

Afección cutánea facial poco frecuente en lupus eritematoso sistémico: un caso de demodicosis.

A rare facial skin condition in systemic lupus erythematosus: a case of demodicosis

Carlos Alberto Flores*, Arnaldo Orasma, Virginia Salazar**  0009-0007-5374-5196

Recibido: 30 de diciembre de 2025

Aceptado: 20 de mayo de 2026

RESUMEN

La Demodicosis es una patología cutánea caracterizada por lesiones eritemato-maculares pruriginosas, cuyo agente causal son ácaros foliculares del género *Demodex*. **Caso clínico:** Femenina de 25 años, con antecedente de Lupus eritematoso sistémico (LES), quien presenta desde hace 1 mes, pápulas eritematosas en cara que se extienden desde región frontal hasta mandibular respetando surcos nasogenianos, pruriginosas, confluentes, descamativas. Acude en múltiples ocasiones a médico quien, bajo sospecha clínica de actividad lúpica, indica inmunosupresores, sin lograr mejoría clínica significativa. Por esta razón se realiza Dermatoscopia que demuestra la presencia de ácaros *Demodex folliculorum* en más de 5 x campo por lo que se indica tratamiento médico específico, revirtiendo las manifestaciones dérmicas. **Discusión:** La Demodicosis es una entidad poco común, sólo dos especies de *Demodex* (*D. folliculorum* y *D. brevis*) se han identificado en humanos. Representan flora comensal común de la unidad pilo sebácea de la cara y la proliferación excesiva del ácaro puede producir severa afección cutánea facial en pacientes sanos y muy particularmente en huéspedes inmunocomprometidos, creando confusión y retardo en el diagnóstico definitivo. **Conclusiones:** Ante lesiones dermatológicas faciales en pacientes inmunosuprimidos se debe considerar causas etio-

lógicas alternativas diferentes a la patología inmuno-mediada subyacente, especialmente si no existe mejoría clínica con el uso de drogas inmunosupresoras.

Palabras clave: Demodicosis; lupus eritematoso sistémico; lesión facial.

A rare facial skin condition in systemic lupus erythematosus: a case of demodicosis

Carlos Alberto Flores, Arnaldo Orasma, Virginia Salazar

ABSTRACT

Demodicosis is a skin disease characterized by pruritic erythematous-macular lesions, caused by follicular mites of the genus *Demodex*. **Clinical case:** A 25-year-old female with a history of systemic lupus erythematosus (SLE) has had erythematous papules on her face for the past 1 month, extending from the forehead to the mandible, respecting the nasolabial folds. They are pruritic, confluent, non-scaling. 2 weeks later, they progress to scaly, very pruritic plaques. She denies arthralgia, myalgia, and/or fever. She sees her doctor on multiple occasions, who, based on clinical suspicion of lupus activity, prescribes immunosuppressants without observing clinical improvement. For this reason, a dermatoscopy was performed, which showed *Demodex folliculorum* >5 x field, so medical treatment was indicated, reversing the skin manifestations. **Discussion:** Demodicosis is a rare entity. Only two species of *Demodex* (*D. folliculorum* and *D. brevis*) have been identified in humans. They are common commensal flora of

* Residente de postgrado de Medicina Interna. Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Caracas Venezuela.

** Médico Especialista en Medicina Interna

AFECCIÓN CUTÁNEA FACIAL POCO FRECUENTE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UN CASO DE DEMODICOSIS.

the pilosebaceous unit, but have also been implicated as causative agents of Pityriasis folliculorum, demodicosis rosacea, papulopustular rosacea, demodicosis gravis, and blepharitis.

Conclusions: In the face of manifestations of immunological diseases, look for alternative causes that may be different from the underlying pathology for better therapy and resolution of the pathology.

Keywords: Demodicosis; systemic lupus erythematosus; facial lesion.

