

Dermatosis pustulosa y erosiva del cuero cabelludo

Juan Redondo Mateo* y M.^a Paz Ortega Serrano**

Servicios de *Dermatología y **Anatomía Patológica. Hospital General de Segovia.

Resumen.—Un varón de 53 años acudió a la consulta porque hacía 1 mes que le había aparecido en el centro de su alopecia androgénica una zona con pústulas, erosiones y costras. Histopatológicamente la epidermis estaba erosionada y en dermis había un infiltrado compuesto principalmente por linfocitos y células plasmáticas. El cuadro se curó con crema de betametasona y gentamicina.

Palabras clave: dermatosis pustulosa y erosiva, cuero cabelludo, erosión, pústulas, corticosteroides tópicos.

Redondo Mateo J, et al. Dermatosis pustulosa y erosiva del cuero cabelludo. *Actas Dermosifiliogr* 2002; 93(1):51-3.

EROSIVE PUSTULAR DERMATOSIS OF THE SCALP

Abstract.—A 53-year-old male patient consulted because of pustular, crusted, eroded lesions on the bald area of his scalp. Histopathology showed an eroded epidermis and a dermal infiltrate mainly formed of lymphocytes and plasma cells. It cured with topic gentamycin-betamethasone cream.

Key words: Erosive pustular dermatosis, scalp, erosion, pustules, corticosteroids topical.

INTRODUCCIÓN

La dermatosis pustulosa y erosiva del cuero cabelludo fue descrita en 1979 en seis mujeres mayores de 70 años sin antecedentes personales o familiares de psoriasis; pústulas estériles y lesiones erosivas localizadas en el cuero cabelludo, tendían a la cronicidad por su resistencia a los antibióticos tópicos, curándose cuando se aplicaban corticosteroides de alta potencia¹. Presentamos un caso similar en un varón de 53 años.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 53 años sin antecedentes dermatológicos personales o familiares de interés en tratamiento cardiológico con dígoxina y Sintrom[®] por prótesis valvulares aórtica y mitral; consultó en diciembre de 1997 porque 1 mes antes le habían aparecido en cuero cabelludo unas lesiones pustulosas, erosivas, costrosas y hemorrágicas que relacionaba con irritación por el jabón. En la exploración se observó un paciente con alopecia androgénica, en cuyo centro mostraba una piel de aspecto atrófico con numerosas erosiones y lesiones pustulosas (fig. 1). Se realizó estudio del exudado de las pústulas para hongos y bacterias, con resultado negativo para hongos y positivo en dos ocasiones para *Staphylococcus aureus*, y se obtuvieron mejorías incompletas con cremas antibióticas (Mupirocina[®]), antisépticas (Betadine[®]) y cicatrizantes, pero conti-

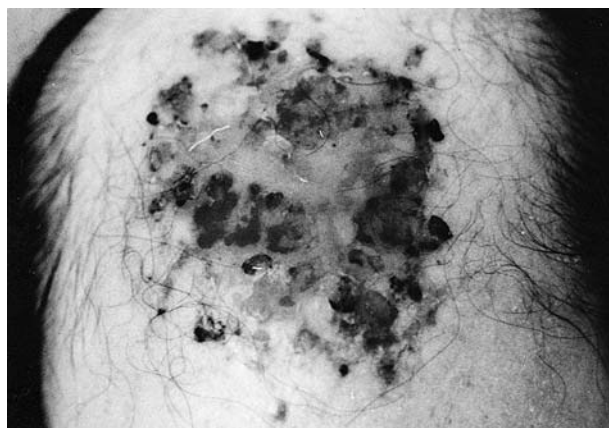


FIG. 1.—Cuero cabelludo con erosiones, costras y pústulas.

nuando con brotes de lesiones pustulosas y erosivo-costrosas, por lo que se decidió al cabo de 1 año efectuar una biopsia en la que se observó una epidermis adelgazada con un área erosiva; en dermis además de microhemorragias subepiteliales y un infiltrado denso linfoplasmocitario había algún leucocito polimorfonuclear neutrófilo a nivel del área erosionada. No había restos foliculares ni estructuras granulomatosas, ni microorganismo. Los análisis realizados (sistemático de sangre, bioquímica elemental y orina) coincidentes con los brotes estaban dentro de la normalidad. El paciente fue tratado con crema de propionato de betametasona y gentamicina, mejorando rápidamente en 15 días, tras lo cual sólo ha precisado ocasionalmente la aplicación de esta crema ante la aparición de algún brote mínimo; tras la remisión la piel presenta un aspecto más atrófico por las áreas de cicatrización.

