



# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at  
www.actasdermo.org



## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

### Hiperqueratosis folicular filiforme en la cara



### Filiform Follicular Hyperkeratosis on the Face

#### Historia clínica

Mujer de 16 años, con antecedentes personales de colangitis, artritis reactiva y morfea en placas estable, en seguimiento por reumatología y dermatología. Durante una consulta de control rutinaria, la paciente refirió la aparición de unas placas asintomáticas ligeramente eritematosas y ásperas al tacto en ambas mejillas.

#### Exploración física

A la exploración física de la paciente, la piel de la cara a nivel de ambas mejillas y ramas mandibulares presentaba aspecto xerótico, con placas eritematosas de borde neto (fig. 1). Con dermatoscopia, se apreciaban hiperqueratosis y dilataciones foliculares (fig. 2). A la palpación, la piel tenía una textura áspera «como lija». La exploración cutánea restante resultó anodina.

#### Pruebas complementarias

Se llevó a cabo una biopsia en sacabocados de 2 mm en la región preauricular izquierda. El estudio histológico

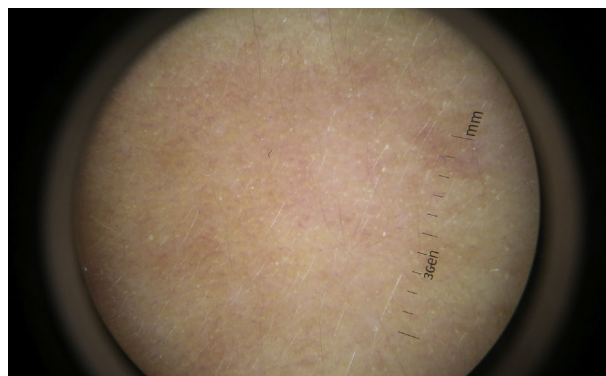


Figura 2

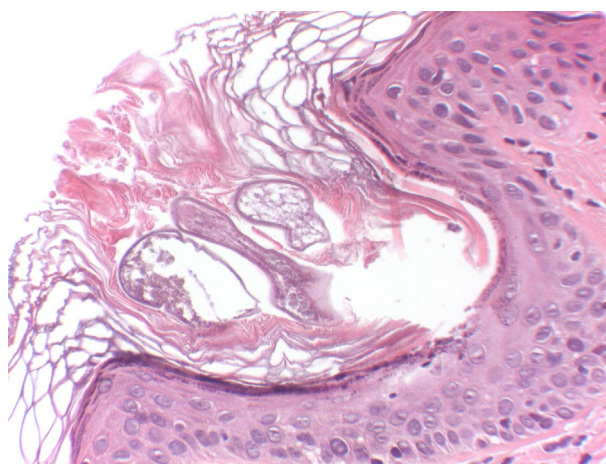


Figura 3 Hematoxilina-eosina  $\times 40$ .



Figura 1

demostró la presencia de 2 infundíbulos foliculares dilatados, con presencia de focos de hiperqueratosis compacta, asociados a la presencia de un ácaro en ambos (fig. 3). En la dermis subyacente se observaba un leve infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular.

El análisis de sangre de la paciente no presentó ninguna alteración en el hemograma ni en la bioquímica básica.

¿Cuál es su diagnóstico?

## Diagnóstico

Espinulosis facial.

## Evolución

Con la confirmación histológica de espinulosis facial asociada a *Demodex folliculorum* se pautó tratamiento con ivermectina al 0,5% en crema glucídica una vez al día durante 2 meses. Tras un mes de tratamiento, la mejoría clínica era evidente y los signos se resolvieron al finalizar el tratamiento. La paciente no ha vuelto a presentar lesiones similares tras 6 meses de seguimiento.

