

Foliculitis y forunculosis

Clínica

y tratamiento

■ ANTONIA T. VILA MAS y LLUÍS PUIG SANZ • Dermatólogos. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Las foliculitis y forunculosis son infecciones dermatológicas de elevada incidencia en la población. Conocer su etiología, clínica y tratamiento puede ayudar al farmacéutico a mejorar su asesoramiento a los clientes que refieren alguno de estos problemas. Algunos casos podrán abordarse desde la farmacia y otros requerirán la derivación al médico.

La foliculitis y la forunculosis consisten en una infección del folículo pilosebáceo y se engloban dentro de las piodermis. La importancia de conocer sus diferentes formas y manifestaciones radica en su elevada frecuencia, en la satisfactoria respuesta al tratamiento adecuado y en el hecho de que cualquier infección localizada puede convertirse en el punto de siembra de una bacteriemia con posibles complicaciones graves.

ETIOLOGÍA

El agente causal implicado con mayor frecuencia en las foliculitis y forunculosis es *Staphylococcus aureus*; aunque también pueden ser producidas por *Streptococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* spp., etc.

La patogénesis de las infecciones bacterianas depende de varios factores:

- La patogenicidad de la bacteria.
- La existencia de una puerta de entrada.



- La capacidad defensiva del huésped contra la invasión bacteriana.

Un hecho importante y que hay que tener en cuenta es la existencia de portadores sanos de estafilococos. Un 20% de la población es portadora persistente, un 60% portadora intermitente y un 20% nunca es portadora. Las localización más habitual son las fosas nasales. 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 recidivantes.

CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES DEL FOLÍCULO PILOSEBÁCEO

Este tipo de infecciones se clasifica en:

- Foliculitis por cocos grampositivos (estafilococos, estreptococos).
- Foliculitis superficial.
- Foliculitis profundas: sicosis estafilocócicas, forúnculo, ántrax, orzuelo y seudofoliculitis de la barba.
- Foliculitis por *Pseudomonas aeruginosa*.
- Foliculitis por otros bacilos gramnegativos.

FOLICULITIS SUPERFICIAL

La foliculitis superficial consiste en la infección del ostium folicular, por lo que también se denomina ostiofoliculitis.

El agente causal aislado con mayor frecuencia es *S. aureus*. Entre los factores predisponentes destacan la depilación y el afeitado, una sudación profusa, la humedad, la oclusión, las alteraciones de la inmunidad, la obesidad, las dermatosis previas u otras patologías como la diabetes mellitus.

Su presentación clínica es en forma de pápulas eritematosas perifoliculares, sobre las que rápidamente se desarrollan pústulas blancoamarillentas, centradas por un pelo y rodeadas por un halo inflamatorio. Al desecarse la pústula, forma una costra que cuando se desprende no deja cicatriz. Se observa, con mayor frecuencia, en la cara, cuero cabelludo, extremidades y axilas.

El diagnóstico diferencial se plantea con otras foliculitis (como las candidiásicas y las producidas por gramnegativos), las seudofoliculitis (que se describen a continuación), con el acné, en el que coexisten diferentes lesiones elementales (comedones, pápulas, pústulas y/o nódulos) y en el que *S. aureus* sólo estará presente como agente concomitante; y con la queratosis pilar, que consiste en pápulas hiperqueratósicas, eritematosas, foliculares, rasposas al tacto, cuya localización más frecuente es en las superficies extensoras de las extremidades y se produce a consecuencia de la sequedad, sin tener una etiología infecciosa.

El tratamiento se llevará a cabo con detergentes que respeten el pH ácido de la piel, antisépticos locales como la clorhexidina y antibióticos tópicos como mupirocina, eritromicina, clindamicina o ácido fusídico. En los casos muy extensos o en aquellos en los que el tratamiento tópico no resuelva el cuadro, se recurrirá a un tratamiento antibiótico vía oral, previo cultivo y antibiograma si es posible.

FOLICULITIS PROFUNDAS

Son aquellas infecciones en la que, además del ostium, se afecta el folículo en su profundidad. Incluye las siguientes entidades:

Sicosis de la barba

Se inicia como una foliculitis superficial en el área de la barba (fig. 1) y zonas adyacentes del cuello, que fácilmente se extiende con el afeitado. Se observan micropústulas que con el tiempo confluyen, formando placas

Fig. 1. Sicosis de la barba



inflamatorias, con pústulas en la superficie. La localización más habitual es el labio superior. El diagnóstico diferencial debe establecerse con una dermatofitosis profunda, con foliculitis profundas de otro origen y con la seudofoliculitis.

