



Rosácea granulomatosa simil demodicidosis grave *Buena respuesta a la ivermectina local y sistémica*

Dr. Ramón Fernández Bussy (h)*; Dra. Silvana Leurino**; Dra. Adriana Albertengo**; Dr. Mario Gorosito***; Dra. María del Carmen Grass**;
Dr. Ramón A. Fernández Bussy****

* JEFE DE TRABAJOS PRÁCTICOS. CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO. SANTA FE . ARGENTINA

** HOSPITAL ITURRASPE. SANTA FE

*** HOSPITAL CENTENARIO DE ROSARIO

**** PROFESOR TITULAR Y JEFE DE SERVICIO. CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO.HOSPITAL CENTENARIO DE ROSARIO. SANTA FÉ. ARGENTINA

RESUMEN

La demodicidosis es una patología cutánea crónica caracterizada por lesiones eritemato-maculares pruriginosas, cuyo agente causal son ácaros foliculares del género Demodex y puede dar manifestaciones cutáneas variadas.

La rosácea granulomatosa like puede ser una de estas presentaciones y se llega al diagnóstico clínico por el cuadro cutáneo y la inyección conjuntival, y en la histología, por el infiltrado linfocitario y la presencia de abundantes demodex.

Se presentan dos casos con buena respuesta a la ivermectina sistémica y local.

Palabras clave: Demodex, rosácea granulomatosa; terapéutica; ivermectina.

RESUMO

Demodicidosis é uma patologia cutânea crônica caracterizada por lesões eritemato-maculares pruriginosas, cujo agente causador são os ácaros foliculares do gênero Demodex e podem apresentar manifestações cutâneas variadas.

Uma rosácea granulomatosa pode ser uma dessas apresentações e o diagnóstico clínico é alcançado por sintomas cutâneos e injeção conjuntival e na histologia por infiltrado linfocítico e presença de demodex abundante

Se apresentando dois casos com uma boa resposta à ivermectina sistêmica e local.

Palavras-chave: Demodex, rosácea granulomatosa; terapêutico; ivermectina.

SUMMARY

Demodicidosis is a chronic skin condition characterized by itchy erythematous macular lesions whose causal agents are gender follicular Demodex mites.

The granulomatous rosacea like can be one of these presentations and you get to the clinical diagnosis by the skin picture and the conjunctival injection and in histology by lymphocyte infiltrate and presence of abundant demodex.

Two cases are presented with good response to systemic and local ivermectin.

Key words: Demodex; rosacea granulomatous; therapy; ivermectin.

INTRODUCCIÓN

La demodicidosis es un término que agrupa a las enfermedades cutáneas causadas por ácaros del género *Demodex*, entre ellos *D. folliculorum* y *D. brevis*, comensales comunes de las unidades pilosebáceas de los seres humanos, particularmente en cara, espalda y parte superior del tórax.

Presenta un abanico amplio y polimorfo de manifestaciones clínicas, donde la sospecha diagnóstica se presentará frente a una erupción facial crónica persistente o recurrente, resistente a la terapia convencional y de distribución asimétrica.

El diagnóstico definitivo es difícil, y requiere un cuadro clínico compatible y la presencia de alta densidad de *Demodex*.¹

Presentamos dos casos de demodicidosis facial, de difícil diagnóstico clínico y buena respuesta terapéutica a la ivermectina local y sistémica.

Caso clínico 1

Paciente de sexo femenino, de 61 años de edad, que consulta por lesiones eritematosas, nodulares, flegmonósicas, distribuidas en la cara, con predilección de la frente, asociada a inyección conjuntival, de 20 días de evolución (Foto 1).

El estudio histopatológico demostró la presencia de *Demodex* en gran número dentro de los folículos, acompañado de un infiltrado linfocítico de neutrófilos e histiocitos alrededor, de ellos, lo que sugiere como diagnóstico **Demodicidosis granulomatosa** (Fotos 2 y 3).

Se indica tratamiento sistémico con ivermectina 40 mg /semanales durante tres semanas e ivermectina 1% local.

Se obtuvo excelente respuesta terapéutica a los 30 días (Foto 4).



Foto 1. Lesiones eritemato-papulosas de frente.

