



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

## Paciente con blefaritis crónica resistente a los tratamientos oftalmológicos habituales

Resistance to routine ophthalmological treatments in a patient with chronic blepharitis

Francisco Franco-Álvarez de Luna<sup>a,\*</sup>, Cristina Santos Rosa<sup>a</sup> y José Ángel Fernández-Villalón<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Microbiología, UGC de Laboratorios Clínicos, Hospital General de Riotinto, Minas de Riotinto, Huelva, España

<sup>b</sup> Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología, Hospital General de Riotinto, Minas de Riotinto, Huelva, España

### Caso clínico

Paciente de 16 años de edad que acude a la consulta de oftalmología por un cuadro clínico inicial de blefaritis crónica que no responde a los tratamientos empíricos habituales. La paciente fue valorada por el oftalmólogo, que realizó una exploración biomicroscópica con lámpara de hendidura.

Entre los signos exploratorios destacaron la presencia de escamas y costras en forma de collaritos en la base de las pestañas, hiperemia, telangiectasia en margen palpebral y triquiasis (fig. 1).

Ante la sospecha clínica infecciosa inicial se realizó la toma de muestra de exudado conjuntival y se extrajeron 10 pestañas, alternado la extracción de cada ojo y párpado, que se remitieron inmediatamente al laboratorio de microbiología.



**Figura 1.** Párpado superior con eritema marginal, escamas secas y costras sobre la piel y las pestañas.

### Diagnóstico y evolución

En la exploración inicial la paciente refirió síntomas como escozor, picor y sensación de cuerpo extraño.

En el laboratorio de microbiología se montó una preparación en fresco de las pestañas, sobre porta y cubre, a la que se adicionaron 20  $\mu$ l de suero fisiológico y se realizó la visualización de todas ellas, bajo observación microscópica 10 $\times$  y 40 $\times$ .

La exploración microscópica de las pestañas permitió confirmar la presencia de un ácaro, identificado como *Demodex folliculorum* (figs. 2-4). Las principales características morfológicas que permitieron su identificación fueron su forma elongada, sus 4 pares de patas cortas, a modo de muñones, y la estriación transversal del opistosoma.

El cultivo del exudado conjuntival resultó negativo a las 48 h de incubación.

### Comentario

Los primeros estudios sobre *D. folliculorum* datan de 1842, cuando G. Simon los descubrió en los folículos de la nariz, en



**Figura 2.** Visualización microscópica completa del ácaro *Demodex folliculorum*.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francoadl@hotmail.com (F. Franco-Álvarez de Luna).



**Figura 3.** Visualización microscópica de una pareja de ácaros en la base de una pestaña.

cadáveres<sup>1</sup>. Desde entonces, numerosos han sido los trabajos publicados en los que se ha discutido el protagonismo de este ácaro como un verdadero patógeno<sup>2-4</sup>.

Existen 2 especies: *D. folliculorum*, que mide 250-300  $\mu\text{m}$  y vive en los folículos pilosos de las pestañas, y *D. brevis*, de menor longitud (150-200  $\mu\text{m}$ ), que vive en las glándulas sebáceas y en las glándulas de Meibomio<sup>5,6</sup>.

Los ácaros del género *Demodex* son los ectoparásitos más comunes encontrados en la piel humana. La infestación por *Demodex* spp.



**Figura 4.** Visualización longitudinal de *Demodex folliculorum*.

aumenta con la edad, encontrándose hasta en el 84% de la población mayor de 60 años. *Demodex* spp. vive en la piel facial y en los folículos pilosos, y aunque la infestación puede ser asintomática, también puede producir un amplio espectro de manifestaciones clínicas y enfermedades de la piel, como la pitiriasis folliculorum, la dermatitis perioral, pigmentación facial o la demodicosis grave, existiendo una relación directa entre el grado de parasitación y la intensidad de los síntomas<sup>7,8</sup>.

La blefaritis es una enfermedad crónica muy frecuente de la superficie ocular que implica una gran variedad de procesos inflamatorios palpebrales y presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas, tales como escozor, picor, síndrome de ojo seco, chalazión, triquiasis y conjuntivitis. Se encuentra fuertemente asociada con frecuencia a enfermedades de la piel, como la dermatitis rosácea y la dermatitis seborreica<sup>7</sup>.

