

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i6.8321>

Demodicosis, afección que podría cursar con lesiones de aspecto granulomatoso

Demodicosis, an entity that could present granulomatous-like lesions.

Manuel Eduardo Gahona-Naranjo,¹ Nathalia Plaza-Arteaga,² Wilber Javier Martínez-Corredor³

ANTECEDENTES

En la piel existe un complejo ecosistema denominado microbioma cutáneo donde cohabitan diferentes especies de parásitos, bacterias y hongos.¹ La alteración de dicho ecosistema favorece la aparición de enfermedades.² Los ácaros forman parte de este microbioma, en los humanos se han reconocido *Demodex folliculorum* en los infundíbulos foliculares y *Demodex brevis* en los conductos de las glándulas sebáceas y de meibomio.³ Estos ácaros fueron descritos por primera vez por Henle en 1841. En enero de 1930 Samuel Ayres y colaboradores describieron dos variantes de manifestación: la pitiriasis folicular y la demodicosis similar a rosácea.⁴ Por lo general, estos microorganismos son comensales; sin embargo, podrían jugar un papel patogénico cuando existen en número excesivo (densidad mayor a 5 en un folículo piloso o 1 cm² de piel), sobreinfección bacteriana, afectación de la dermis o inmunodeficiencia del huésped.^{5,6} El conjunto de manifestaciones dermatológicas secundarias a la infestación por estos ácaros se denomina demodicosis y se han descrito diferentes variables de manifestación, como la pitiriasis folicular, demodicosis rosácea-símil, dermatitis perioral-símil, demodicosis *gravis* (rosácea granulomatosa-símil), al igual que blefaritis, foliculitis y abscesos por *Demodex*.⁷

Hace poco se reconoció la demodicosis como una enfermedad con diferentes variantes clínicas que se manifiesta de forma aislada o aso-

¹ Medicina general, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

² Especialista en Dermatología, Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad del Rosario-CES, Bogotá, Colombia.

³ Especialista en Dermatopatología y Patología, residente de Dermatología, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

Recibido: junio 2022

Aceptado: junio 2022

Correspondencia

Manuel Gahona
mgahona@javeriana.edu.co

Este artículo debe citarse como:
Gahona-Naranjo ME, Plaza-Arteaga N, Martínez-Corredor WJ. Demodicosis, afección que podría cursar con lesiones de aspecto granulomatoso. Dermatol Rev Mex 2022; 66 (6): 765-768.

ciada con otras dermatosis.⁸ Debido a la gran cantidad de términos utilizados para describir las diferentes variables de presentación, Chen y colaboradores propusieron una clasificación en demodicosis primaria y secundaria.⁹ Posteriormente Horton y colaboradores sugirieron el uso de los términos demodicosis inflamatoria y no inflamatoria, al igual que demodicosis aislada y asociada con otras dermatosis; finalmente también recomendaron el uso del término pitiriasis folliculorum en lugar de pitiriasis espinulada propuesta por Chen.¹⁰

A continuación se describe un caso de demodicosis atendido en un centro de referencia en Dermatología de la ciudad de Bogotá, Colombia.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 51 años procedente de Santander, Colombia, sin antecedentes patológicos de importancia. Inició su padecimiento actual hacía 3 años, consistente en la aparición de lesiones eritematosas y pruriginosas en el rostro; había recibido tratamiento con corticoide tópico y doxiciclina sin mejoría. Al examen físico se encontró en la vertiente nasal izquierda una placa de aproximadamente 1.5 cm de diámetro de bordes irregulares mal definidos, rosada con telangiectasias; en la vertiente nasal derecha y la región infranasal ipsilateral se observaron placas eritematosas infiltradas con algunas telangiectasias de bordes irregulares escasamente definidos de aspecto granulomatoso (**Figura 1**). La dermatoscopia reveló estructuras blancas lineales y vasos sanguíneos reticulares dilatados (**Figura 2**). Ante la sospecha de granuloma facial se solicitó biopsia de piel que reportó la existencia de *Demodex* de manera abundante en la práctica totalidad de los folículos pilosos representados, con dilatación infundibular e infiltrado inflamatorio intra y perifolicular, constituido por linfocitos, plasmocitos e histiocitos; además, en relación con ruptura de algunos

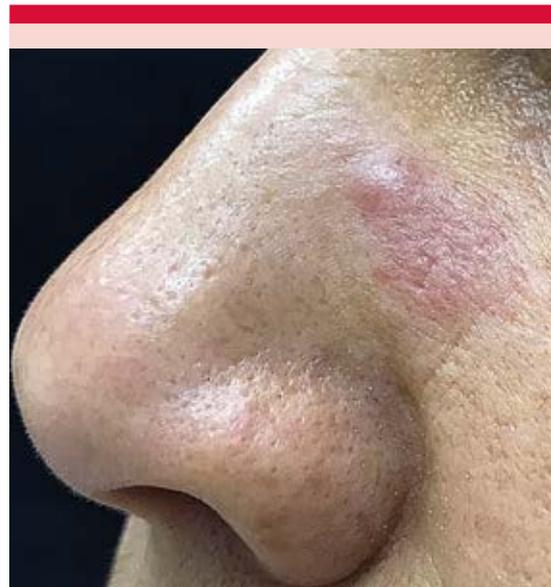


Figura 1. Placas eritematosas infiltradas de bordes irregulares escasamente definidos con algunas telangiectasias.

