



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Blefaritis crónica grave. Evolución tórpida de varios años

Severe chronic blepharitis. Torpid evolution of several years

Juan Iglesias-Martín^a, Alberto Tenorio-Abreu^{b,*}, Esmeralda Rodríguez-Molins^c y Marina Jiménez Alcántara^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Microbiología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

^c Unidad de Gestión Clínica de Farmacia, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España



Caso clínico

Varón de 68 años atendido en la consulta de oftalmología por enrojecimiento y dolor en el ojo derecho de años de evolución, que ha ido empeorando en los últimos meses a pesar del tratamiento prescrito por diferentes oftalmólogos consistente en aplicación tópica de suero autólogo, ciclosporina, prednisolona, moxifloxacino y tobramicina.

un nuevo trasplante hace 3 años debido al fracaso del primero. Igualmente, requirió una intervención sobre el párpado superior del ojo derecho debido a distiquiasis. Se instila diferentes colirios de forma crónica (moxifloxacino, fluorometolona, dorzolamida y timolol).

En la primera exploración (fig. 1) presentaba telangiectasias palpebrales, secreciones oleosas en orificios de glándulas de Meibomio, pestañas distiquiásicas o ausentes de forma parcheada, junto con secreciones en la base de las mismas. A nivel del globo ocular, simbléfaron de conjuntiva inferior, hiperemia mixta y córnea con trasplante opaco, vascularizado y con una úlcera corneal sin

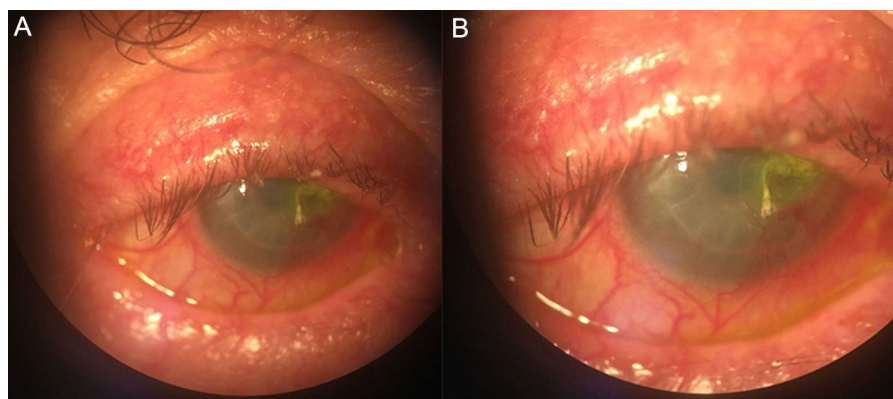


Figura 1. A) Blefaritis grave. B) Úlcera corneal que tiñe con fluoresceína sobre trasplante.

En la anamnesis no refiere hábitos tóxicos, hipertensión arterial, diabetes mellitus ni otras enfermedades sistémicas. En cuanto a sus antecedentes oftalmológicos, el paciente fue intervenido de un trasplante de córnea en dicho ojo hace 18 años y requirió

miel, pestañas distiquiásicas o ausentes de forma parcheada, junto con secreciones en la base de las mismas. A nivel del globo ocular, simbléfaron de conjuntiva inferior, hiperemia mixta y córnea con trasplante opaco, vascularizado y con una úlcera corneal sin

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albeteno@hotmail.com (A. Tenorio-Abreu).



Figura 2. Visualización de varios ácaros *Demodex folliculorum* con microscopio óptico.

signos de infiltrado infeccioso asociado. El ojo izquierdo, a diferencia del afecto, presentaba una blefaritis leve, sin signos inflamatorios oculares.

Ante estos hallazgos el paciente se diagnostica de rosácea ocular, que provoca blefaritis grave y adelgazamiento corneal, instaurándose tratamiento con doxiciclina oral, pomada de eritromicina al 0,5%, lubricación ocular intensa y medidas de higiene palpebral de forma diaria. Igualmente, en su ojo izquierdo se recomendó lubricación ocular e higiene palpebral diaria.

A las 4 semanas de tratamiento no presentaba mejoría. Se realizó frotis sobre la piel de los párpados y se tomaron 6 pestañas para estudio microbiológico. Mediante PCR¹ se detectaron 6.150 copias/ml de suspensión de *Demodex folliculorum*, así mismo también se visualizaron en las pestañas (fig. 2).

Evolución

Tras la confirmación de demodicosis se instaura tratamiento específico frente al parásito, que consistió en ivermectina oral 6 mg, un comprimido mañana y noche en un día, repitiéndose la misma dosis en una semana. Higiene palpebral con champú de pH neutro y después aplicar aceite de árbol de té al 50%, 2 veces al día, durante 4 semanas. También se asoció pomada de eritromicina al 0,5% por la noche durante 4 semanas.

En la revisión tras 2 semanas de tratamiento el paciente presenta una franca mejoría, con menor secreción seboreica en los

orificios de las glándulas de Meibomio y ausencia de costras en las pestañas (fig. 3). Así mismo, había ausencia de enrojecimiento ocular y de edema corneal, aunque quedando un descemetocele residual que requirió posteriormente un colgajo conjuntival. Se continuó el mismo tratamiento debido a la mejoría clínica y la confirmación microbiológica de la efectividad del mismo tras repetir la misma toma de muestras con frotis y la visualización directa con microscopía siendo negativos en ambos casos.

Después de completar las 4 semanas de tratamiento el paciente se encuentra asintomático y sin presencia de enrojecimiento ocular. Se prescribió mantener la higiene palpebral 2 veces al día con champú de pH neutro y aplicar el aceite de árbol de té una vez por semana durante 4 semanas más.

