

Foliculitis recurrente por *Pseudomonas aeruginosa*

Recurrent *Pseudomonas aeruginosa* folliculitis

Sr. Editor:

La foliculitis por *Pseudomonas* se presenta con lesiones foliculares, maculosas y papulopustulosas localizadas en la zona lateral del tronco, muslos, huecos axilares y área suprapúbica. Habitualmente, comienza entre 8-48 h tras la exposición a una fuente contaminada. En ocasiones, se puede acompañar de síntomas generales como fiebre, mal-estar general, náuseas y vómitos, dolor ocular, faríngeo, de oídos, mamas inflamadas y dolorosas, y linfadenopatías. La aparición de estos síntomas no implica diseminación de *P. aeruginosa*.

Se trata de una niña de 8 años de edad. Consultó por aparición en los 3 días previos de un brote de lesiones papuloeritematosas, algunas de aspecto pseudovesiculoso o pustuloso, pruriginosas, en el tronco (de predominio en caderas y glúteos) y las extremidades inferiores. Con la sospecha inicial de exantema periflexural asimétrico de la infancia frente a picaduras, se inició tratamiento con anti-histamínico por vía oral y metilprednisolona aceponato al 0,1% por vía tópica, con mejoría aparente de las lesiones. Seis días más tarde consultó por aparición progresiva de nuevas lesiones de similares características. En la exploración física presentó máculas hiperpigmentadas marrones en la zona abdominal inferior y en la región anterior de ambos muslos, junto con múltiples pápulas eritematoedematosas, algunas con centro pustuloso, en la zona lumbar y en ambos glúteos (fig. 1) y otras con aspecto vesiculoso en costado izquierdo (fig. 2). La niña negaba ir a piscinas, bañarse en casa (habitualmente se duchaba) o hacer cualquier tipo de actividad recreativa relacionada con agua. No tenía antecedentes de ingresos hospitalarios. En el interrogatorio



Figura 1 Pápulas eritematoedematosas, algunas pustulosas, en la zona glútea.

dirigido el único dato reseñable fue que el año anterior había presentado un episodio de semejantes características y cuyo diagnóstico era superponible al actual. Se efectuó un cultivo de las lesiones donde se aisló *P. aeruginosa*. El diagnóstico definitivo fue de foliculitis recurrente por *P. aeruginosa*. Se instauró tratamiento con gel de clorhexidina y gentamicina tópica junto con medidas higiénicas consistentes en evitar esponjas, utilizar toallas secas e incrementar la higiene en los lugares húmedos de la casa, consiguiendo de este modo desaparición completa de las lesiones y no reaparición de lesiones tras 10 meses de seguimiento.

En 1975, McCausland y Cox¹ describieron un exantema pruriginoso autolimitado que recordaba a picaduras de insectos en 42 niños tras bañarse en una piscina pública. En los cultivos de las lesiones cutáneas y del agua se aisló *P. aeruginosa*. En 1982 se describieron 33 pacientes con foliculitis por *Pseudomonas* sin exposición a actividades recreativas o relacionadas con el agua, pero sí con otras circunstancias, como depilación de las extremidades inferiores y contacto con el medio hospitalario². Más recientemente, se ha descrito este cuadro en relación con el uso de esponjas de baño. Se ha propuesto distinguir entre foliculitis por *Pseudomonas* asociadas a actividades recreativas frente a foliculitis no asociadas a actividades recreativas³. Esta última puede clasificarse en los siguientes grupos: posdepilación, adquirida en el hospital y esporádica^{4,5}. En las formas esporádicas la fuente de infección no es aparente y tienen tendencia a la cronicidad con duración variable entre 3 meses y 3 años (en ocasiones, con intervalos de desaparición completa de las lesiones). La foliculitis cau-



Figura 2 Múltiples pápulas eritematosas dispersas en ambos flancos y la zona proximal de ambas extremidades superiores e inferiores.

sada por *Pseudomonas* puede ser una complicación tras tratamiento antibiótico del acné vulgar en pacientes que simultáneamente presentan una otitis externa provocada por baños frecuentes en piscinas.

En pacientes con foliculitis, aun sin el antecedente de una actividad recreativa previa, se debe valorar la posibilidad de que el agente causal sea *Pseudomonas*. De este modo, se pueden evitar retrasos diagnósticos y confusión con otros cuadros clínicos como picaduras de insectos, dermatitis por cercarias, escabiosis, foliculitis por estafilococos, erupciones virales, miliaria, eczema folicular o sarcoidosis papulosa⁶.

