

\* Autor para correspondência.

E-mail: [tauana\\_ogata@hotmail.com](mailto:tauana_ogata@hotmail.com) (T.O. Rocha).

Recebido em 9 de fevereiro de 2024; aceito em 15 de março de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.11.007>

2666-2752/ © 2024 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Caracterização clínica e epidemiológica dos casos de demodicose na população pediátrica do Hospital Clínico da Universidade do Chile (2013-2020)<sup>☆☆☆</sup>



Prezado Editor,

*Demodex folliculorum* e *D. brevis* são ácaros comensais da unidade pilossebácea, e sua presença em menores de 18 anos é raramente descrita, o que pode ser explicado pela baixa produção de sebo na infância.<sup>1,2</sup> Acredita-se que seu papel patogênico ocorra quando penetram na derme, multiplicando-se e causando inflamação local.<sup>3</sup> O termo demodicose refere-se à proliferação desse ácaro quando associado a alterações inflamatórias na pele, principalmente na forma de rosácea papulopustulosa ou blefarite, embora também possa se apresentar como placas eczematosas pruriginosas e dermatite perioral.<sup>4</sup>

É importante detectar essa doença incomum na população pediátrica em virtude de sua associação com imunossupressão, em casos de desnutrição, HIV ou de neoplasia hematológica. O diagnóstico é clínico, confirmado por microscopia direta de raspado de lesão cutânea.<sup>5</sup>

Em relação à literatura nacional e internacional, há poucas descrições da presença desses ácaros em menores de 18 anos. Por esse motivo, não há consenso sobre o tratamento e acompanhamento dessa doença, bem como as implicações inflamatórias crônicas que essa doença pode implicar.

O objetivo do presente relato é caracterizar clinicamente pacientes menores de 18 anos com diagnóstico de demodicose.

Foi realizado estudo descritivo retrospectivo, com base em prontuários clínicos de pacientes pediátricos com teste positivo para *Demodex* realizado por técnico de laboratório especializado, entre 2013 e 2020.

De 2013 a 2020, foram analisados 2.491 testes para ácaros positivos para *Demodex* na área facial dos quais 94 eram de pacientes menores de 18 anos. Por fim, foram incluídos apenas 45 pacientes com informações clínicas completas. Desses pacientes, foram coletadas informações sobre idade, gênero, história de morbidades e número de ácaros por lesão

analisada. Além disso, foi analisada a presença de eritema, pápulas, pústulas e descamação na pele. Foi investigada a presença de envolvimento ocular e outros (rinofima, erosão, nódulos, hordéolo e conjuntivite).

O tratamento dos pacientes foi classificado como tópico e/ou sistêmico, dependendo do que receberam.

A média de idade dos pacientes estudados foi de 9,3 anos, com desvio padrão de 4,1 anos. Um total de 17,8% (oito pacientes) eram masculinos e 82,2% (37 pacientes) femininos (tabela 1). Quanto ao número de *Demodex* por teste para ácaro realizado, a média foi de 28,4 *Demodex* por amostra, com mínimo de dois e máximo de 98 *Demodex*. Em relação aos sintomas e sinais clínicos presentes nos pacientes, foram observados (tabela 2): pápulas (97,8%), eritema (95,6%), pústulas (55,6%) e descamação (28,9%). Destaca-se também a presença de outros sinais, como: hordéolo (11,1%), erosão (8,9%), rinofima (6,6%) e conjuntivite (4,4%). Dentre os antecedentes mórbidos dos pacientes, destacam-se: acne (quatro pacientes), asma (três pacientes), rinite (dois pacientes), psoríase (um paciente) e síndrome de Netherton (um paciente). As figuras 1 e 2 demonstram os sinais clínicos dos pacientes; pápulas e eritema foram os achados mais frequentes.

O diagnóstico registrado nos prontuários, foi variado e incluiu demodicose, rosácea, dependência de corticoides e dermatite perioral.

O tratamento utilizado foi descrito em apenas 41 pacientes: 83% receberam tratamento exclusivamente tópico, e 17% associado ao tratamento sistêmico.

Inicialmente, a demodicose pediátrica foi descrita principalmente em pacientes com imunossupressão, mas atualmente casos têm sido descritos em crianças sem histórico de morbidades.<sup>5-10</sup> Na presente série de casos, houve apenas uma criança com imunossupressão apesar de alguns pacientes fazerem uso de corticoides inalatórios, como aqueles com doença respiratória obstrutiva (três pacientes com asma e dois pacientes com rinite alérgica). Este pode-

**Tabela 1** Características demográficas e número de ácaros por amostra

	Média	Desvio-padrão
Idade	9,3 anos	± 4,1 anos
Número de ácaros por amostra	28,4 ácaros	-
Gênero	%	n
Masculino	17,8	8
Feminino	82,2	37
Total	100	45

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.10.008>

☆ Como citar este artigo: Schroder Huaquín C, Gárate M, Orlandi D, Aranibar L, Silva F. Clinical and epidemiological characterization of demodicosis cases in pediatric population at the Hospital Clínico of University of Chile (2013-2020). An Bras Dermatol. 2025;100:146–8.

