

Foliculitis por *Pseudomonas*

Óscar Esteban Jiménez, Elena Pérez Oto y Carlos López Félez

Centro de Salud de Gallur
(Zaragoza). Servicio Aragonés
de Salud (España).

Correspondencia:
Óscar Esteban Jiménez.
C/ Antonio Cánovas, 33-35,
1º B. C.P. 50004 – Zaragoza
(España).
Correo electrónico:
oscarej@hotmail.com

Recibido el 26 de noviembre de
2017.

Aceptado para su publicación el
28 de diciembre de 2017.

Este artículo de Revista Clínica de
Medicina de Familia se encuentra
disponible bajo la licencia de Creative
Commons Reconocimiento-
NoComercial-SinObraDerivada 4.0
Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

La foliculitis por *Pseudomonas aeruginosa* se relaciona con el contacto de aguas contaminadas, generalmente piscinas, aguas termales o spa. Presentamos un caso en el que tras la búsqueda del foco de infección éste quedó indeterminado y en el que el tratamiento tópico fue ineficaz, requiriendo tratamiento antibiótico vía oral.

PALABRAS CLAVE: Foliculitis. *Pseudomonas aeruginosa*. Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Pseudomonas folliculitis

Pseudomonas aeruginosa folliculitis is caused by contact with contaminated water, generally in pools, thermal waters and spas. We present a case where, after searching, the source of infection remained unknown. The topical treatment was ineffective, requiring oral antibiotic therapy.

KEY WORDS: Folliculitis. *Pseudomonas aeruginosa*. Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

La foliculitis se define como un proceso subagudo inflamatorio que afecta al folículo pilosebáceo¹. Clínicamente se manifiesta con la presencia de pápulas, pústulas o ambas a nivel del orificio folicular, predominando por tanto en las regiones corporales en donde exista mayor cantidad de pelo, como en el cuero cabelludo, mentón, región superior del tronco, axilas, región inguinal y muslos.

En dependencia de la localización las foliculitis se clasifican en superficiales o profundas, y en dependencia del agente etiológico en estafilocócicas o no estafilocócicas².

Las foliculitis superficiales se manifiestan en forma de pápula pequeña y frágil en el infundíbulo del folículo piloso; en las profundas, donde está afectado el istmo y el bulbo del folículo, las lesiones son nodulares, eritematosas y fluctuantes. Estas lesiones no suelen dejar cicatriz, pero en ocasiones pueden producir hiperpigmentación postinflamatoria.

El agente causal más frecuente es el *Staphylococcus aureus*, aunque también podemos encontrar otras bacterias como el *Streptococcus pyogenes*, *Pseudomonas*, *Klebsiella spp*, virus como el herpes simple o incluso hongos como la *Cándida spp* o *Malassezia* o parásitos como *Demodex*².

Es importante tener en cuenta la existencia de portadores sanos de estafilococos². Un 20 % de la población es portadora persistente, un 60 % portadora intermitente y un 20 % nunca es portadora. La importancia se debe al riesgo de autoinoculación y a la posibilidad de infección a otros individuos del entorno que sean susceptibles y que, si se desconoce este hecho, puede

ser consecuencia de infecciones cutáneas recidivantes¹.

A continuación presentamos un caso de foliculitis por *Pseudomonas aeruginosa* que requirió de tratamiento por vía oral con ciprofloxacino.

CASO CLÍNICO

Paciente de 51 años que consulta por seis lesiones pápulo-pustulosas en la zona hipogástrica-inguinal de 24 horas de evolución, pruriginosas y de distribución lineal. Dadas las características de las lesiones y el antecedente de haber dado un paseo junto a la ribera de un río en el medio rural se etiquetan de picaduras, bien de mosquito o de pulga, por lo que se tratan inicialmente con pomada de corticoide y desinfección local.

Tras quince días de evolución se observa que las

lesiones están ya en proceso de cicatrización, pero han aparecido nuevas lesiones pápulo-pustulosas en la zona perineal, inguinal y en las nalgas, muy pruriginosas, por lo que se añade al tratamiento inicial un antihistamínico oral, ebastina 20 mg, y se recomienda evitar exposición en zonas húmedas y extremar la higiene en el hogar.

La paciente consulta nuevamente porque las últimas lesiones ya están en proceso de costra, pero han aparecido el mismo tipo de lesiones ahora de forma generalizada por el abdomen y la raíz de los miembros superiores e inferiores (Figuras 1 y 2). No presenta fiebre ni afectación del estado general; sin embargo, ante la persistencia del cuadro y que ha tomado las medidas de evitación e higiene pertinentes es derivada a urgencias de su hospital de referencia para ser valorada por un dermatólogo. Éste establece un diagnóstico diferencial entre prurigo, picaduras y foliculitis, recomendando ser



Figura 1. Lesiones pápulo-pustulosas en la zona dorsal y raíz de los miembros superiores.



Figura 2. Lesiones pápulo-pustulosas en la zona axilar.

tratada con dipropionato de betametasona / sulfato de gentamicina y ácido fusídico.

A los pocos días, acude a revisión a su centro de salud, donde se aprecia que mientras unas lesiones parece que mejoran y secan, otras aparecen en la zona abdominal, por lo que se decide tomar frotis de las lesiones pustulosas. El resultado del mismo fue positivo a *Pseudomonas aeruginosa*, por lo que, tras consultar la bibliografía relativa a foliculitis por este agente, se le recomienda tratar las lesiones con clorhexidina durante el día y con peróxido de benzoilo durante la noche, obteniéndose una notable mejoría en el espacio de una semana.