Correspondencia:

Juan Redondo Mateo. Servicio de Dermatología. Hospital General. Carretera de Ávila, s/n. 4002 Segovia.

Aceptado el 8 de octubre de 2001.

DISCUSIÓN

Grattan et al² en un estudio de 12 casos (siete hombres y cinco mujeres) con edad media de 75 años, achacaron este proceso a una serie de factores traumáticos locales, como el daño actínico crónico sobre alopecia androgénica y a prácticas de peluquería; otros traumatismos antiguos o recientes, como una quemadura, se han involucrado en algunos casos como desencadenantes^{2,4}; asimismo actuaciones terapéuticas sobre lesiones pre y cancerosas como la aplicación de 5-fluorouracilo⁵, o de tretinoína, la crioterapia⁶, o la cirugía⁷. También se han descrito sobre injertos en el cuero cabelludo tras el tratamiento quirúrgico de epitelomas^{5,8} o tras la radioterapia⁹.

Según Pye et al¹ y Bonerandi¹⁰, la dermatitis erosiva y pustulosa del cuero cabelludo aparece en sujetos mayores, más en mujeres, sobre cuero cabelludo alopecico atrófico, por fotoheliosis, aunque también se han descrito sobre cuero cabelludo no alopecico, sin patología previa, en el que puede desarrollarse una alopecia residual cicatricial^{7,9} ligada a su evolución crónica. La atrofia cutánea parece ser un factor predisponente importante, ya que un cuadro muy semejante clínica e histopatológicamente y con similar respuesta al tratamiento se ha descrito en piernas de personas ancianas, en las que era muy evidente la atrofia previa¹¹.

Desde el punto de vista clínico-patológico, se caracteriza por la presencia de pústulas, casi siempre estériles, y junto con las pústulas suele ser habitual la presencia de erosiones y costras. La histología no es específica, encontrando atrofia dermoepidérmica y de los anejos y un infiltrado de predominio linfoplasmocitario¹⁻³. En otros casos no siempre ha sido posible observar la existencia de la pústula y cuando ha sido posible se ha descrito como folicular², intraepidérmica y a veces subcórnea espongiiforme^{5,12}, considerando Noé et al¹² que es clínicamente diferente de la psoriasis pustulosa estrictamente localizada en el cuero cabelludo, y que al no existir antecedentes de psoriasis estos autores lo consideran histológicamente semejante a las pustulosis espongiiformes de tendencia erosiva, como la forma acral de psoriasis tipo Hallopeau.

Otros cuadros localizados en cuero cabelludo, que se manifiestan con pústulas, escamo-costras, erosiones y atrofia, nos pueden plantear el diagnóstico diferencial con la pustulosis erosiva, como la perifoliculitis *capitis abscediens et suffodiens*¹³, en que la presencia de escamo-costras y abscesos perifoliculares en localización cervico-occipital nos ayudarán a diferenciarla, también con la foliculitis decalvante y con la foliculitis en penacho, en las que existen parches recidivantes inflamatorios con pústulas y atrofia cicatricial, aunque la inflamación suele ser más superficial, y respeta en gran parte las raíces de los folículos afectados¹⁴, y por último habrá que tener en consideración al penfigoide de Brusting Perry,

forma infrecuente de penfigoide¹⁵, que suele manifestarse con lesiones costrosas y erosivas y que puede localizarse en la cabeza, pero cuya histología e inmunofluorescencia nos ayudará a diferenciarlo.