INTRODUCCIÓN

La Demodicosis es una ectoparasitosis causada por ácaros del género *Demodex*, especies *folliculorum* y *brevis*. Estos ácaros son cosmopolitas y se comportan como comensales de la unidad pilosebácea, que se alimentan de sebo, detritos celulares, plasma y bacterias. La parasitación cutánea excesiva por *Demodex* se caracteriza por ser una dermatosis que afecta sobre todo la cara, diseminada a áreas seboreicas, con presentación clínica diversa.

Caso clínico

Femenino de 25 años de edad con antecedentes de lupus eritematoso sistémico (LES), quien desde hace un mes presenta pápulas eritematosas en cara, de aparición progresiva, que se extiende desde región frontal hasta mandibular, respetando surcos naso genianos, pruriginosas, confluentes, no descamativas; 2 semanas posteriores las lesiones iniciales progresan a placas descamativas, con presencia de signos de rubor, tumefacción y dolor. Es evaluada por varios médicos quienes indican esquemas terapéuticos con diferentes drogas inmunomoduladores como metotrexato, micofenolato mofetilo, hidroxicloroquina, por tiempo que no precisa, sin observar mejoría de las lesiones faciales. Por tal motivo acude a consulta.

Hace 10 años se diagnostica Lupus eritematoso sistémico, al debutar con anemia con repercusión hemodinámica, trombocitopenia severa con signos de sangrado menor (petequias generalizadas), injuria renal aguda que ameritó terapia de sustitución renal y alteración del nivel de consciencia ameri-

tando ingreso a unidad de cuidados intensivos y hospitalización durante 1 mes. Actualmente sólo recibe tratamiento con prednisona 50 mg /día.

Al ingreso, paciente hidratada, afebril al tacto; PA: 118/62 mmHg, PAM: 80 mmHg, FC: 92 LPM, FR: 18 RPM, Temp.: 37°C. Presencia de placas descamativas en región facial, que respeta surcos naso genianos, región peri orbitaria y peri bucal, de bordes irregulares, bien definidos, confluentes, eritematosas y pruriginosas, acompañado de pápulas en región submentoniana y peri orbitaria, con lesiones ulcerativas secas, y presencia de secreción serosas en su interior. (Fig. 1). Se palpan adenopatías en región cervical bilateral, en número de tres (3), de diámetros variables, el mayor de 2 cm, blandos, móviles, renitentes, no adheridos a planos profundos.

Figura 1: Lesiones eritematosas en región facial.



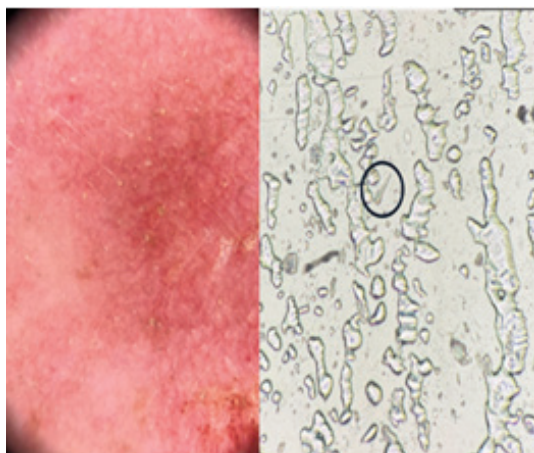
Los laboratorios reportan Hb:8.7g/dL, Hcto:25.3%, VCM 89 fL, HCM: 29.2 pg., CHCM: 33.5 g/dL, WBC: 9.200 mm³, Gr: 57%, Ly: 29%, PLT 128.000mm³, glicemia 84 mg/dL, urea: 21,3 mg/dL; creatinina: 0.8 mg/dL, proteínas totales 7.7gr/dL (albúmina 4.0g/dL, globulinas 3.7gr/dL); bilirrubina total: 1.07mg/dL (directa 0.27, indirecta 0.8), TGO: 42 U/L, TGP: 53 U/L. VSG: 63mm/h, PT: 0.98seg, PTT: -2,1seg. VIH y VDRL no reactivo.