☆☆ Trabalho realizado no Laboratório Clínico, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

**Tabela 2** Características clínicas dos pacientes pediátricos expressas em porcentagem e número total

	%	n
<b>Fototipo<sup>a</sup></b>		
I	0	0
II	23,7	9
III	63,2	24
IV	13,2	5
V	0	0
VI	0	0
Pápulas	97,8	44
Eritema	95,6	43
Pústulas	55,6	25
Descamação	28,9	13
<b>Outras</b>		
Rinofima	2	4,4
Nódulo e rinofima	1	2,2
Erosão	4	8,9
<b>Ocular</b>		
Hordéolo	11,1	5
Conjuntivite	4,4	2
<b>História de morbidades</b>		
Acne	8,9	4
Asma	6,7	3
Rinite alérgica	4,4	2
Psoríase	2,2	1
Síndrome de Netherton	2,2	1

<sup>a</sup> Quanto ao fototipo, foi descrito em apenas 38 pacientes. No restante, a % é em relação a "n" total de 45 pacientes.

ria ser, portanto, fator que influencia maior predisposição à demodicose.

A causa dos achados clínicos na infestação por *Demodex* ainda é desconhecida. Embora a demodicose tenha sido demonstrada em associação com várias doenças cutâneas, o papel dos ácaros *Demodex* em doenças dermatológicas ainda é controverso.<sup>11</sup>

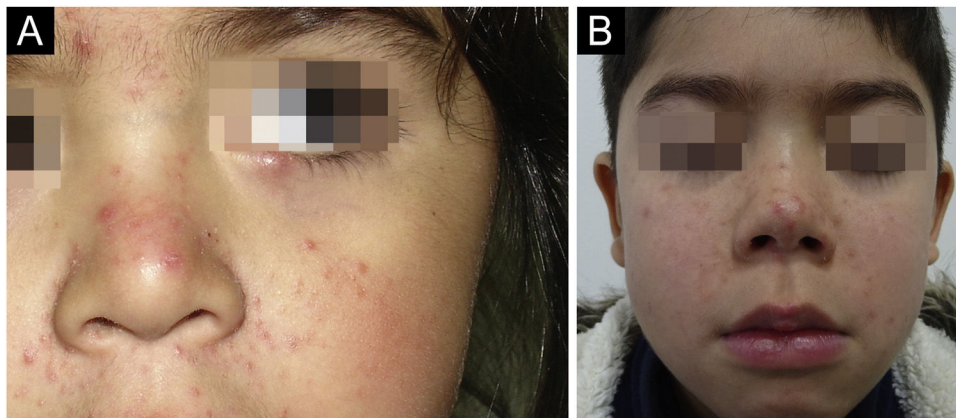
No presente estudo de pacientes pediátricos chilenos, os sintomas e sinais, além da história clínica, são semelhan-

tes e comparáveis aos descritos nos estudos internacionais.<sup>4</sup> É assim que os principais sintomas e sinais apontam para demodicose secundária, com aumento da rosácea papulopustulosa ou dermatite ocular e perioral. Apenas 42% dos pacientes apresentavam alguma comorbidade, desde doenças inflamatórias, como psoríase e hidradenite supurativa, até doenças de base genética, como a síndrome de Netherton.

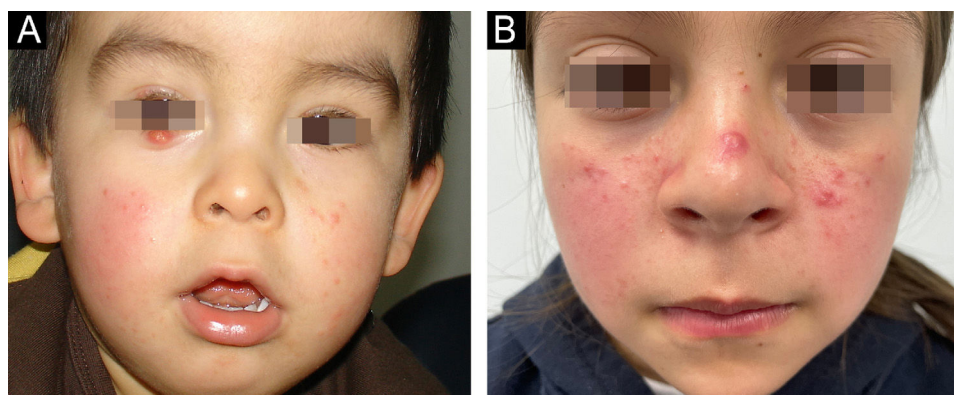
O estudo chama a atenção para o pequeno número de exames de teste para ácaros solicitados para menores de 18 anos. Isso seria decorrente da baixa suspeita de demodicose em crianças e para evitar procedimentos desconfortáveis para pais e filhos, perdendo-se assim a oportunidade de ampliar o diagnóstico diferencial. Por fim, quanto ao tratamento, na presente série de casos foram observados esquemas muito variados, que incluíram os agentes classicamente utilizados nessa doença e esquemas associados como óxido de zinco ou alfa bisabolol. Em relação à terapia oral, o principal agente utilizado foi a doxiciclina ou limeciclina oral por períodos que variaram de quatro a oito semanas. Deve-se considerar que dentro do tratamento há dois agentes terapêuticos com restrições de idade para sua administração. Por esse motivo, o arsenal terapêutico pode ser limitado na demodicose grave em pacientes muito jovens.

