



PIEL

FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

www.elsevier.es/piel



Caso clínico

Demodicosis facial con respuesta exitosa a ivermectina tópica

Facial demodicosis with successful response to topical ivermectin

Jaime Pérez^{a,*}, Consuelo Giordano^b, Viviana García^c y Alex Castro^d

^aServicio de Dermatología, Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

^bHospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

^cServicio de Dermatología, Clínica Indisa, Santiago, Chile

^dServicio de Anatomía Patológica, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Demodicosis o demodicosis son los términos utilizados para referirse a las enfermedades cutáneas causadas por los ácaros foliculares del género *Demodex*, *Demodex folliculorum* y *Demodex brevis*. La demodicosis es una enfermedad cutánea crónica caracterizada por pápulas y máculas eritematosas pruriginosas que afecta principalmente a la cara. Los *Demodex* son los ectoparásitos más frecuentes encontrados en la piel del ser humano; se considera que forman parte de la flora comensal de la unidad pilosebácea, pero también se han visto implicados como agentes causales de diversas dermatosis, que se revisarán más adelante¹.

Casos clínicos

Un varón de 44 años con antecedentes de insulinorresistencia y dislipidemia en tratamiento con glifonil y rosuvastatina consulta por una placa eritematoescamosa de 1,5 cm de diámetro en la mejilla izquierda de un año de evolución (fig. 1). Con la sospecha inicial de enfermedad de Bowen se realiza una biopsia, donde destaca un infiltrado linfocitario infundibular y periinfundibular, con numerosos *Demodex* (11/cm²) (fig. 2). Se inició tratamiento con ivermectina tópica al 1% de uso nocturno durante 3 meses, presentando una gran mejoría clínica (fig. 3).

Otro varón, de 50 años, sin antecedentes patológicos, consulta por máculas hiperpigmentadas en la cara de un mes de evolución. En el examen físico destacan máculas marrón-

grisáceas de 1 a 2 cm de diámetro en la frente y la mejilla derecha (fig. 4). Con la sospecha inicial de lupus eritematoso cutáneo se realizó una biopsia cutánea en la que se observaba un infiltrado linfocitocitario leve alrededor de los infundibulos e istmos foliculares, con patrón liquenoide, cambios vacuolares en la interfase y exocitosis linfocitaria. La inmunofluorescencia directa fue negativa. Identificamos también numerosos *Demodex* en algunos infundibulos (15/cm²) (fig. 5). Se indicó ivermectina tópica al 1% de uso nocturno durante 6 semanas, con una franca remisión de sus lesiones (fig. 6).

Comentario

Los ácaros del género *Demodex* se consideran flora comensal de la piel en el ser humano, sin embargo, hoy en día se ha demostrado que se asocian a diversas enfermedades dermatológicas. La demodicosis es frecuentemente infradiagnosticada debido al polimorfismo de sus manifestaciones clínicas, la falta de conocimiento de la entidad por parte de los médicos y la dificultad en el diagnóstico diferencial con otros cuadros¹. En el año 2009 Hsu et al. proponen la siguiente clasificación clínica de las demodicosis²:

1. *Erupción eritematosa-papulopustular rosácea similar (demodicosis rosácea-símil)*: se caracteriza por la presencia de lesiones eritematosas con descamación folicular y múltiples papu-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjperez@yahoo.es (J. Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.piel.2019.01.008>

0213-9251/© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Figura 1 – Caso clínico 1. Imagen previa al tratamiento, donde se observa placa eritematoescamosa de 1,5 cm de diámetro en la mejilla izquierda.



Figura 4 – Caso clínico 2. Imagen previa al tratamiento. Se aprecian máculas marrón-grisáceas periorales.

