

DERMATITIS POR PISCINAS

Dr. Antonio Martínez Oviedo¹ / Dr. Emilio Carlos López Soler¹ / Dra. Carolina Castaño Vicente-Gella²

¹ Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Servicio de Pediatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de 2 hermanos, de 10 y 6 años, sin patologías previas relevantes, que presentan ambos una erupción papulopustulosa. Ésta se distribuye predominantemente en tronco y extremidades, con diferente grado de afectación, y un decalaje en la aparición de 24-48 horas entre ambos. Dicha erupción es prácticamente asintomática, asociando el mayor otalgia izquierda compatible con otitis externa leve. Como antecedente relevante cabe mencionar el baño prolongado en una piscina familiar de vinilo de pequeño tamaño en los 2-3 días previos.

COMENTARIO

Las lesiones se corresponden con una foliculitis extensa que predomina en aéreas del bañador

y tronco, respetando las zonas palmoplantares y la cara. Los cultivos de las lesiones fueron negativos. Por las características clínicas y epidemiológicas, el diagnóstico de sospecha principal fue de foliculitis por las piscinas cuyo agente más frecuente es la *Pseudomona aeruginosa*, patógeno frecuente también en las otitis externas de los nadadores.

Este tipo de patología es frecuente en verano y en usuarios de piscinas, Spas y balnearios, en los que la temperatura del agua es elevada. Otros factores implicados son: el elevado número de bañistas, la agitación del agua (favorece la evaporación del cloro), el cuidado inadecuado de la piscina o de los objetos de baño (esponjas, bañadores, etc), el baño prolongado a últimas horas del día y agua caliente (mayor evaporación del cloro) y la presencia de serotipos de pseudomonas resistentes al cloro. La temperatura elevada del agua y la depilación



Fig. 1 Lesiones papulopustulosas con diferente grado de afectación en ambos hermanos. (a) 10 años, (b) 6 años.



Fig. 2. Detalle lesiones papulopustulosas que afectan a los folículos.

previa, favorecen la apertura del folículo y la colonización por este germen

Generalmente las lesiones aparecen entre 8 horas y 5 días después de la exposición, siendo el tiempo medio de 48 horas. Iniciándose muchas veces en la zona del bañador. El cuadro suele ser autolimitado, resolviéndose en unos 7-14 días, no dejando cicatriz ni precisando tratamiento alguno en la mayoría de los pacientes inmunocompetentes. En los casos con mayor extensión puede utilizarse una solución de clorhexidina tópica al 0.5-1% como en nuestro caso, que aceleró la curación de las lesiones.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otro tipo de foliculitis estafilocócicas, picaduras de insecto, escabiosis, miliaria, sarcoidosis papulosa, eccema y varicela principalmente.

La diferente afectación entre los hermanos (con similar tiempo de baño) pensamos que puede ser debida a que el mayor fue tratado en el mes anterior con antibioterapia parenteral de amplio espectro debido a un cuadro respiratorio, lo cual pudo alterar su flora bacteriana saprofita, favoreciendo una mayor extensión de la foliculitis.

La prevención de la foliculitis de las piscinas se basa en: 1) El tratamiento cuidadoso de las condiciones del agua de estas instalaciones; en general se recomienda que las aguas de uso público mantengan un nivel mínimo de cloro libre entre 1,0 y 1,5 ppm, un pH entre 7,2 y 7,8 y



Fig. 3. Evolución de las lesiones 72 horas después tras aplicación de clorhexidina al 1%.

una temperatura no superior a 28°-29° C.; 2) Ducha completa sin bañador con agua y jabón tras el baño; 3) Lavado del bañador después de salir del agua.

Las foliculitis de las piscinas por pseudomonas se suelen presentar con varios casos agrupados y en ocasiones pueden ocasionar un problema de salud pública importante. El diagnóstico definitivo lo obtendremos con el cultivo de las lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ara Martín M, Zaballos P, Simal E, Zubiri ML. Foliculitis por *Pseudomonas aeruginosa*. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94:107-9.
2. C. García-Donoso, A. Romero-Maté, C. Martínez-Morán y J.M. Borbujo. Foliculitis recurrente por pseudomonas. *An Pediatr* 2011;74:208-9
3. L. Zichichi, G. Asta, G. Noto. *Pseudomonas aeruginosa* folliculitis after shower/bath. *Int J Dermatol*. 2000;39:270-3.
4. Methods for preventing pseudomonas folliculitis. *Cutis* 1982;29:378-81.