Caso clínico 2

Paciente de sexo masculino, de 68 años de edad, que consultó por lesiones eritemato-papulosas, flegmonósicas,

distribuidas en la región frontal y ambas mejillas, acompañada de inyección conjuntival, de 30 días de evolución (Foto 5).

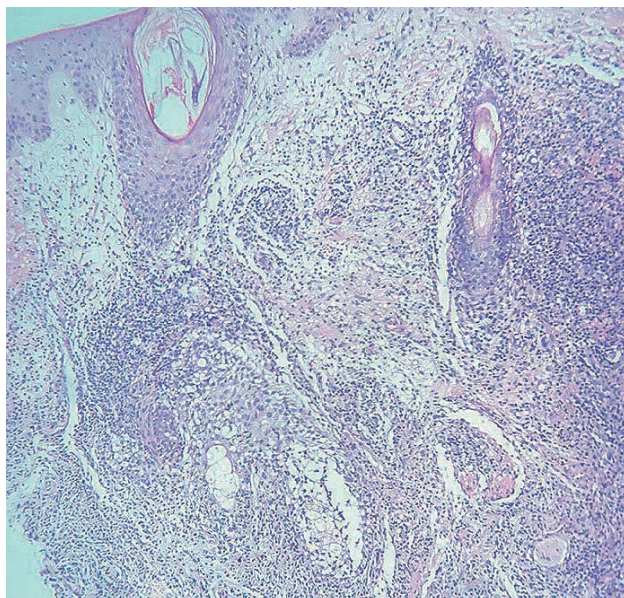


Foto 2-40 x: HE: denso infiltrado linfohistiocitario dérmico, predominantemente perifolicular.

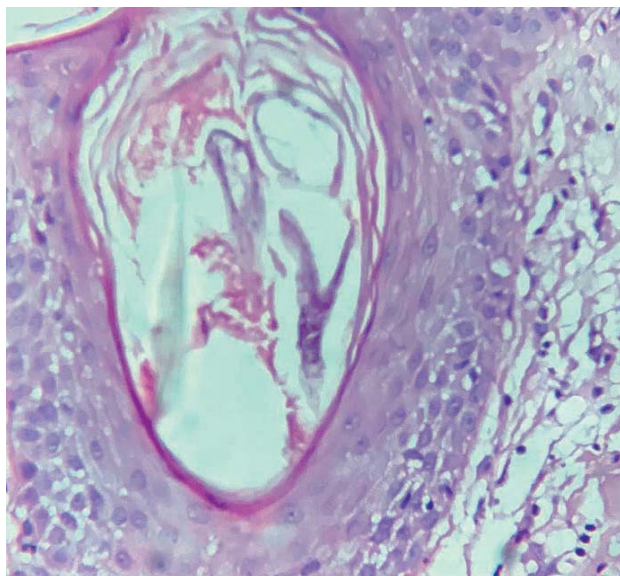


Foto 3: Presencia de *Demodex follicularum* dentro de los infundibulos.



Foto 4: Lesiones eritemato-papulosas de frente y ambas mejillas

El estudio histopatológico demostró la presencia de *Demodex* en gran número dentro de los folículos acompañado de un infiltrado linfocítico, de

neutrófilos e histiocitos alrededor de los mismos, dando como diagnóstico **demodicidosis granulomatosa.**

Se indicó tratamiento sistémico con

ivermectina 40 mg/semanales durante tres semanas e ivermectina al 1% local.

Se logró con excelente respuesta terapéutica a los 30 días (Foto 6).



Foto 5. Sin lesiones postratamiento con ivermectina.



Foto 6. Sin lesiones postratamiento con ivermectina.