Para el correcto diagnóstico hay que tener en cuenta, en primer lugar, la distribución de las lesiones, la frecuencia de aparición y que los niños tienen mayor riesgo de desarrollar una foliculitis por *Pseudomonas* que los adultos. En segundo lugar, en pacientes sin historia previa de exposición a actividades recreativas habituales o con el medio hospitalario, se debe investigar la posibilidad de contacto con otros productos contaminados con agua: *P. aeruginosa* se encuentra presente de manera universal en superficies húmedas del hogar, como fregaderos, baños e incluso en agua embotellada.

La medida terapéutica principal es evitar la exposición a las fuentes contaminantes. En la forma no relacionada con actividades recreativas es muy importante eliminar todos los factores medioambientales que pueden estar relacionados para evitar la evolución a formas crónicas o recurrentes⁶. El uso de una solución antiséptica es útil para eliminar los microorganismos de la superficie cutánea, pero no está bien determinado cómo afecta a las lesiones foliculares profundas. La utilización de antibióticos por vía sistémica también está discutida debido a los efectos secundarios y al carácter autolimitado de la enfermedad. Sólo estarían indicados en caso de infecciones persistentes o en pacientes inmunodeprimidos. Se debe evaluar el contexto clínico, microbiológico y epidemiológico de cada caso para determinar el balance riesgo-beneficio de las diferentes alternativas terapéuticas. En casos excepcionales, puede

estar indicado el uso de ciprofloxacino por vía oral; el resto de los antibióticos con actividad frente a *Pseudomonas* no está disponible por vía oral. En otras patologías provocadas por *Pseudomonas* en la población infantil se ha empleado ciprofloxacino a dosis de 20-30 mg/kg/día dividida en dos tomas.

El tratamiento tópico se fundamenta en aplicar compresas impregnadas en ácido acético al 1% y posteriormente algún antibiótico por vía tópica, como gentamicina, neomicina, polimixina, bacitracina o sulfadiacina argéntica. Además, es importante la localización y la eliminación de la fuente de contagio.

Bibliografía

1. McCausland WJ, Cox PJ. *Pseudomonas* infection traced to a motel whirlpool. *J Environ Sci Health*. 1975;37:455.
2. Alomar A, Ausina V, Vernis J, De Moragas JM. *Pseudomonas* folliculitis. *Cutis*. 1982;30:405-9.
3. Trüeb RM, Panizzon RG, Burg G. Non-recreational *Pseudomonas aeruginosa* folliculitis. *Eur J Dermatol*. 1993;3:269-72.
4. Huminer D, Shmueli H, Block C, Pitlik SD. Home shower-bath *pseudomonas* folliculitis. *Isr J Med Sci*. 1989;25:44-5.
5. Zichichi L, Asta G, Noto G. *Pseudomonas aeruginosa* folliculitis after shower/bath. *Int J Dermatol*. 2000;39:270-3.
6. Trüeb RM, Gloor M, Wüthrich B. Recurrent *Pseudomonas* folliculitis. *Pediatr Dermatol*. 1994;1:35-8.

C. García-Donoso*, A. Romero-Maté, C. Martínez-Morán y J.M. Borbujo

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carmengdonoso@yahoo.es (C. García-Donoso).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.10.025

Azul de metileno: utilidad en el tratamiento de la hipotensión arterial refractaria en prematuros

Methylene blue: usefulness in the treatment of refractory hypotension in premature infants

Sr. Editor:

La hipotensión arterial del shock séptico se produce en parte como consecuencia de la liberación de mediadores inflamatorios. En este contexto, el exceso de óxido nítrico (NO) desempeña un papel en el desarrollo de dicha hipotensión^{1,2}, tal y como demuestran distintos trabajos que revelan niveles altos de nitratos, nitritos y metabolitos del NO en recién nacidos con sepsis¹. Por este motivo, los inhibidores de la enzima NO sintasa se han ensa-

yado, con resultados variables, en el tratamiento del shock séptico^{3,4}.

Una alternativa podría ser el empleo de inhibidores de la forma soluble de la guanilato ciclasa, la enzima activada por el NO y encargada de generar GMPc, responsable de la relajación del músculo liso vascular y, por tanto, de la vasodilatación⁵, así como de la disminución de la contractilidad a nivel de los miocitos⁶. Dentro de estos fármacos, el azul de metileno se ha empleado en la hipotensión arterial refractaria en el período neonatal, con buena respuesta⁷.

Presentamos nuestra experiencia con el azul de metileno, como uso compasivo y previo consentimiento informado de los padres, en un recién nacido pretérmino de 32 + 5 semanas de edad gestacional, varón, nacido mediante parto eutócico de vértice, peso 1.790 g, Apgar 9/10.

Ingresa en nuestra unidad por clínica de distrés respiratorio, precisando ventilación mecánica no invasiva. Tras estabilización inicial, a los 3 días de vida, desarrolla clí-