

Foliculitis/seudofoliculitis abscesiforme del cuero cabelludo. Presentación de dos casos y breve revisión de la literatura

José D. Domínguez-Auñón^a, Reyes Gamo^a, María J. Isarría^a, Mónica García-Arpa^a, Arancha Vergara^a, José L. Rodríguez-Peralto^b, Aurora Guerra^a y Luis Iglesias^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

^bDepartamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Resumen.—La inflamación crónica del folículo piloso del cuero cabelludo es el sustrato histopatológico de varios procesos que producen alopecia cicatrizal. Se presentan 2 casos de foliculitis/seudofoliculitis abscesiforme del cuero cabelludo correspondientes a foliculitis disecante y a foliculitis queloidea, respectivamente, y se discute la relación entre ambas. El primer caso respondió a isotretinoína.

Palabras clave: foliculitis/seudofoliculitis de cuero cabelludo, foliculitis disecante, foliculitis queloidea, alopecia cicatrizal, isotretinoína.

ABCESS-LIKE FOLLICULITIS/PSEUDOFOLLICULITIS OF THE SCALP. PRESENTATION OF TWO CASES AND BRIEF REVIEW OF LITERATURE

Abstract.—Chronic inflammation of the scalp hair follicle is the histopathological substrate of several processes that cause cicatricial alopecia. We present two cases of abscess-like folliculitis/pseudofolliculitis of the scalp corresponding to dissecting folliculitis and to keloidal folliculitis, respectively, and we discuss the relationship between them. The former responded to isotretinoin.

Key words: folliculitis/pseudofolliculitis of the scalp, dissecting folliculitis, keloidal folliculitis, cicatricial alopecia, isotretinoin.

INTRODUCCIÓN

Existen diversos procesos inflamatorios primarios del folículo piloso del cuero cabelludo que presentan como lesión clínica principal nódulos o abscesos supurativos, cicatrices hipertróficas o queloideas, pústulas y erosiones, o bien una combinación de varias de éstas, con evolución en muchos casos a una alopecia cicatrizal. Pese a su clasificación como enfermedades individuales (*perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens* o foliculitis o celulitis disecante, foliculitis o acné queloideo, y foliculitis *decalvans*), todas presentan como lesión común primaria una inflamación del folículo piloso y de la región perifolicular, de causa desconocida, que puede producir una reacción granulomatosa y fibrosis en su evolución.

Se presentan 2 pacientes con una foliculitis grave del cuero cabelludo que desarrollaron una alopecia cicatrizal en su evolución; en uno de ellos destacaban múltiples abscesos y tractos supurativos, y en el otro masas cicatrizales queloideas.

Correspondencia:

José D. Domínguez-Auñón. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid. España.
jda00006@terra.es

Recibido el 16 de octubre de 2003.

Aceptado el 23 de febrero de 2004.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Un varón blanco sano de 16 años consultó por lesiones inflamatorias muy intensas en el cuero cabelludo de unos 4 meses de evolución, sin sintomatología sistémica asociada. En la exploración destacaban múltiples nódulos inflamatorios de 1 a 4 cm en el vértex y la región posterior del cuero cabelludo, con abundante supuración y tractos de drenaje interconectados (figs. 1 y 2). Presentaba además lesiones leves-moderadas de acné vulgar en cara y espalda. El estudio his-



Fig. 1.—Lesiones inflamatorias y supurativas de cuero cabelludo que producen áreas de alopecia.

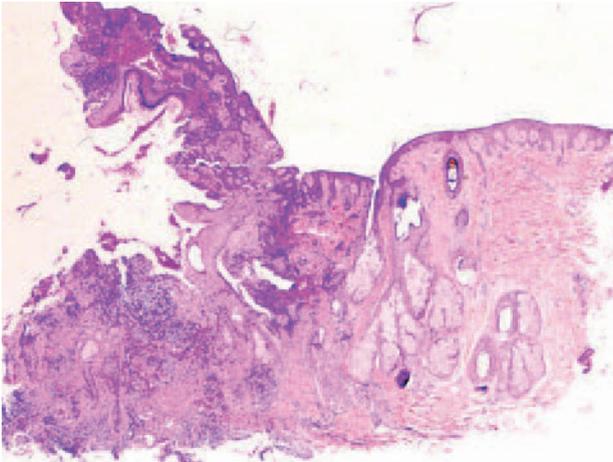


Fig. 2.—Folliculitis profunda yseudofoliculitis con dilatación quística infundibular. (Hematoxilina-eosina, x20.)



Fig. 3.—Mejoría de las lesiones tras tratamiento con retinoides.