COMENTARIOS

Demodicidosis es un término que agrupa las enfermedades cutáneas causadas por ácaros del género *Demodex*, comensales comunes de las unidades pilosebáceas de los seres humanos, particularmente en cara, espalda y parte superior del tórax.¹

El *D. folliculorum* ha sido implicado, además, en la patogénesis de rosácea, blefaritis y *Pityriasis folliculorum*.²

Hay dos especies de *Demodex* (*D. folliculorum* y *D. brevis*) que se han identificado en humanos y son flora comensal co-mún de la unidad pilosebácea¹, dando no sólo lesiones en cara sino que también pueden estar presentes en las *Pityriasis follicularum*, rosacea y blefaritis.³

Las demodicidosis se las ha clasificado en pitiriasis folicular, rosácea *like* demodicidosis, rosácea granulomatosa *like* demodicidosis grave.³

Más recientemente, se describió la dermatitis rosaceiforme inducida por tacrolimus tópico al 0.1 y 0.03%. La patogenia de esta condición se podría explicar por las propiedades inmunosupresoras del tacrolimus, asociado a la propiedad oclusiva del ungüento.¹

El *Demodex* crece en número y en proporción a la disposición de alimento (secreción sebácea), por lo que aumentan en forma importante en la pubertad, cuando proliferan las glándulas sebáceas. Por esto, se concentran preferentemente en zonas con producción activa de secreción sebácea, como la cara (nariz, mejillas, frente, sien, mentón) y conducto auditivo externo, aunque pueden extenderse al cuero cabelludo, cuello y tronco.¹

No está bien establecido por qué el *Demodex* prolifera en unas personas y no en otras, pero sí está bien claro que la prevalencia del ácaro aumenta con la edad y con la producción de sebo.

En estudios que se realizaron en pacientes con demodicidosis, se observó como manifestación cutánea un eritema no específico y persistente sin telangiectasias, lesiones acneiformes, lesiones pitiriasiformes, prurito facial, rosácea granulomatosa, pústulas y dermatitis perioral, siendo más frecuente en la población entre 50 y 70 años.⁴

En contraste, otros autores resaltan la presencia de escamas foliculares en el 70% de los casos y de telangiectasias en el 63% de los casos, como manifestaciones más frecuentes, siendo el pico de presentación los 39 años.^{2,3}

Los dos casos presentados por nosotros, por sus aspectos clínicos y la presencia del *Demodex*, podrían estar dentro de la forma de rosácea granulomatosa *like*.

Se sabe que cuando el ácaro cruza la barrera folicular y penetra en la dermis, puede precipitar una reacción granulomatosa, donde las células gigantes lo fagocitan, provocando una reacción tipo rosácea granulomatosa. Este proceso inflamatorio se podría producir ya sea porque el *Demodex* pasa en forma pasiva a la dermis después de destruir el folículo o porque cruza activamente a la dermis al aumentar su número, y produce así una inflamación provocada por la activación de las células T cooperadoras de tipo TH17, que activan TLR.3. En cualquier caso, todos los estudios

sugieren una reacción inmunológica de tipo IV.^{4,5}

Las manifestaciones cutáneas de la demodicidosis son muy variadas, lo que hace muchas veces que esta entidad sea subdiagnosticada. Los dos casos que se presentan, se podrían hacer podrían generar diagnóstico diferencial con linfoma cutáneo, enfermedad de Hansen, enfermedad de Jessner, entre otras patologías cutáneas; por lo tanto, al diagnóstico correcto se llega a través de la sospecha clínica y la histopatología que demuestre la presencia del *Demodex*, dado que la demoscopia en estos casos es dificultosa.

Una característica de esta variante y que ayuda al diagnóstico, es la presencia de inyección conjuntival⁶ que estaba presente en nuestros dos casos.

El tratamiento de esta entidad es muy variado, pero se resume en: empleo de acaricidas, tetraciclinas por su capacidad antiinflamatoria y medidas preventivas, dado que es frecuente la recidiva.⁷

La terapéutica puede ser local con ivermectina 1% en primer lugar, o con permetrina, metronidazol, disulfuro de selenio, azufre sublimado y lindano.³

El tratamiento sistémico es también con ivermectina a dosis de 6 mg a 12 mg según el peso y se da a mayores de cinco años y no se debe administrar en embarazadas o en lactancia.

Las tetraciclinas y derivados son utilizados por su efecto antiinflamatorio.