El perfil inmunológico reporta: C3: 95 mg/dL (91-156), C4: 29,18mg/dL (20-50), CH50 56,3 mg/dL(50-150), AntiDNA IFI 36.92, ANA IFI

positivo ++ 1/40-1/160 patrón homogéneo. Para el momento no se cuenta con resto de laboratorios inmunológicos.

Se realiza Dermatoscopia (Fig. 2) donde se observa placa blanquecina que emerge del folículo piloso, rodeada por un halo eritematoso denominado "cola de Demodex". Al microscopio se define la presencia de ácaros *Demodex folliculorum* caracterizado por su cuerpo alargado, en más de 5 por campo, por lo que se plantea el diagnóstico de Foliculitis infecciosa por *Demodex folliculorum*.

Figura 2: Dermatoscopia donde se visualiza "cola de Demodex". Al microscopio (círculo negro) se evidencia cuerpo de Demodex



Se inicia tratamiento con Ivermectina 6 mg dosis única y Metronidazol tópico al 15%. La paciente acude a consulta 10 días después al tratamiento indicado, observando mejoría significativa de lesiones antes descritas (Fig. 3).

Figura 3: Mejoría clínica de lesiones faciales posterior a tratamiento indicado.



Discusión

Demodex es un ácaro facial saprofita que pertenece a la familia Demodicidae, clase Arachnida y orden Acarina. Se ubica en el folículo pilosebáceo y en la glándula sebácea, que se encuentra típicamente en la cara, incluidas mejillas, nariz, región mentoniana, frontal y temporal, pestañas, cejas así como en cuero cabelludo, cuello y orejas. Su proliferación excesiva puede producir lesiones faciales de importancia clínica denominándose Demodicosis.¹

La Demodicosis es una entidad poco común, sólo dos especies de *Demodex* (*D. folliculorum* y *D. brevis*) se han identificado en humanos. Son flora comensal común de la unidad pilosebácea de la cara, pero también han sido implicados como agentes causales de Pitiriasis folliculorum, rosácea demodicosis, rosácea papulopustular, demodicosis gravis y blefaritis.¹

La coexistencia de infecciones dermatológicas en pacientes con patologías inmunomediadas que producen afección cutánea, no siempre es un diagnóstico de sospecha principal y representa un reto diagnóstico. Si bien pueden coexistir dos o más afecciones, una enfermedad a menudo tiene mayor expresión clínica. El diagnóstico de Demodicosis es complicado debido a que los ácaros también se encuentran en la piel de población sana. El diagnóstico definitivo requiere un cuadro clínico compatible y la presencia de alta densidad de ácaros faciales, considerando patógena una densidad mayor a 5 ácaros por folículo o por cm², respectivamente. Otro criterio diagnóstico que se ha propuesto es la respuesta a la terapia anti-Demodex. La dermatoscopia de luz polarizada puede observar la cola del Demodex en las aperturas foliculares así como aperturas foliculares dilatadas.¹

La prevalencia de la Demodicosis es incierta. En 2001, Akilov y Smirnova calcularon la presencia de esta entidad en 39:100.000 del total de la población rusa, con una incidencia de 17:100.000 y frecuencia de 2.1% en la consulta dermatológica. Un estudio Belga reportó una media de presentación en la tercera y cuarta década de la vida, con predominio en el género femenino.²

AFECCIÓN CUTÁNEA FACIAL POCO FRECUENTE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UN CASO DE DEMODICOSIS.

La predisposición por el género femenino es más común en adultos de 20-50 años (aunque, ciertamente, se han detectado casos pediátricos) y tiende a localizarse casi exclusivamente en cara, región centro-facial y mejillas. Si bien es muy variable, la manifestación clínica más común es el eritema persistente asimétrico, siendo el prurito intenso secundario a la exposición solar o en ambientes cálidos, el motivo de consulta más frecuente. Así mismo, no es infrecuente encontrar pápulas y/o pústulas discretamente pruriginosas que forman placas, a veces acompañándose de compromiso ocular.³

