

<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,<sup>1</sup> Nathalia Plaza-Arteaga,<sup>2</sup> Wilber Javier Martínez-Corredor<sup>3</sup>

#### ANTECEDENTES

En la piel existe un complejo ecosistema denominado microbioma cutáneo donde cohabitan diferentes especies de parásitos, bacterias y hongos.<sup>1</sup> La alteración de dicho ecosistema favorece la aparición de enfermedades.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> 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 cm<sup>2</sup> de piel), sobreinfección bacteriana, afectación de la dermis o inmunodeficiencia del huésped.<sup>5,6</sup> 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*.<sup>7</sup>

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

<sup>1</sup> Medicina general, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

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

<sup>3</sup> 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:

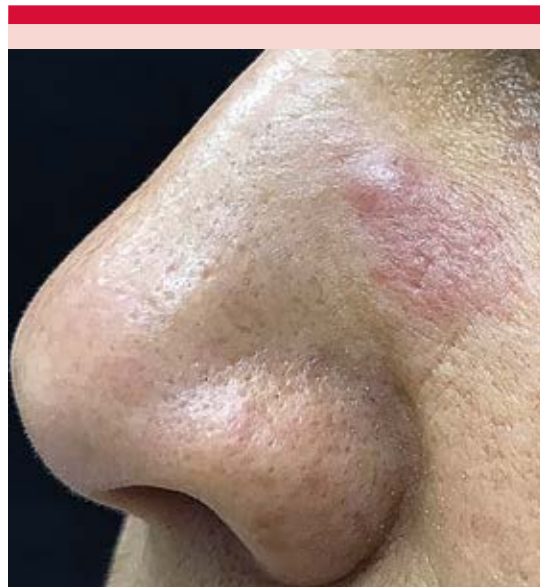
Gahona-Naranjo ME, Plaza-Arteaga N, Martínez-Corredor WJ. Demodicosis, afección que podría cursar con lesiones de aspecto granulomatoso. Dermatol Rev Mex 2022; 66 (6): 765-768.

ciada con otras dermatosis.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup>

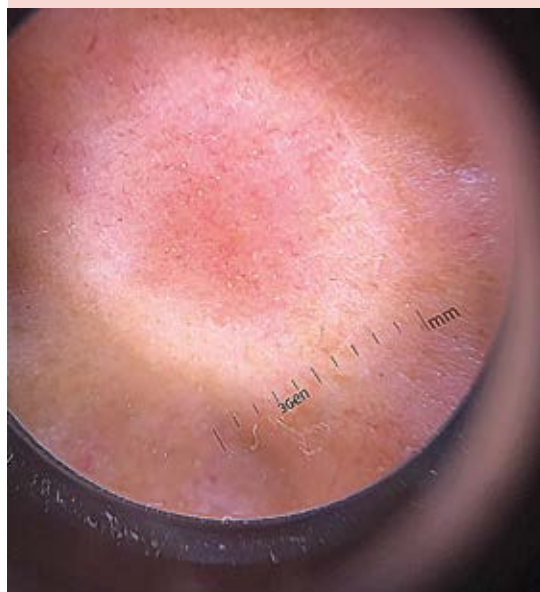
A continuación se describe un caso de demodicosis atendido en un centro de referencia en Dermatología de la ciudad de Bogotá, Colombia.

### 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.

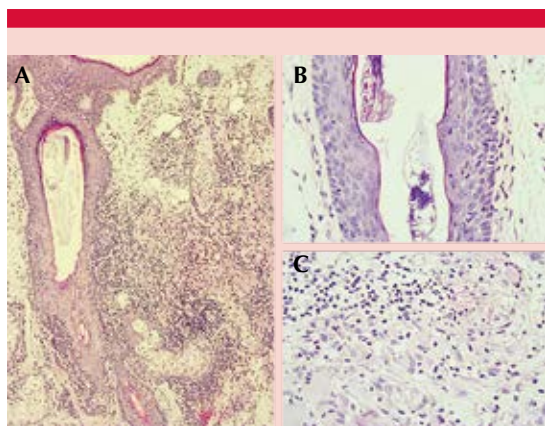


**Figura 2.** Estructuras blancas lineales y vasos sanguíneos reticulares dilatados.

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.<sup>7,11,12</sup> 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.<sup>13</sup> 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.<sup>14,15</sup>

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.<sup>16</sup>

## 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 demodicosis. *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.