La resistencia a los antibióticos por vía general y tópica¹ y la buena respuesta a los corticosteroides locales, asociados a antibióticos locales o antisépticos^{2,4}, ha sido satisfactoria, como hemos comprobado en nuestro paciente tratado con propionato de beclometasona y gentamicina, y en otros casos^{4,7}. El tratamiento por vía oral con antiinflamatorios no esteroideos de estructura sulfamídica⁴, y con sulfato o aspartato de zinc¹⁶, bien como únicos tratamientos o asociados al corticosteroide tópico⁹, constituyen otras opciones terapéuticas. Excepcionalmente en casos de muchos años de evolución puede aparecer un carcinoma sobre este proceso¹⁷, por lo que se aconseja la vigilancia periódica de estos pacientes.

ADDENDUM

Tras la remisión de este artículo, los doctores Bielsa Marsol I, Paradelo García C, Ribera Pibernat M y Ferrándiz Foraster C han publicado en *Actas* siete casos de esta afección (*Actas Dermosifiliogr* 2001;92:397-401).

BIBLIOGRAFÍA

1. Pye R, Peachey R, Burton J. Erosive pustular dermatosis of the scalp. *Br J Dermatol* 1979;100:559-66.
2. Grattan H, Peachey R, Boon A. Evidence for a role of local trauma in the pathogenesis of erosive pustular dermatosis of the scalp. *Clin Exp Dermatol* 1988;13:7-10.
3. Caputo R, Veraldi S. Erosive pustular dermatosis of the scalp. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:96-8.
4. Loche F, Bayle-Lebey P, Marguery M, Raynal H, Bazex J. Cas pour diagnostic. *Ann Dermatol Venereol* 1995;122:799-800.
5. Drouin C, Cloutier R. Récidive après greffe cutanée d'une dermatose érosive et pustuleuse du cuir chevelu. *Ann Dermatol Venereol* 1999;126:335-8.
6. Rongioletti F, Delmonte S, Rossi M, Strani G, Rebora A. Erosive pustular dermatosis of the scalp following cryotherapy and topical tretinoin for actinic keratoses. *Clin Exp Dermatol* 1999;24:499-500.
7. Layton A, Cunliffe W. Erosive pustular dermatosis of the scalp following surgery. *Br J Dermatol* 1995;132:472-3.
8. Ena P, Lissia M, Doneddu GM, Campus GV. Erosive pustular dermatosis of the scalp in skin grafts: report of three cases. *Dermatology* 1997;194:80-4.
9. Trüeb R, Krasovec M. Erosive pustular dermatosis of the scalp following radiation therapy for solar keratoses. *Br J Dermatol* 199;141:747-76.
10. Bonerandi JJ. Erosive and pustular scalp diseases. *Ann Dermatol Venereol* 1999;126:311-2.
11. Lanigan S, Cotterill J. Erosive pustular dermatosis a common development in atrophic skin. *Br J D* 1987;117 Suppl 37:15.

12. Noé C, Grob JJ, Choux R, Bonerandi JJ. Pustulose erosive du cuir chevelu. *Ann Dermatol Venereol* 1993;120:693-5.
13. Berne B, Venge P, Ohman S. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens (Hoffman) complete healing associated with oral zinc therapy. *Arch Dermatol* 1985;1028-30.
14. Powell J, Dawber RPR, Gatter K. Folliculitis decalvans including tufted folliculitis :clinical, pathological and therapeutic findings. *Br J Dermatol* 1999;140:328-33.
15. Poon E, McGrath JA. Non specific scalp crusting as a presenting feature of Brunsting-Perry cicatricial pemphigoid. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1999;12:177-8.
16. Ikeda M, Arata J, Isaka H. Erosive pustular dermatosis of the scalp successfully treated with oral zinc sulphate. *Br J Dermatol* 1982;106:742-3.
17. Lovell CR, Harman RR, Bradfield JW. Cutaneous carcinoma arising in erosive pustular dermatosis of the scalp. *Br J Dermatol* 1980;102:325-8.