La importancia de la dermatoscopia en el diagnóstico está establecido por la visión de la "cola de Demodex", una estructura gelatinosa y blanquecina que emerge del folículo piloso, a menudo rodeada por un halo eritematoso. Además, también se pueden observar tapones foliculares amorfos y grisáceos, asociados con escamas, enrojecimiento y folículos dilatados. A nivel microscópico, las características del Demodex incluyen una morfología alargada y vermiforme, con un cuerpo dividido en gnatosoma (región cefálica), podosoma (región de las patas) que son cortas en su región anterior y un opistosoma (abdomen) largo y estrecho.³

Por otra parte, destaca la relación entre el desarrollo de Demodicosis en pacientes inmunosuprimidos como aquellos con uso crónico de esteroides, inmunosupresores o quimioterapia, en pacientes con infección por VIH o en el curso de enfermedades linfoproliferativas o inmunomediadas.⁴

El tratamiento de la Demodicosis facial se basa en el uso de acaricidas que eliminan el ácaro Demodex. Existen opciones terapéuticas tanto tópicos como orales. Se ha reportado eficacia terapéutica del ácido salicílico, metronidazol, ivermectina oral junto con permectrina tópica y retinoides orales o tópicos. En aquellos casos de demodicosis moderada, agentes tópicos que promueven descamación (como ácido salicílico y retinoides) por sí solos podrían ser efectivos gracias a que previenen la oclusión de los folículos y aceleran la descamación de la epidermis, permitiendo así la eliminación de los ácaros y de sus productos de desecho. Por otra parte, se plantea que la efectividad de los acaricidas orales en el tratamiento

estaría dada por la inhibición de la 5 proteasa kaliceína serina (KLK5) que al igual que las catelicidinas, presentan un aumento de sus niveles en la Demodicosis y otras entidades como la rosácea, generando inflamación, eritema y dilatación pilofolículo y vascular. Esto, debido a una inhibición de las metaloproteinasas de matriz en los queratinocitos.⁵

El pronóstico de la Demodicosis suele ser favorable, cuando se realiza un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. En pacientes tratados con metronidazol tópico, se ha documentado recuperación completa y ausencia de recaídas durante seguimiento de 1 a 3 años. En adultos, la Demodicosis suele manifestarse con diversas formas clínicas, incluyendo hiperpigmentación facial y la mayoría de los pacientes logra resolución completa tras el tratamiento con acaricida. En cuanto a la normalización de la densidad de Demodex y la remisión clínica, el uso de ivermectina oral ha demostrado ser eficaz: aproximadamente el 75% de los pacientes alcanzan remisión clínica y reducción significativa de la densidad de ácaros. Sin embargo, la literatura destaca que la Demodicosis puede presentar recurrencias, especialmente en pacientes con inmunosupresión.²

Nuestro caso clínico muestra una paciente con antecedentes de LES y severa afección cutánea a nivel facial a quien indican inmunomoduladores debido a la sospecha de actividad de la patología lúpica, sin lograr respuesta clínica efectiva. Por ello destaca la importancia de considerar la posibilidad de otras patologías incluida las infecciosas asociadas a la inmunosupresión más que actividad de la enfermedad inmunomediada.

REFERENCIAS

1. Andreani J., Pérez F., Molina M., Fuente R. Demodicosis: Revisión de la literatura. RCDerm 2016; (1) 27-32.
2. Feurerman H., Atzmony L., Glick M., Sherman S., Snast I., Hodak E., et al. Pigmented demodicidosis -an under- recognized cause of facial hyperpigmentation. Int J Dermatol. 2022, 61: 564-69.
3. Jasso J., Domínguez J., Hojyo M., Tomoka JM., Díaz G., Demodicidosis: A review of current trends. Colegio Iberolatinoamericano de Dermatología 2025; 15-26.
4. Marquardt-Feszler A., Cekała K., Dębska-Słizień A., Imko-Walczyk A. Demodicosis among immunocompromised patients: a review. Adv Dermatol Allergol 2022; XXXIX (5): 829-837
5. I., Golebiewska M., Grzegorz B., Wael E., Zwodziak B., Demodicosis in Different Age Groups and Alternative Treatment Options—A Review. J. Clin. Med. 2023, (12) 1-23.