Los orzuelos suelen
curar de forma espontánea,
aunque mejoran más
rápidamente con calor
local y la aplicación
de antibióticos tópicos

Forúnculo

Se produce una inflamación folicular con perifoliculitis (fig. 2), más frecuente en zonas de piel hirsuta de individuos predispuestos. Se manifiesta con uno o más nódulos eritematosos, calientes, dolorosos, de hasta 1 o 2 cm de diámetro centrados por una pústula o zona necrótica y que pueden acompañarse de linfangitis. La maduración del forúnculo lleva a la fluctuación y al drenaje de un material necrótico a través de la zona central. Tras el drenaje, ya sea de forma espontánea o a través de una incisión quirúrgica, los signos de inflamación ceden rápidamente, aunque es frecuente la aparición de nuevas lesiones en zonas próximas, por autoinoculación. Puede haber fiebre y alteración del estado

general. Las localizaciones y factores predisponentes son similares a las de la foliculitis.

Las lesiones localizadas en el conducto auditivo externo causan un dolor muy intenso.

Las forunculosis consisten en la aparición repetida durante largos períodos de tiempo de forúnculos únicos o múltiples en localizaciones variables; en estos casos se debe valorar la presencia de factores predisponentes, así como la existencia de portadores nasales de estafilococos en el entorno del paciente, responsables de la colonización recidivante.

Los forúnculos que afectan a la zona del labio superior y surco nasogeniano no deben manipularse debido a que esta región drena a través de la vena angular al seno cavernoso y existe el riesgo de una tromboflebitis de este seno. Desde el punto de vista clínico se manifiesta con un edema rojo-vinoso de la cara, fiebre, escalofríos e importante afectación del estado general y requiere un tratamiento urgente.

Ántrax

Se forma como resultado de la coalescencia (fusión o adherencia) de varios forúnculos con extensión de la supuración al tejido celular subcutáneo, formando fistulas subyacentes que facilitan su extensión. Se manifiesta en forma de un nódulo o placa inflamatoria, que contiene diferentes folículos, a través de los cuales se libera pus al comprimirlo. La afectación sistémica es habitual, así como la asociación a enfermedades subyacentes. Su cicatrización es por granulación y suelen dejar una cicatriz violácea, en ocasiones hipertrófica. El ántrax es una infección grave, que sin tratamiento ocasiona una elevada mortalidad y deja cicatrices importantes.

Orzuelo

Es una foliculitis de las pestañas, con perifoliculitis producida por *S. aureus*. Se manifiesta como una lesión única, nodular, inflamatoria, con edema palpebral y una pústula en su superficie. Habitualmente curan de forma espontánea, aunque mejoran con mayor rapidez con calor local y la aplicación de antibióticos tópicos.

Seudofoliculitis de la barba

Consiste en una reacción inflamatoria secundaria a cuerpo extraño que se produce por la incurvación y penetración de los folículos pilosos de la barba con el afeitado. La depilación en la mujer puede ocasionar también un cuadro similar. Se trata de una foliculitis mecánica en la que la infección por *S. aureus* es secundaria. Se manifiesta en forma de múltiples pápulas y pústulas

las en la zona de afeitado, especialmente en el cuello y áreas mandibulares, donde se pueden observar los pelos encarnados en la piel y dispuestos paralelamente a ésta.

TRATAMIENTO DE LAS FOLICULITIS PROFUNDAS

El tratamiento consiste en evitar el afeitado o la depilación de las zonas afectadas y aplicar antisépticos, mupirocina y antibióticos sistémicos.

En los forúnculos el tratamiento tópico casi siempre es suficiente. Pueden aplicarse fomentos con soluciones antisépticas (permanganato potásico al 1/10.000, sulfato de cinc o cobre, polivinilpirrolidona yodada o clorhexidina) o cremas antibióticas con ácido fusídico, mupirocina o gentamicina dos veces al día durante 10 o 12 días.

Cuando la lesión fluctúa, la incisión quirúrgica en sentido vertical y el drenaje producen una mejoría rápida del dolor y la inflamación. En función de la gravedad, situación general del enfermo o localización de las lesiones puede ser necesario el tratamiento sistémico.

En el ántrax, a diferencia de los forúnculos, siempre se requiere un tratamiento antibiótico sistémico e inmediato, asociado al drenaje quirúrgico de la lesión.