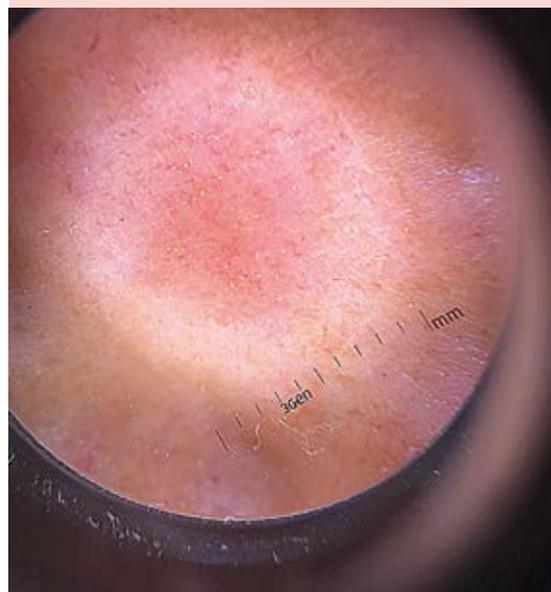


Figura 2. Estructuras blancas lineales y vasos sanguíneos reticulares dilatados.

folículos pilosos se apreciaban granulomas constituidos por linfocitos, histiocitos epitelioides y células gigantes multinucleadas (**Figura 3**). La paciente fue evaluada en junta médica en donde, considerando las características clínicas y dermatopatológicas reportadas, se estableció el diagnóstico de demodicosis, por lo que se inició manejo con ivermectina tópica y oral con evolución moderada de las lesiones; posteriormente se ordenó infiltración de triamcinolona al 30% con alivio importante del cuadro.

DISCUSIÓN

Este caso muestra una manifestación crónica que logró ser esclarecida posterior a la adecuada correlación clínico-patológica. Este padecimiento resulta de la invasión de la dermis y consiguiente reacción inflamatoria, es una variante poco frecuente que cursa con características clínicas similares a la rosácea granulomatosa. Patológicamente podría ma-

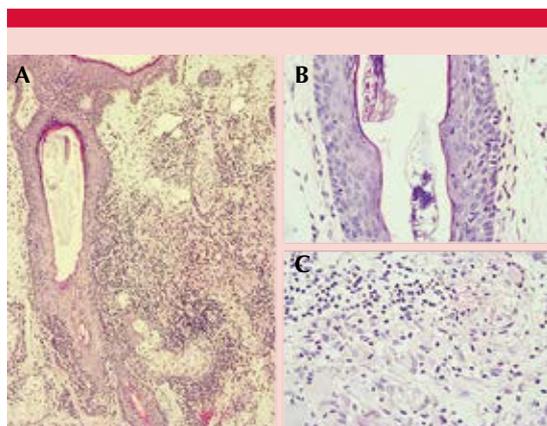


Figura 3. A. H-E 10x: folículo piloso con *Demodex* en su porción infundibular, acompañado por infiltrado inflamatorio intra y perifolicular constituido por linfocitos, plasmocitos e histiocitos. **B.** H-E 40x: imagen ampliada de *Demodex* en un folículo piloso con dilatación infundibular. **C.** H-E 40x: granulomas perifoliculares con células gigantes multinucleadas en relación con folículos pilosos rotos.

nifestar granulomas dérmicos con necrosis central de caseificación, plasmocitos y cuerpos de *Demodex* fagocitados por células gigantes de tipo Langhans.^{7,11,12} Los hallazgos dermatoscópicos son estructuras blancas filamentosas correspondientes a la porción caudal del cuerpo de *Demodex*, aperturas foliculares y vasos sanguíneos reticulares dilatados, los cuales fueron reconocidos en este caso.¹³ Debido a las características encontradas en el estudio de histopatología se estableció el diagnóstico de demodicosis *gravis*.

