



Caso clínico. Dermatología

A propósito de foliculitis

Katya López Martín^a, Wilson José Dos Santos Rodrigues^a, M.^a Dolores Cantarero Vallejo^b

^aMIR Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. España.

^bPediatra de Atención Primaria. CS Illescas. Toledo. España.

Publicado en Internet:
24-marzo-2022

Katya López Martín:
katyalopezm@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El principal agente causante de las foliculitis es el *S. aureus*, seguido de los bacilos gramnegativos, entre ellos *Pseudomonas aeruginosa*.

El diagnóstico es generalmente clínico y el tratamiento empírico. Solo ante determinadas circunstancias o mala evolución clínica se recomienda el estudio microbiológico.

Se manifiesta clínicamente con pápulas y/o pústulas eritematosas a nivel del orificio folicular.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de dos hermanos que, tras volver de vacaciones de la playa, consultan por lesiones papulopustulosas eritematosas, levemente pruriginosas (fig. 1). Acude primero la hermana de 6 años por lesiones de 2 días de evolución en glúteos que progresivamente se extendieron a ambos muslos. Sospechando una infección cutánea de rápida extensión, se pautó amoxicilina-ácido clavulánico vía oral durante 7 días.

Al 4.º día de tratamiento la paciente vuelve por aparición de nuevas lesiones junto a manchas hiperpigmentadas, y el hermano de 4 años por iniciar con lesiones pustulosas de características y localización similares. Se prescribió ácido fusídico tópico durante 7 días a ambos. Tras 5 días, la hermana mostró mejoría apreciándose lesiones costrosas y máculas hiperpigmentadas residuales; sin embargo, el hermano tenía progresión de nuevas lesiones.

Tras completar el tratamiento antibiótico tópico, ambos acudieron a urgencias hospitalarias por reaparición de nuevas pústulas. Ante la progresión y larga duración del cuadro, se pautó mupirocina local durante 10 días sin resolución completa. Dada la mala evolución, se consultó con Dermatología y se efectuó cultivo de las lesiones aislándose *P. aeruginosa*. Se recomendó gel de clorhexidina para la higiene familiar y

Figura 1. Lesiones papulopustulosas eritematosas



reinicar mupirocina otros 10 días. Una nueva anamnesis destacó que los últimos días de vacaciones realizaron baños en piscina infantil y en casa realizaban el baño juntos senta-

Cómo citar este artículo: López Martín K, Dos Santos Rodrigues WJ, Cantarero Vallejo D. A propósito de foliculitis. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2022;(31):e23-e24.

dos en la bañera. Se aconsejó desinfección de la bañera con lejía, eliminación de fómites (esponja, toallas, etc.) consiguiendo la resolución completa del cuadro en una semana, en ambos hermanos.

CONCLUSIONES

La foliculitis por *Pseudomonas aeruginosa* es una entidad para tener en cuenta en las consultas de Pediatría de Atención Primaria. Se asocia a baños en piscinas, jacuzzi, parques acuáticos, etc. Es un cuadro autolimitado (7-10 días) y no suele ser necesario tratamiento. Para su resolución es

fundamental la eliminación de la fuente de contagio. En nuestro caso la prolongación del cuadro (casi un mes) probablemente haya sido favorecida por la contaminación de la bañera de casa y fómites. Una anamnesis mirada sobre hábitos de higiene y recreación es importante para su diagnóstico, diagnóstico diferencial, prevención y tratamiento adecuado.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.