## Comentario

La espinulosis facial se caracteriza por la presencia de espículas asintomáticas de aspecto filiforme, hiperqueratósicas y de distribución folicular, localizadas predominantemente en la piel de la cara (mejillas, región frontal, mentón). Aunque inicialmente su asociación con el ácaro *Demodex folliculorum* era controvertida, hoy en día se acepta su relación causal<sup>1,2</sup>.

*Demodex folliculorum* es un ácaro que ocasionalmente se encuentra en la piel de los humanos asociado a la unidad pilosebácea. Esta colonización es por lo general asintomática, pero en individuos predispuestos la presencia de *Demodex folliculorum* se ha asociado a diversas dermatosis como la rosácea, la dermatitis perioral o la madarosis, entre otras. Se ha propuesto como patogénica la presencia mayor o igual a 5 ácaros por centímetro cuadrado de piel, o bien la presencia del ácaro en la dermis<sup>1,3</sup>.

En el caso de la espinulosis facial asociada a *Demodex folliculorum* se han descrito series de casos en pacientes con otras enfermedades, especialmente con mieloma múltiple y policitemia vera. Otras asociaciones descritas a la espinulosis facial por *Demodex folliculorum* son la insuficiencia renal crónica, la enfermedad inflamatoria intestinal y la gammapatía monoclonal, entre otras<sup>1,4</sup>. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el eczema, la dermatitis seborreica, la pitiriasis *folliculorum* (también producida por *Demodex folliculorum*, pero que asocia escamas, prurito y eritema difusos y, a menudo, higiene facial deficiente)<sup>4</sup> y la tricodisplasia espinulosa, una infección por un poliomavirus en pacientes inmunocomprometidos que cursa con espículas hiperqueratósicas, especialmente en cara (nariz, cejas, etc.), y causa deformación de los rasgos faciales en forma de facies leonina<sup>5</sup>.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, siendo muy características las espículas delgadas circunscritas a nivel de los orificios foliculares dilatados de la cara, que dan a la piel de las áreas afectadas un tacto áspero. La confirmación histológica se basa en la demostración del ácaro junto al material hiperqueratósico que forma las espículas en dichos orificios foliculares<sup>2</sup>. El tratamiento de la espinulosis facial, como el de otras enfermedades cutáneas causadas por *Demodex*, consiste en el empleo de diferentes agentes antiparasitarios específicos. El tratamiento tópico es suficiente la mayoría de las veces, y para ello se ha descrito el empleo de metronidazol al 0,75%, permetrina al 5% o ivermectina al 0,5%, destacando la buena respuesta de esta última, como en el caso presentado<sup>6</sup>. En casos resistentes puede emplearse la terapia oral, ivermectina o retinoides, entre otros<sup>1,3</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Monteagudo B, Cabanillas M, García Rego JA, de las Heras C. Espinulosis como manifestación de demodicidosis. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:512–4.
2. Fariña MC, Requena L, Sarasa JL, Martín L, Escalonilla P, Soriano ML. Spinulosis of the face as a manifestation of demodicidosis. *Br J Dermatol.* 1998;138:901–3.
3. Elston CA, Elston DM. Demodex mites. *Clin Dermatol.* 2014;32:739–43.
4. Chen W, Plewig G. Human demodicosis: Revisit and a proposed classification. *Br J Dermatol.* 2014;170:1219–25.
5. Kirchhof MG, Shojania K, Hull MW, Crawford RL, Au S. Trichodysplasia spinulosa: Rare presentation of polyomavirus infection in immunocompromised patients. *J Cutan Med Surg.* 2014;18:430–5.
6. Abokwidir M, Fleischer AB. An emerging treatment: Topical ivermectin for papulopustular rosacea. *J Dermatolog Treat.* 2015;26:379–80.

J. Ruiz-Rivero<sup>a,\*</sup>, M. Campos Domínguez<sup>a</sup>, V. Parra Blanco<sup>b</sup> y R. Suárez-Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juncalrr@gmail.com](mailto:juncalrr@gmail.com) (J. Ruiz-Rivero).