¹¹

Se han utilizado numerosos tratamientos para la demodicidosis, dentro de los que se incluyen benzoato de bencilo, lindano, malatión, alletrin, crotamitón, compuestos sulfurados, permetrina, ivermectina, entre otros, aunque ninguno ha demostrado una gran capacidad acaricida; por esta razón, el mayor reto, además del diagnóstico, es el terapéutico.¹⁻¹² En este caso, se decidió administrar ivermectina 1gotas/kg (5 gotas, dosis única) y metronidazol 1% tópico para aplicación 2 veces por día. La paciente presentó resolución de las lesiones sin presentar recidiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rodríguez Acar Myrna, Morales Sánchez Martha A. Demodicidosis papular primaria en edad pediátrica. *Dermatología Revista Mexicana* 2008; 52(3):130-3.
- Lawrence F. Eichenfield, Lloná J. Frieden, Nancy B. Esterly. *Dermatología Neonatal*. Segunda edición 2009, Elsevier Saunders, Pág. 223.
- Boyd KP, Medina-Esguerra A, Alio Saenz AB, Fallon S. Pustules on the nose of an 11-year-old girl. *Pediatr Dermatol* 2007; 417-8.
- Zomordian K, Geramishoar M, Saadat F, Tarazoie B, Norouzi M, Rezaie S. Facial demodicidosis. *Eur J Dermatol* 2004; 14:121-2.
- Ruffli T, Muncuoglu Y. The hair follicle mites *Demodex folliculorum* and *Demodex brevis*: biology and medical importance. *A review. Dermatológica* 1981; 162:1-11.
- Godínez Hana AL, Medina de la Garza CE, Velásquez Arenas L, García Guerrero CJ, González González SE. Prevalencia de los Ácaros *Demodex folliculorum* y *Demodex brevis* en una población mexicana. *Medicina Universitaria* 2004; 6(23):96-100.
- Herron MD, O'Reilly MA, Vanderhooft SL. Refractoty *Demodex folliculitis* in five children with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Dermatol* 2005; 22:407-11.
- García Morras P, Pérez Santos S, Longo Imedio I, Licona Echeverría M, Herrans Hermosa JM. Rosácea-like demodicidosis in an immunocompromised child. *Pediatr Dermatol* 2003; 20:28-30.
- Akilov OE, Mumcuoglu KY. Association between human demodicosis and HLA class I. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28:70-73.
- Marks R, Dawber RP. Skin surface biopsy: an improved technique for the examination of the horny layer. *Br J Dermatol* 1971; 84:117-23.
- 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.
- Vera Izaguirre DS, González Sánchez PC, Domínguez-Cherit Judith, Hoyjo-Tomoka María Teresa. Demodicidosis. Revisión. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2009; 7 (1).