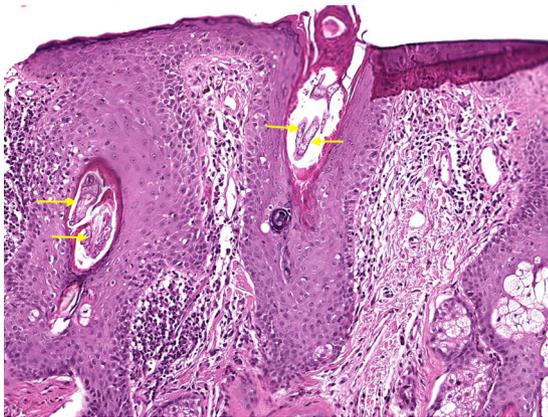


Figura 2 – Caso clínico 1. HE ×200, donde se observa infiltrado linfocitario infundibular y periinfundibular, con numerosos *Demodex* (flechas amarillas).



Figura 5 – Caso clínico 2. HE ×200, donde se observa infiltrado linfohistiocitario leve alrededor de los infundibulos e istmos foliculares, con patrón liquenoide. Se observan 2 *Demodex* en un infundíbulo (flechas amarillas).



Figura 3 – Caso 1. Control a los 3 meses de tratamiento con ivermectina tópica al 1% en que se evidencia una remisión casi completa.

lopústulas pequeñas de inicio súbito y progresión rápida, de distribución asimétrica, asociadas a prurito y ardor. Sin historia de fotosensibilidad, eritema persistente, flushing ni telangiectasias significativas.

2. *Erupción papulopustular perioral (dermatitis perioral-símil)*: lesiones eritematosas y papulopustulares de ubicación perioral. Histológicamente se caracteriza por la presencia de infiltrado linfocitario con neutrófilos perifoliculares, con recuento de *Demodex* mayor de 5/cm².
3. *Demodicosis gravis (rosácea granulomatosa-símil)*: este cuadro tiene lugar cuando hay rotura del folículo piloso en la dermis, generándose una respuesta histiocítica que culmina con la formación de granulomas. Clínicamente presenta características similares a la rosácea granulomatosa.



Figura 6 – Caso clínico 2. Control a las 6 semanas con ivermectina al 1%, con remisión casi completa de sus manchas.

4. *Pitiriasis folliculorum*: se presenta como eritema facial difuso, de acentuación folicular con escamas finas, blanquecinas y secas, formando un tapón folicular de textura rugosa (como papel de lija). Esta forma afecta más frecuentemente a mujeres con historia de aplicación de maquillajes oleosos o lavado infrecuente de cara³.

Tradicionalmente la demodicosis rosácea-símil difiere de la rosácea papulopustulosa en varios criterios clínicos, incluyendo su distribución unilateral, la presencia de pápulas y pústulas más pequeñas y superficiales, escamas foliculares y prurito. Sin embargo, en la práctica clínica se pueden encontrar pacientes con características de ambos cuadros y la distinción puede ser difícil⁴. Es importante destacar que la demodicosis es una dermatosis en la que sus manifestaciones clínicas (eritema, pápulas y pústulas faciales) obligan a realizar un diagnóstico diferencial con causas frecuentes de «cara roja», entre las que se incluyen dermatitis seborreica, rosácea, dermatitis acneiforme, dermatitis de contacto, dermatomiositis, lupus eritematoso, eritema inducido por fármacos, rubor emotivo, erupción lumínica polimorfa o mastocitosis⁵. Los pacientes con demodicosis a menudo se presentan con una larga historia de erupciones faciales papulopustulares o acné rosácea-símil, con el antecedente de una mala respuesta a tratamiento no acaricida antes de que se realizara el diagnóstico correcto.

El diagnóstico de demodicosis requiere un cuadro clínico compatible y la presencia de una alta densidad de *Demodex*, es decir, una cantidad mayor de 5 ácaros por folículo piloso o por cm²^{1,6}. La densidad se puede evaluar mediante diversas técnicas, entre ellas el examen microscópico directo con hidróxido de potasio al 10% de lesiones cutáneas (fig. 7) o del área sospechosa de infestación por *Demodex*, o mediante biopsia cutánea superficial estandarizada con cianoacrilato¹. Otra herramienta que se puede utilizar para el diagnóstico de demodicosis es la biopsia histológica, en la cual se han descrito 3 patrones:



Figura 7 – Visualización de *Demodex* al examen microscópico directo con hidróxido de potasio al 10%.