Los casos presentados fueron tratados con ivermectina sistémica y local con excelente respuesta y sin recidiva en un seguimiento de más de un año. □

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreani J.; Pérez F.; Molina, MT.; de la Fuente R. Demodicosis: Revisión de la literatura. R C. Derm. 2016;32(1):29.
2. Jasso Olivares J.; Domínguez Cherit J.; Hojyo Tomoka M.; Díaz González JM.: Demodécidosis: una revisión clínica y terapéutica . Dermatología CMQ. 2014;12(2):122-127.
- 3.- Forton F.; Germaux MA.; Brasseur T.; De Liever A.; Laporte M.; Mathys C. et al.: Demodicosis and rosacea: Epidemiology and significance in daily dermatologic practice. J Am Acad Dermatol. 2005;52:74-87.
4. Yu-Yun Lee J., Kai Hsu C.: Granulomatous rosacea-like demodicidosis. Dermatol Online J. 2007;13(4):9.
5. Karıncaoglu Y.; Bayram N.; Aycan O.; Esrefoglu M.: The clinical importance of Demodex folliculorum presenting with nonspecific facial signs and symptoms. J Dermatol J Dermatol. 2004;31(10):618-626.
6. Kito Y, Hashizume H, Tokura Y. Rosacea-like Demodicosis Mimicking Cutaneous Lymphoma. Acta Derm Venereol. 2012;92:169-170.
7. Forton F.; Seys B.; Marchal JL.; Song AM.: Demodex folliculorum and topical treatment: Acaricidal action evaluated by standardized skin surface biopsy. Br J Dermatol. 1998;138:461-466.

La victoria es del más perseverante.
NAPOLEÓN

Carcinoma basocelular desarrollado sobre tatuaje. Buena respuesta a la terapia fotodinámica. *Importancia de la dermatoscopia para su identificación*

Dra. Julia Acuña J.*; Dra. Valeria Belluzzo*; Dr. Ramón Fernández Bussy. (h); Dr. Mario Gorosito M.***; Dr. Gabriel Salerni^; Dra Ana G. Molteni^^; Dr. Ramón A. Fernández Bussy^^^**

- * ALUMNA DE LA CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO, PROV. DE SANTA FE, ARGENTINA.
- ** JEFE DE TRABAJOS PRÁCTICOS . CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO, PROV. DE SANTA FE, ARGENTINA.
- *** MÉDICO ANATOMOPATÓLOGO. SERVICIO DE DERMATOLOGÍA. HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO. ROSARIO, PROV. DE SANTA FE, ARGENTINA.
- ^ DOCENTE ADSCRIPTO. CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO.
- ^^ PROFESORA ADJUNTA .CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO, PROV. DE SANTA FE, ARGENTINA.
- ^^^ PROFESOR TITULAR DE DERMATOLOGÍA (UNR) Y JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA. HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO. ROSARIO, PROV. DE SANTA FE, ARGENTINA

RESUMEN

El tatuaje es una práctica mundial y se ha realizado por más de 4000 años. La aparición de tumores benignos y malignos sobre áreas tatuadas ha sido bien documentada, por lo que es importante que el dermatólogo conozca la relación entre el tatuaje y estas complicaciones.

Se presenta un caso de carcinoma basocelular (CBC) asociado a tatuaje, donde la dermatoscopia fue orientadora para el diagnóstico y en el que se logró una buena respuesta al tratamiento con terapia fotodinámica (TFD).

Palabras clave: tatuaje; carcinoma basocelular; dermatoscopia; terapia fotodinámica.

RESUMO

A tatuagem é uma prática mundial e é realizada há mais de 4.000 anos. O aparecimento de tumores benignos e malignos nas áreas tatuadas foi bem documentado, por isso é importante que o dermatologista conheça a relação entre a tatuagem e estas complicações. É apresentado um caso de carcinoma basocelular (CBC) associado à tatuagem, onde a dermatoscopia foi uma guia para o diagnóstico e em que foi alcançada uma boa resposta ao tratamento com Terapia Fotodinâmica (TFD).

Palavras chave; tatuagem; carcinoma basocelular; dermatoscopia; terapia fotodinâmica.

SUMMARY

Tattoo is a world wide practice and has been performed for more than 4,000 years. The appearance of benign and malignant tumors on tattooed areas has been well documented, so it is important that the dermatologist knows the relationship between the tattoo and these complications.