Esta enfermedad debe diferenciarse de la rosácea granulomatosa, acné vulgar, sarcoidosis, lupus eritematoso sistémico, lupus miliar diseminado facial, lupus tumidus, lupus vulgar, enfermedad de Rosai-Dorfman, reticulohistiocitosis multicéntrica, granuloma facial e infección por micobacterias atípicas debido que muestran manifestaciones clínicas similares.^{14,15}

Es una enfermedad recientemente descrita en dermatología, con métodos diagnósticos estandarizados e implicaciones terapéuticas encaminadas a la disminución de la carga parasitaria y control sintomático.¹⁶

CONCLUSIONES

Se comunica el caso de una paciente con diagnóstico de demodicosis *gravis* que fue esclarecido por estudio histopatológico que mostró abundantes *Demodex*, dilatación infundibular e infiltrado inflamatorio junto con granulomas. Representa un reto diagnóstico debido a su similitud morfológica con otros procesos que cursan con lesiones de aspecto granulomatoso en la región facial. Se propuso el uso del término demodicosis *gravis* porque presenta características semiológicas e histopatológicas individuales con implicaciones terapéuticas específicas. Debe continuarse trabajando en la elaboración de una clasificación que permita englobar las diferentes

variables de manifestación clínica sin excluir aquéllas previamente descritas.

REFERENCIAS

1. Patiño LA, Morales A. Microbiota de la piel: El ecosistema cutáneo. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2013; 21: 147-158.
2. Gallo RL, Nakatsuji T. Microbial symbiosis with the innate immune defense system of the skin antimicrobial peptides in skin innate immunity. *J Invest Dermatol* 2011; 131 (10): 1974-1980. doi:10.1038/jid.2011.182.
3. De Rojas M, Riazco C, Callejón R, Guevara D, Cutillas C. Morphobiometrical and molecular study of two populations of *Demodex folliculorum* from humans. *Parasitol Res* 2012; 110 (1): 227-233. doi:10.1007/s00436-011-2476-3.
4. Ayres S, Ayres S. Demodectic eruptions (demodicidosis) in the human: 30 years' experience with 2 commonly unrecognized entities: Pityriasis folliculorum (*Demodex*) and acne rosacea (*Demodex* type). *Arch Dermatol* 1961; 83 (5): 816-827. doi:10.1001/archderm.1961.01580110104016.
5. Baima B, Sticherling M. Demodicidosis revisited. *Acta Derm Venereol* 2002; 82 (1): 3-6. doi:10.1080/000155502753600795.
6. Andreani J, Pérez F, Molina MT, De la Fuente R. Demodicosis: Revisión de la literatura. *Rev Chilena Dermatol* 2017; 32 (1). doi:10.31879/rcderm.v32i1.27.
7. Hsu CK, Hsu MML, Lee JYY. Demodicosis: A clinicopathological study. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60 (3): 453-62. doi:10.1016/j.jaad.2008.10.058.
8. Cruz-Meza S, Ruiz-Arriaga LF, Gómez-Daza F, Vega-Memije ME, Arenas-Guzmán R. Ectoparásitos fantásticos y cómo encontrarlos: *Demodex*. *Dermatología CMQ* 2019; 17 (2): 135-143.
9. Chen W, Plewig G. Human demodicosis: Revisit and a proposed classification. *Br J Dermatol* 2014; 170 (6): 1219-25. doi:10.1111/bjd.12850.
10. Forton FM, Germaux MAE, Thibaut SC, Stene JA, et al. Demodicosis: Descriptive classification and status of rosacea, in response to prior classification proposed. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29 (4): 829-32. doi:10.1111/jdv.12926.
11. Rodríguez-Toro G. Infección humana y animal por *Demodex*. *Biomédica* 1982; 2 (2): 73. doi:10.7705/biomedica.v2i2.1831.
12. Segal R, Mimouni D, Feuerman H, Pagovitz O, David M. Dermoscopy as a diagnostic tool in demodicidosis. *Int J of Dermatol* 2010; 49 (9): 1018-1023. doi:10.1111/j.1365-4632.2010.04495.x.
13. Rojas-Castañeda RG, Quiñones-Venegas R, Soto-Ortiz JA, Mayorga-Rodríguez JA. Hallazgos dermatoscópicos en demodicidosis en pacientes del Instituto Dermatológico de Jalisco. *Dermatol Rev Mex* 2015; 59: 83-88.
14. Ayres S. Rosacea and rosacea-like demodicosis. *Int J Dermatol* 1987; 26 (3): 198-199. doi:10.1111/j.1365-4362.1987.tb00894.x.
15. Yu-Yun Lee, Hsu C. Granulomatous rosacea-like demodicidosis. *Dermatol Online J* 2007; 13 (4): 9.
16. Castellanos-Angarita A, De la Espriella MC, Paez S, Tamayo-Buendía M. Demodicosis, revisión de una enfermedad dermatológica con implicaciones clínicas y terapéuticas individuales. *Dermatol Rev Mex* 2021; 65 (3): 349-360. doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i3.5772.