A presente série é a primeira relatada na população pediátrica chilena e permite aos autores propor diretrizes para estudos futuros, avaliar tratamentos, recorrências e disseminar na comunidade médica o possível papel patogênico do *Demodex* spp. em pacientes dessa faixa etária. Essa doença é rara na população pediátrica, por isso os autores propõem que a demodicose seja suspeitada em todas as crianças com erupções papulopustulosas na face ou em casos de distúrbios inflamatórios faciais refratários, como dermatite periorifical e rosácea infantil, caso em que teste para ácaros ou outro teste diagnóstico deve ser feito para confirmar a suspeita e possibilitar o tratamento adequado.

O presente estudo tem como limitações ser descritivo, com baixo número de pacientes e sem seguimento de longo prazo pós-tratamento.



**Figura 1** (A) Menina de 4 anos com eritema, pápulas e pústulas na região; (B) Menino de 8 anos com eritema basal e pápulas na região facial.



**Figura 2** (A) Criança de 1 ano com eritema e micropápulas na região bucinadora, tendo como principal manifestação da demodicose, um nódulo eritematoso-amarelado na borda livre da pálpebra inferior direita; (B) Menina de 9 anos com eritema centro-facial associado a um número significativo de pápulas e pústulas na região facial.

## Suporte financeiro

Nenhum.

## Contribuição dos autores

Claudia Schroder: Elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Matías Gárate: Concepção e planejamento do estudo; obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados; análise estatística; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados.

Diego Orlandi: Concepção e planejamento do estudo; obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados; análise estatística; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados.

Lígia Aranibar: Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Francisco Silva: Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. Aylesworth R, Vance JC. *Demodex folliculorum* and *Demodex brevis* in cutaneous biopsies. *J Am Acad Dermatol.* 1982;7:583–9.
2. Bonnar E, Eustace P, Powell FC. The *Demodex* mite population in rosacea. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28:443–8.
3. Forton F, Seys B, Marchal JL, Song AM. *Demodex folliculorum* and topical treatment: acaricidal action evaluated by standardized skin Surface biopsy. *Br J Dermatol.* 1998;138:461–6.
4. Douglas A, Zaenglein AL. A case series of demodicosis in children. *Pediatr Dermatol.* 2019;36:651–4.

5. Rusiecka-Ziótkowska J, Nokiel M, Fleischer M. *Demodex* - An old pathogen or a new one? *Adv Clin Exp Med.* 2014;23:295–8.
6. van Atteveld J, Graaf M, Grotel M, van Atteveld JE. Demodicosis in pediatric cancer. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2017;39:402–6.
7. Álvarez-Salafranca M, Vicente A, Prat Torres C, Combalia A, Monsonís M, Celis-Passini VP, et al. Demodicosis in two patients with a previous history of Langerhans cell histiocytosis. *Pediatr Dermatol.* 2017;34:e299–301.
8. Guerrero-González GA, Herz-Ruelas EM, Gómez-Flores M, Ocampo-Candiani J. Crusted demodicosis in an immunocompetent pediatric patient. *Case Rep Dermatol Med.* 2014;2014:458046.
9. Karıncaoglu Y, Bayram N, Aycan O, Esrefoglu M. The clinical importance of *demodex folliculorum* presenting with nonspecific facial signs and symptoms. *J Dermatol.* 2004;31:618–26.
10. Patrizi A, Neri I, Chierigato C, Misciali M. Demodicidosis in immunocompetent young children: report of eight cases. *Dermatology.* 1997;195:239–42.
11. Aktas Karabay E, Aksu Cerman A. *Demodex folliculorum* infestations in common facial dermatoses: acne vulgaris, rosacea, seborrheic dermatitis. *An Bras Dermatol.* 2020;95:187–93.

Claudia Schroder Huaquín <sup>ID a,\*</sup>, Matías Gárate <sup>ID b</sup>, Diego Orlandi <sup>ID b</sup>, Lígia Aranibar <sup>ID b</sup> e Francisco Silva <sup>ID c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Dermatologia, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

<sup>c</sup> Serviço de Laboratório Clínico, Unidade de Microbiologia, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

\* Autor para correspondência.

E-mail: [clau.schroder@gmail.com](mailto:clau.schroder@gmail.com) (C.S. Huaquín).

Recebido em 2 de setembro de 2023; aceito em 3 de outubro de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.10.022>

2666-2752/ © 2024 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).