A case of basal cell carcinoma (CBC) associated with tattoo is presented, where dermatoscopia was a guide for diagnosis and in which a good response to treatment with Photodynamic Therapy (PDT) was achieved.

Keywords; tattoo; Basal cell carcinoma; dermoscopy; photodynamic therapy.

INTRODUCCIÓN

Las reacciones cutáneas por tatuajes han sido bien documentadas en la literatura e incluyen: reacciones alérgicas, infecciones, granuloma por cuerpo extraño, etc. Si bien los tatuajes han ganado creciente popularidad, solo unos pocos casos de reacciones severas con transformación maligna han sido comunicados. La mayoría de los reportes de neoplasia asociada a tatuaje corresponden a carcinoma espinocelular (CEC) relacionado con a tatuaje de pigmento rojo.

Caso clínico

Paciente varón de 42 años de edad consulta por una lesión maculosa ar eritematosa de dos años de evolución, de crecimiento progresivo sobre un tatuaje de pigmento negro localizado en hombro izquierdo, realizado 10 años previos a la consulta (Foto 1).

En la dermatoscopia se observó una lesión acrómica con ausencia de criterios de lesión melanocítica. Se destacaba la presencia de telangiectasias superficiales y áreas rojo-lechosas sugestivas de carcinoma basocelular superficial (Fotos 2 y 3).

Se tomó una biopsia incisional y se confirmó el diagnóstico de carcinoma basocelular superficial en asociación con tatuaje.

Se realizó terapia fotodinámica (TFD). Se efectuaron 2 sesiones separadas por 15 días y se obtuvo una buena respuesta clínica y estética.

No se han observado signos clínicos ni dermatoscópicos de recidiva a los 18 meses del tratamiento (Fotos 4 y 5).

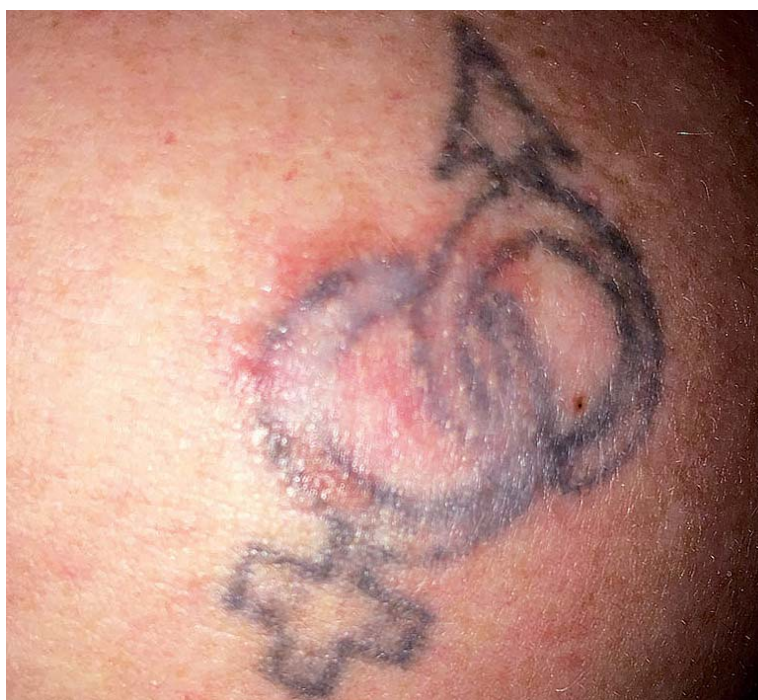


Foto 1. Lesión eritematosa, infiltrada, en tatuaje de hombro izquierdo.

COMENTARIOS

El potencial efecto carcinogénico local y sistémico de los tatuajes continúa siendo materia de especulación.

La carcinogénesis podría ser el resultado de un proceso multifactorial.

El trauma inducido por el procedimiento (punción de la piel, en tatuaje)



Foto 2. Dermatoscopia: lesión acrómica con ausencia de criterios de lesión melanocítica.



Foto 3. Dermatoscopia: presencia de telangiectasias superficiales y áreas rojo-lechosas sugestivas de carcinoma basocelular superficial.



