



Imágenes

Foliculitis del Jacuzzi®

Foliculitis

María Isabel Perea Casado y Pilar Carreño Freire*

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud General Fanjul, Dirección Asistencial Centro, Madrid, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de diciembre de 2018

Aceptado el 29 de diciembre de 2018

Presentamos el caso de un paciente de 37 años de edad que acude al centro de salud con lesiones cutáneas de 3 días de evolución que se iniciaron en los miembros inferiores, y se extendieron a zona de extensión de antebrazos y a axilas. Había presentado un pico febril 36 h antes. Las lesiones no eran pruriginosas ni dolorosas, pero habían ido aumentando en número.

Refería haber estado una semana antes en un Jacuzzi® habiendo permanecido en el 3 o 4 h al día durante 3 días.

En la exploración física presentaba lesiones pápulo-pustulosas, no ampollas, sobre fondo eritematoso centradas en los folículos de 2-3 mm de diámetro. Se observaba afectación extensa en cara anterior y posterior de miembros inferiores incluidos glúteos (fig. 1), y había algunas lesiones en codos y en axilas (fig. 2). En las manos y la cabeza no había lesiones.

El cuadro clínicamente es compatible con foliculitis en relación al uso de Jacuzzi® producida habitualmente por *Pseudomonas aeruginosa*, por lo que se decidió iniciar empíricamente tratamiento con ciprofloxacino 500 mg/12 h durante 7 días.

En 2 semanas tuvo una evolución favorable con desaparición casi completa de las lesiones. No volvió a presentar fiebre.

La foliculitis es la inflamación de uno o más folículos pilosos. El principal causante es el *Stafilococo aureus* sobre un folículo ya dañado en la mayoría de los casos. La *Pseudomonas aeruginosa* es un bacilo gramnegativo, aerobio obligatorio, no fermentativo. Puede producir una foliculitis debido a la utilización de Jacuzzi®, balnearios y ocasionalmente de piscinas. El cuadro se caracteriza por lesiones foliculares, maculosas y pápulo-pustulosas inflamatorias localizadas en la mayoría de las ocasiones en la zona lateral del tronco, muslos, huecos axilares y área suprapúbica. Aparecen tras un período de incubación de 2 a 4 días, y duran de 7-14 días¹.



Figura 1. Lesiones en nalgas y parte posterior de piernas.

Ya en 1975, McCausland y Cox² describieron un exantema pruriginoso autolimitado que recordaba a picaduras de insectos en 42 niños tras bañarse en una piscina pública. En los cultivos de las lesiones cutáneas y del agua se aisló *Pseudomonas aeruginosa*. En 1982 se describieron los casos de 33 pacientes con foliculitis por esta, sin exposición a actividades recreativas o relacionadas con el agua, pero sí con otras circunstancias, como depilación de las extremidades inferiores y contacto con el medio hospitalario³. En ocasiones, se puede acompañar de síntomas generales como fiebre (como sucedió en el caso expuesto), malestar general, náuseas y vómitos, dolor ocular, faríngeo, de oídos, mamas inflamadas y dolorosas, y linfadenopatías. Pero la aparición de estos síntomas no implica diseminación. En pacientes con granulocitopenia, las lesiones se diseminan rápidamente y progresan a vesículas que, sin tratamiento con antibiótico sistémico inmediato, desarrollan necrosis (de tipo ectima gangrenoso)⁴.

El diagnóstico es clínico y se confirma con estudio microbiológico.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pcarrenofreire@yahoo.es (P. Carreño Freire).



Figura 2. Lesiones en axila.

El proceso se autolimita de 2–4 semanas y el tratamiento no es necesario en individuos inmunocompetentes.

En los casos de erupción generalizada, recidivas, inmunosupresión o síntomas generales asociados como fiebre, se puede utilizar gentamicina tópica o quinolona por vía oral⁵.

Bibliografía

- 1 Kanj SS, Sexton DJ. *Pseudomonas aeruginosa* skin and soft tissue infections. UpToDate; 2018 [actualizado 16 Jul 2018; consultado 14 Oct 2018] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pseudomonas-aeruginosa-skin-and-soft-tissue-infections>
- 2 McCausland WJ, Cox PJ. *Pseudomonas* infection traced to a motel whirlpool. J Environ Sci Health. 1975;37:455–459.
- 3 García-Donoso C, Romero-Maté A, Martínez-Morán C, Borbujo JM. Folliculitis recurrente por *Pseudomonas aeruginosa*. An Pediatr (Barc). 2011;74:208–209 [consultado 14 Oct 2018] Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-folliculitis-recurrente-por-pseudomonas-aeruginosa-articulo-S1695403310005576>
- 4 Ara Martín M, Zaballos Diego P, Simal Gil E, Zubiri Ara ML. Folliculitis por *Pseudomonas aeruginosa*. Actas Dermosifiliogr 2003;94:130–165 [consultado 14 Oct 2018] Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es-folliculitis-por-pseudomonas-aeruginosa-articulo-13045927>
- 5 Lévano Vásquez J, García Sánchez-Montejo F, Campos Segovia A, Martínez-Villasante Alemán A, Arias Novas B. Folliculitis por *Pseudomonas*. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:355–357 [consultado 14 Oct 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3666/366649311014.pdf>