El índice de parasitación ácaros/pestañas en nuestro caso fue de 8 ácaros por 10 pestañas extraídas (0,8). Este índice, o carga parasitaria, está relacionado directamente con la intensidad de los síntomas y manifestaciones clínicas<sup>9</sup>. Por ello, para realizar un estudio parasitológico completo es necesario llevar a cabo un estudio cuantitativo indicando el índice de parasitación. Se considera que cuando el índice de ácaros por pestaña en un paciente es igual o superior a 0,5 se trata de una sobreinfestación<sup>10,11</sup>.

Nuestra paciente fue tratada empleando limpieza de párpados y pestañas con solución de higiene palpebral a base de ácido bórico al 1,5%, borato sódico al 0,3%, EDTA disódico al 0,1%, polisorbato al 2%, propilenglicol al 1,9% (Cilclar<sup>®</sup>), 2 veces/día. Solución de permetrina al 1-1,5% (Filvit<sup>®</sup>) una vez/semana, aplicación de pomada a base de permetrina al 5% una vez/semana y metronidazol tópico al 2% cada 24 h durante 2 semanas.

La revisión de la paciente se realizó transcurridas 4 semanas, comprobándose una mejoría objetiva (menor descamación y número de collarettes, además de un aumento de tiempo de rotura lagrimal) y subjetiva (mejoría de escozor, picor y sensación de cuerpo extraño).

Otros tratamientos descritos en la literatura emplean pomada de óxido amarillo de mercurio al 2%, junto a la aplicación de éter en los bordes palpebrales, aunque su toxicidad es una de las desventajas para este tratamiento específico para *Demodex* spp.<sup>7</sup>. Otros autores aconsejan la aplicación de preparados a base de geles de pilocarpina al 4%, o el empleo de metronidazol tópico al 2%, en casos de alergia al mercurio<sup>5,12</sup>.

Finalmente concluimos que en aquellos pacientes que presenten blefaritis crónica resistente a los tratamientos empíricos habituales debe investigarse la presencia de *D. folliculorum*. La detección de *D. folliculorum* mediante visualización microscópica de las pestañas del paciente es un método fácil y asequible a todos los laboratorios de diagnóstico clínico, en colaboración con los servicios de oftalmología.

## Bibliografía

1. Coston TO. *Demodex folliculorum* blepharitis. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 1967;65:361.
2. Elston DM. *Demodex* mites: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010; 28:502.
3. Lacey N, Ni Raghallaigh S, Powell FC. *Demodex* mites: Commensals, parasites or mutualistic organisms? *Dermatology.* 2011;222:128.
4. Kamoun B, Fourati M, Feki J, Mlik M, Karray F, Trigui A, et al. Blepharitis due to *Demodex*: myth or reality? *J Fr Ophtalmol.* 1999;22:525.
5. Liu J, Sheha H, Tseng SC. Pathogenic role of *Demodex* mites in blepharitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2010;10:505.
6. Czepita D, Kuzna-Grygiel W, Czepita M, Grobelny A. *Demodex folliculorum* and *Demodex brevis* as a cause of chronic marginal blepharitis. *Ann Acad Med Stetin.* 2007;53:63.
7. Rodríguez AE, Ferrer C, Alio JL. *Demodex* y blefaritis crónica. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2005;80:635.
8. Lopez-Cerero L, Etxebarria J, Mensa J. Diagnóstico microbiológico de las infecciones oculares. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27:531.

9. Galvis-Ramirez V, Tello-Hernandez A, Alvarez-Osorio L, Rey-Serrano JJ. Prevalencia de infección por *Demodex folliculorum* en pacientes que acuden a consulta general de oftalmología. *Rev Salud Publica.* 2011;13:990.
10. Kemal M, Sumer Z, Toker MI, Erdogan H, Topalkara A, Akbulut M. The prevalence of *Demodex folliculorum* in blepharitis patients and the normal population. *Ophthalmic Epidemiol.* 2005;12:287.
11. Kosik-Bogacka DI, Lanocha N, Lanocha A, Czepita D, Grobelny A, Zdziarska B, et al. Role of *Demodex folliculorum* in the pathogenesis of blepharitis. *Acta Ophthalmol.* 2012;90:e579.
12. Fulk GW, Murphy B, Robins MD. Pilocarpine gel for the treatment of demodicosis—a case series. *Optom Vis Sci.* 1996;73:742.