Foto 4. Captación del ácido aminolevulinico para terapia fotodinámica en la lesión.

ha sido típicamente identificado como una de las principales causas. Los pigmentos del tatuaje no permanecen inertes en la dermis y provocan una reacción inflamatoria crónica en la zona, en un intento del organismo de degradar todo el material extraño.

Traumas, cicatrices o inflamación crónica cutánea podrían ser la base del desarrollo de: carcinoma basocelular (CBC), espinocelular (CEC) y queratoacantomas.^{1,2}

La mayoría de los casos reportados corresponden a CEC asociados a

tatuajes en los que se ha utilizado el pigmento rojo.

En un estudio realizado por Klugerse se observó que los casos reportados de neoplasias contenidas en tatuajes han sido muy escasos, 50, con 23 casos de CEC y queratoacantomas, 16 de melanoma y 11 de CBC.³ Destacaron una correlación entre el color de la tinta del tatuaje y el tipo de neoplasia, donde el CBC y el melanoma ocurrieron más comúnmente en tatuajes negros y azul oscuro, mientras que el CEC y las queratosis actínicas se produjeron más frecuentemente en tatuajes rojos.^{3,4}

El CBC es el tumor maligno más frecuente del ser humano y su incidencia está en aumento a nivel mundial. La dermatoscopia es una herramienta indispensable en la actual práctica dermatológica. Entre muchas aplicaciones diferentes, es ampliamente utilizada en el proceso de diagnóstico de CBC. Se ha demostrado que la dermatoscopia mejora la precisión diagnóstica de CBC, con una sensibilidad del 98.6% y probabilidad de diagnóstico del 99%.⁵



Foto 5. Lesión curada pos terapia fotodinámica. Se observa lesión eritematosa por cicatriz hipertrófica por las biopsias realizadas antes y después del tratamiento.

El arsenal terapéutico para el tratamiento de los CBC hoy en día es muy amplio, y se utilizan diferentes métodos. La terapia fotodinámica es una opción terapéutica que tiene la ventaja de ser no invasiva, de alta selectividad, con excelentes resultados cosméticos y buena adherencia del paciente.^{6,7} En este caso se obtuvo una buena respuesta terapéutica con dos sesiones

de TFD sin necesidad de realizar una escisión del CBC ni eliminar el tatuaje.

CONCLUSIONES

El interés del caso es presentar un carcinoma basocelular superficial desarrollado sobre un tatuaje con pigmento negro, cuando la mayor fre-

cuencia es espinocelular y con pigmento rojo, donde la dermatoscopia fue de gran utilidad para el diagnóstico.

Se reporta una excelente respuesta terapéutica a la terapia fotodinámica, lo que permite tratar satisfactoriamente la lesión sin modificar estéticamente el tatuaje. □

BIBLIOGRAFÍA

1. Kluger N; Plantier F; Moguelet P; Freitag S. Tattoos: natural history and histopathology of cutaneous reactions. *Ann Dermatol Venereol*. 2011;138:146-154.
2. Birnie AJ; Kulkarni K; Varma S. Basal cell carcinoma arising in a tattoo. *Clin Exp Dermatol*. 2006;31(6):820-821.
3. Kluger N.; Koljonen V.: Tattoos, inks, and cancer. *Lancet Oncol*. 2012 Apr;13(4):e161-168.
4. Simunovic C.; Shinohara M.M. Complications of decorative tattoos: recognition and management. *Am J Clin Dermatol*. 2014 Dec;15(6):525-536.
5. Wozniak-Rito A; Zalaudek I; Rudnicka L. Dermoscopy of basal cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol*. 2018;43(3):241-247.
6. Fargnoli MC; Peris K.: Photodynamic therapy for basal cell carcinoma. *Future Oncol*. 2015;11(22):2991-2996.
7. Fernández Bussy R. (h); Grossi G.; Gorosito M.; Bergero A.; Fernández Bussy RA: Terapia fotodinámica con 5 metilaminolevulinato tópico en carcinomas basocelulares: nuestra experiencia sobre 125 casos. *Act Terap Dermatol*. 2010;33(5):272-277.

El buen humor es un deber que tenemos para con el prójimo.

STEVENS