Comentario

Demodex folliculorum es un parásito de la familia de los ácaros que normalmente vive en los folículos de las pestañas². Se cree que en la mayoría de las ocasiones convive con el hospedador de forma saprofita, siendo más prevalente en edades más avanzadas³. Sin embargo, en ocasiones se le ha relacionado con afecciones cutáneas y oculares como la rosácea y blefaritis crónica^{4,5}. A pesar de que la relación de blefaritis crónica anterior y mixta con el parásito *D. folliculorum* está suficientemente documentada en la bibliografía^{4–6}, normalmente *a priori* no suele ser considerado en un primer diagnóstico clínico, debido a la gran frecuencia de sobreinfecciones bacterianas. El hecho de que el paciente no responda a los tratamientos convencionales (medidas de higiene palpebral, antiinflamatorios y antibióticos) debe hacernos sospechar esta infestación parasitaria^{7–9}. Por este motivo, en ocasiones el tratamiento fracasa y la blefaritis se cronifica, disminuyendo considerablemente la calidad de vida del paciente con molestias constantes¹⁰. Por tanto, en casos de blefaritis crónicas, siempre se debería pensar en la posibilidad de *D. folliculorum* como agente etiológico, que con una simple muestra de pestaña o frotis para PCR sería fácilmente detectable. Pudiéndose instaurar tratamiento específico con ivermectina aumentando considerablemente las posibilidades de éxito terapéutico. Aunque en algunos estudios se ha mostrado que la asociación de ivermectina con metronidazol ha sido superior a ivermectina sola¹¹, en el presente caso no se utilizó por estar con tratamiento previo con doxiciclina, observándose una evolución y hallazgos microbiológicos favorables, por tanto, no considerándose necesario la utilización de metronidazol.

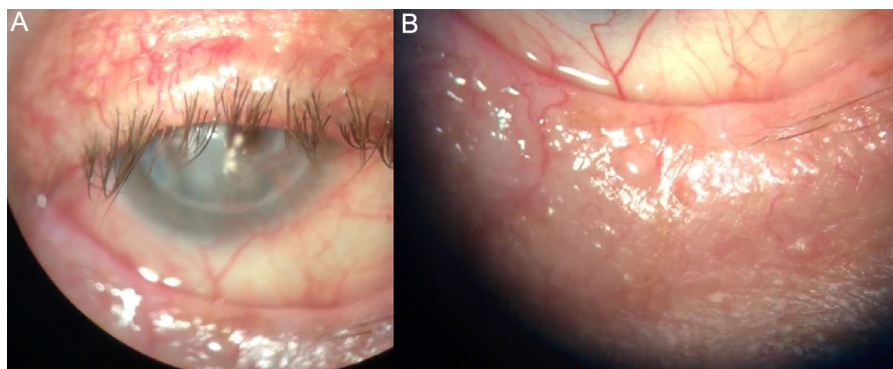


Figura 3. A) Párpado superior con ausencia de collarotes en las pestañas. B) Párpado inferior con madarosis y ausencia de secreciones.

Bibliografía

1. Tenorio-Abreu A, Sánchez-España JC, Naranjo-González LE, González-Gallego MC, Hidalgo-Grass C, Ruíz-Frutos C. Development of a PCR for the detection and quantification of parasitism by *Demodex folliculorum* infestation in biopsies of skin neoplasms periocular area. *Rev Esp Quimioter*. 2016;29:220–3.
2. Palopoli MF, Fergus DJ, Minot S, Pei DT, Simison WB, Fernandez-Silva I, et al. Global divergence of the human follicle mite *Demodex folliculorum*: Persistent associations between host ancestry and mite lineages. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2015;112:15958–63.
3. López-Ponce D, Zuazo F, Cartes C, Salinas-Toro D, Pérez-Valenzuela C, Valenzuela F, et al. High prevalence of *Demodex* spp. infestation among patients with posterior blepharitis: Correlation with age and cylindrical dandruff. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2017;92:412–8.
4. Forton FMN. Elucidating the role of *Demodex folliculorum* in the pathogenesis of rosacea: Exciting first steps. *Br J Dermatol*. 2018;179:252–3.
5. Sędzikowska A, Osęka M, Skopiński P. The impact of age, sex, blepharitis, rosacea and rheumatoid arthritis on *Demodex* mite infection. *Arch Med Sci*. 2018;14:353–6.
6. Mongi F, Laconte L, Casero RD. *Demodex* genus: Colonizing parasites of healthy people or mites associated with ocular pathology? [Article in Spanish]. *Rev Argent Microbiol*. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ram.2017.09.002>, pii: S0325-7541(17)30179-7.
7. Yactayo-Miranda Y, Ta CN, He L, Kreutzer TC, Nentwich MM, Kampik A, et al. A prospective study determining the efficacy of topical 0.5% levofloxacin on bacterial flora of patients with chronic blepharo conjunctivitis. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2009;247:993–8.
8. Prozornia LP, Brzhevskii VV. Efficacy of physiotherapy and hygienic procedures in treatment of adults and children with chronic blepharitis and dry eye syndrome. *Vestn Oftalmol*. 2013;129:68–70, 72–73.
9. Duncan K, Jeng BH. Medical management of blepharitis. *Curr Opin Ophthalmol*. 2015;26:289–94.
10. Bernardes TF, Bonfioli AA. Blepharitis. *Semin Ophthalmol*. 2010;25:79–83.
11. Salem DA, El-shazly A, Nabih N, El-Bayoumy Y, Saleh S. Evaluation of the efficacy of oral ivermectin in comparison with ivermectin-metronidazole combined therapy in the treatment of ocular and skin lesions of *Demodex folliculorum*. *Int J Infect Dis*. 2013;17:e343–7.