Sin embargo, ante la presencia de nuevas pústulas y pápulas se decide tomar nuevos frotis de las lesiones y de zonas sospechas de poder actuar como reservorio como son la axila y el conducto auditivo. Estos últimos fueron negativos, pero en las lesiones seguía habiendo presencia de *Pseudomonas*, por lo que se prescribió ciprofloxacino

500 mg / 12 h durante 10 días, obteniéndose la remisión completa de las lesiones.

A raíz de los resultados de los frotis se reinterrogó a la paciente para buscar la posible fuente del contagio; sin embargo, no había tenido contacto alguno con fuentes de infección habituales como son spa, jacuzzi, piscinas, depilación o saunas en los días previos al cuadro ni durante la evolución del mismo, por lo que el origen de dicha bacteria quedó sin determinar.

DISCUSIÓN

Las foliculitis por gérmenes gram negativos suelen implicar *Pseudomonas spp.*, *Proteus* y *Escherichia coli*, siendo su origen habitual el propio paciente por colonización folicular a partir de sus respectivos reservorios.

Pseudomonas es un gram negativo aerobio estricto, móvil, productor de pigmentos característicos como la pioverdina y la piocianina.

La aparición de foliculitis por *Pseudomonas* habitualmente se asocia al contacto con aguas contaminadas, especialmente de piscinas, áreas termales y saunas, debido a una cloración insuficiente, si bien también la podemos encontrar en el ser humano formando parte de la flora intestinal y en la piel, principalmente en la región anogenital, axilas y conducto auditivo externo³. Otros focos de infección pueden ser a través de objetos contaminados, como esponjas de baño o bañadores, por el uso prolongado de antibióticos para el acné, tras la depilación o bien de tipo nosocomial en personal sanitario, principalmente en unidades de cuidados intensivos. Por último, existen casos esporádicos en los que no existe ninguna relación etiológica clara⁴, como ocurre en el caso presentado.

El periodo de incubación suele oscilar entre las 8 y 48 horas postexposición^{5,6}, presentando un cuadro clínico similar al resto de foliculitis, siendo las pápulas y pústulas foliculares localizadas en tronco, glúteos y raíz de miembros. En ocasiones se puede acompañar de síntomas inespecíficos como fiebre, malestar general, náuseas y vómitos, dolor ocular o faríngeo, mastitis y adenopatías que, en pacientes inmunodeprimidos o pluripatológicos, pueden evolucionar a otitis externa maligna, fascitis necrosante o ectima gangrenoso.

En la mayoría de los casos el cuadro es autolimitado, recomendándose el tratamiento conservador tópico con compresas de ácido acético al 1 % y/o sulfadiacina argéntica, clorhexidina, polimixina, neomicina, bacitracina o gentamicina⁷⁻⁹. En los casos de infección persistente o generalizada, recidivas o inmunodepresión se opta por el tratamiento por vía oral con fluorquinolonas^{4,8}. En nuestra paciente el tratamiento inicial fue conservador dado su buen estado general y el número y localización de las lesiones; sin embargo dada la persistencia del cuadro y las distintas recidivas se decidió el tratamiento oral con ciprofloxacino.

En resumen, cuando tenemos ante nosotros un paciente con foliculitis debemos hacer especial hincapié en averiguar la fuente de infección, ya sea

propia o externa. Del mismo modo, se debe valorar la posibilidad de que el agente causal sea *Pseudomonas* aunque no haya antecedente de actividad recreativa acuática previa. Por ello se deben investigar posibles fómites: *Pseudomonas* se encuentra en fregaderos, baños, superficies húmedas o incluso agua embotellada. También es de especial importancia la realización de frotis en casos refractarios, pues como se observa, puede haber resistencias al tratamiento inicial o pueden aparecer complicaciones graves en pacientes inmunocomprometidos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer al Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Gallur su apoyo para desarrollar con éxito este caso. Queremos agradecer especialmente a la paciente su autorización y colaboración en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rassner – Manual y Atlas de Dermatología. 5ª ed. Barcelona: Harcourt; 1999.
2. Maldonado-García CA, Lin, S. Foliculitis infecciosas (Parte I). Rev Cent Dermatol Pascua. 2014; 23 (3): 90-8.
3. García-Patos Briones V, Castells Rodellas A. Infecciones cutáneas por *Pseudomonas aeruginosa*. Piel. 1995; 10: 87-98.
4. Alomar A, Ausina V, Vernis J, De Moragas JM. *Pseudomonas* foliculitis. Cutis. 1982; 30 (3): 405-9.
5. Burkhart CG, Shapiro R. *Pseudomonas* foliculitis. Development after the home use of personal whirlpool spa. Cutis. 1980; 25 (6): 642-3.
6. Segna KG, Koch LH, Williams JV. "Hot tub" Folliculitis from a nonchlorinated children's pool. Pediatr Dermatol. 2011; 28 (5): 590-1.
7. Vila-Mas, A; Puig-Sanz, L. Foliculitis y forunculosis. Clínica y tratamiento. Farmacia Profesional. 2003; 17 (1): 78-80.
8. Wu DC, Chan WW, Metelitsa AI, Fiorillo L, Lin AN. *Pseudomonas* skin infection: clinical features, epidemiology, and management. Am J Clin Dermatol. 2011; 12 (3): 157-69.
9. Luján Roca, DA. *Pseudomonas aeruginosa*: un adversario peligroso. Acta Bioquím Clín Latinoam [Internet] 2014 [citado 26-12-2017]; 48 (4): 465-74. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572014000400009&lng=es.