Las pautas de tratamiento con antibióticos sistémicos son:

- Cloxacilina 500 mg/6 horas vía oral (2 g/6 horas vía endovenosa) según la gravedad del cuadro y durante 7 a 10 días.
- Amoxicilina-ácido clavulánico 500 mg/8 horas.
- Eritromicina 15-20 mg/kg/día, repartido en 4 dosis iguales.
- Ácido fusídico 250 mg/12 horas.

Ante la presencia de infecciones estafilocócicas recurrentes, muy especialmente en personal sanitario en los que la tasa de portadores es superior al resto de la población, se debe practicar un cultivo de las fosas nasales para determinar el estado de portador. En este caso se iniciará tratamiento erradicador con mupirocina intranasal tópica al 2% cada 12 horas, durante 5 o 10 días, o como alternativa, rifampicina 600 mg/día asociada a cloxacilina 250 mg/día o cotrimoxazol durante 10 días.

Deben extremarse las medidas higiénicas para disminuir los factores favorecedores. Para ello es necesario el cambio de ropa personal y de cama a diario, utilizar detergentes antisépticos, hacer un uso individual con cam-

Fig. 2. Forúnculo



bio frecuente de las toallas y llevar las uñas cortas.

FOLICULITIS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

La foliculitis por *P. aeruginosa* (véase la foto de apertura) suele presentarse en pequeñas epidemias y el contagio habitualmente se produce a partir de agua contaminada, en especial en piscinas, áreas termales y saunas, debido a una cloración insuficiente. Su reservorio también puede estar en relación con esponjas contaminadas, depilación o tratamientos antibióticos para el acné a largo plazo aunque pueden aparecer infecciones esporádicas sin una relación etiológica clara. Las concentraciones de cloro libre inferiores a 0,5 mg/l permiten la proliferación de *P. aeruginosa*.

El período de incubación oscila entre unas horas y un par de días. La presentación clínica es similar al resto de foliculitis; son pápulas y pústulas foliculares localizadas en el tronco, glúteos y en las extremidades inferiores. El hecho de que se acompañe de prurito intenso y/o dolor puede ayudar a sospechar esta etiología. La infección posdepilación se caracteriza por lesiones papulopustulosas en ambas piernas, que aparecen entre 6 y 48 horas después de la depilación, ya sea con cera o eléctrica y se debe a que el calor facilita la dilatación del ostium folicular y la penetración del microorganismo.

La confirmación diagnóstica se establece mediante el cultivo de las lesio-

nes; en algunos casos puede resultar difícil y por ello se recomiendan cultivos seriados si existe una alta sospecha clínica.

El curso es autolimitado y se recomienda un tratamiento conservador tópico (compresas de ácido acético al 1% y sulfadiazina argéntica, o polimixina, neomicina y bacitracina). Si la infección es persistente o el paciente está inmunodeprimido, se requiere antibioterapia sistémica. Es conveniente tratar de localizar el punto de contagio, realizar una cloración adecuada del agua y hervir las esponjas.

FOLICULITIS POR GRAMNEGATIVOS

Es una infección del folículo pilosebáceo por bacilos gramnegativos, que suele surgir como complicación del tratamiento del acné con antibióticos durante períodos de tiempo prolongados.

Los agentes implicados son múltiples, incluyendo *Pseudomonas* sp., *Proteus* y *E. coli*. Su origen suele ser el propio paciente, produciéndose la colonización folicular a partir de la boca o el oído. Su forma más habitual de presentación es como una agudización del acné, en forma de un brote de pústulas faciales.

Es muy importante la sospecha clínica para su diagnóstico y realizar un posterior cultivo de las lesiones para su confirmación. Respecto al abordaje terapéutico, se debe suspender el tratamiento antibiótico previo y administrar otros fármacos, como la ampicilina, hasta la remisión del cuadro. La mayoría de casos responde de manera satisfactoria al tratamiento, aunque si no se llega al diagnóstico y se mantiene el tratamiento antibiótico desencadenante puede seguir un curso prolongado. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, et al. Dermatología en medicina general. Argentina: Panamericana, 2001.
- Fonseca E. Infecciones bacterianas. En: Ferrándiz C, editor. Dermatología Clínica, 2.ª ed. Madrid: Harcourt, 2001;21-32.
- Freedberg IM. Current dermatologic. Diagnosis and treatment. Philadelphia: Current Medicine, 2001.
- Ortega del Olmo RM, Fernández Pugnare. Infecciones cutáneas bacterianas. Aspectos diagnósticos y terapéuticos. Medicina 1999;7:6297-305.