1. Demodicosis rosácea-símil: ácaros en infundíbulo con infiltrado primariamente perifolicular de células mononucleares.
2. Demodicosis gravis: granulomas dérmicos con necrosis caseificante central y ácaros fagocitados por células gigantes de cuerpo extraño.
3. *Pitiriasis folliculorum*: hiperqueratosis folicular con ácaros *Demodex* y un infiltrado perivascular y dérmico difuso sin formación de granulomas⁷.

En los estudios histológicos, dado que se examinan cortes de tejido en sentido vertical, la presencia de 2 o más *Demodex* por folículo en la observación microscópica apoya el diagnóstico de demodicosis en el contexto clínico adecuado. Un último criterio para hacer el diagnóstico clínico de demodicosis es una buena respuesta al tratamiento con productos acaricidas.

Respecto al tratamiento de la demodicosis, los niveles de evidencia son bastantes débiles y existen diversas opciones terapéuticas. Se reporta en la literatura que el tratamiento con ivermectina es seguro, conveniente y altamente efectivo⁸. Sus propiedades antiparasitarias y antiinflamatorias lo convierten en la terapia más recomendable para tratar a los pacientes portadores de demodicosis.

El interés de nuestros casos clínicos radica en su presentación inusual, que no corresponde a ninguna de las 4 presentaciones clásicas. En ninguno de los 2 casos se hizo el diagnóstico por la clínica y fue la histología la que orientó el diagnóstico. Este fue confirmado posteriormente con el examen microscópico directo, que en ambos casos fue positivo. Debido a que esta afección es habitualmente infradiagnosticada, encontramos de interés la presentación como placa eritematosa facial aislada (primer caso) y más aún la presentación como máculas hiperpigmentadas faciales (segundo caso), lo que sirve para aumentar la sospecha clínica de demodicosis facial frente a estas manifestaciones cutáneas. Finalmente, se aporta la exitosa respuesta de ambos casos a la ivermectina al 1% tópica, que también contribuye a la confirmación diagnóstica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Mauricio Urrutia, tecnólogo médico del Servicio de Dermatología de la Clínica Alemana de Santiago, por su colaboración con la búsqueda bibliográfica.

Al Dr. Raúl de la Fuente, residente de Dermatología de la Universidad de Chile, por su colaboración con la búsqueda bibliográfica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreani J, Perez F, Molina M, de la Fuente R. Demodicosis: revisión de la literatura. *RCDerm*. 2016;32:6–11.
2. Hsu CK, Hsu M, Lee J. Demodicosis: A clinicopathological study. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60:453–62.
3. Urbina F, Barrios M, Sudy E, Ancic X. Pitiriasis folliculorum. *Arch Argent Dermatol*. 2005;55:199–202.
4. Forton F, Maertelaer V. Papulopustular rosacea and rosacea-like demodicosis: Two phenotypes of the same disease? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:1011–6.
5. Dessinioti C, Antoniou C. The “red face”: Not always rosacea. *Clin Dermatol*. 2017;35:201–6.
6. Rather P, Hassan I. Human *Demodex* mite: The versatile mite of dermatological importance. *Indian J Dermatol*. 2014;59:60–6.
7. Calderón O, Troyo A. Demodicosis: una afección común de la piel del ser humano. *Rev Colegio de Microb Quim Clin de Costa Rica*. 2011;17:15–8.
8. Zargari O, Aghazadeh N, Moeineddin F. Clinical applications of topical ivermectin in dermatology. *Dermatol Online J*. 2016;22. pii: 13030/qt1kq4p7pp.