Fig. 4.—Papulonódulos inflamatorios y queloideos en nuca y región occipital.

topatológico mostró una folliculitis profunda aguda y crónica, con dilatación quística infundibular y reacción granulomatosa a cuerpo extraño (fig. 2). En el cultivo del aspirado se aisló flora mucocutánea grampositiva. La bioquímica general y el hemograma fueron normales. Ante la falta de respuesta a la doxiciclina y la rifampicina, iniciamos tratamiento oral con ácido 13-cis-retinoico (0,5 mg/kg/día) que fue efectivo; tras 7 meses sólo se apreciaban pequeñas lesiones residuales alopécicas (fig. 3). Se asoció prednisona oral (0,4 mg/kg/día) durante los primeros 2 meses de tratamiento.

Caso 2

Un varón colombiano sano de 24 años consultó por lesiones en cuero cabelludo y nuca de 5 años de evolución. Tenía la costumbre de afeitarse la región de la nuca cada 15 o 20 días. La exploración reveló múltiples pápulas y papulopústulas de aspecto fibrótico en la nuca, así como nódulos inflamatorios cicatrizales o queloideos, supurativos en ocasiones, que se extendían por la región occipital del cuero cabelludo (fig. 4). La histopatología de una de estas lesiones queloideas correspondió a una folliculitis profunda aguda y crónica, con abundantes células plasmáticas y algunas células gigantes de cuerpo extraño, que comenzaba a destruir la pared folicular (fig. 5). La analítica habitual fue normal. El proceso empeoró progresivamente, con extensión del componente inflamatorio-supurativo hacia la región parietal posterior y vértex. Diversos antibióticos orales (rifampicina, minociclina y ciprofloxacino) fueron ineficaces. El paciente rehusó tratamiento con retinoides orales.

DISCUSIÓN

Entre las alopecias cicatrizales se encuentran varias entidades en las que el proceso clave inicial es la inflamación de la zona profunda del folículo piloso y/o de la región perifolicular, por lo general de causa desconocida. Estas folliculitis presentan un curso crónico y evolucionan a lesiones fibróticas que producen una alopecia cicatrizal. Las lesiones iniciales son pústulas y papulopústulas que evolucionan más tarde a abscesos, nódulos inflamatorios y/o lesiones fibróticas o cicatrizales. Entre las denominadas «foliculitis cicatrizales» se incluyen la perifoliculitis *capitis abscedens et suffodiens*, la folliculitis queloidea y la folliculitis *decalvans*.

La perifoliculitis *capitis abscedens et suffodiens*, también denominada folliculitis o celulitis disecante del cuero cabelludo, es una enfermedad rara que afecta principalmente al vértex y la región occipital de varones jóvenes de raza negra, que presentan nódulos inflamatorios crónicos y abscesos, generalmente conectados entre sí por tractos de drenaje supurativos, que

si son numerosos pueden coalescer formando imágenes «cerebriformes». Esta enfermedad puede en ocasiones asociarse a los otros procesos de «oclusión folicular» (hidradenitis supurativa y acné *conglobata*)¹.

La folliculitis queloidea de la nuca, o acné queloideo, es también una entidad crónica rara que afecta fundamentalmente la nuca y región occipital de varones negros, con pápulas acneiformes y pústulas que evolucionan a pápulas y placas cicatrizales hipertróficas. Estas lesiones se extienden en ocasiones hacia regiones superiores del cuero cabelludo.

La folliculitis *decalvans* afecta a ambos sexos, en adolescentes o adultos, sin diferencia de razas. Puede afectar cualquier región del cuero cabelludo² y también otras áreas pilosas del cuerpo. Clínicamente se caracteriza por pústulas foliculares recurrentes que evolucionan formando áreas irregulares de alopecia cicatrizal que presentan en la periferia un borde de avance pustuloso, en ocasiones con costras y erosiones. La dermatosis pustulosa erosiva de cuero cabelludo, que aparece típicamente en ancianos, tiene una sintomatología similar. La denominada folliculitis en penacho no debería considerarse una entidad independiente o como una variante de la folliculitis *decalvans*, sino como un fenómeno secundario que puede aparecer en cualquiera de los procesos anteriores de cuero cabelludo³.

Todas estas enfermedades del cuero cabelludo, a pesar de sus características clínicas particulares, comparten un patrón histopatológico similar: una folliculitis intensa de la parte profunda del folículo piloso (que con frecuencia afecta también a la porción superficial folicular), de curso crónico, que rompe la pared folicular y libera el contenido del folículo a la dermis, con la consiguiente reacción granulomatosa y formación de fibrosis variable. Las variaciones histológicas de este patrón común pueden relacionarse con algunas características clínicas específicas. La folliculitis disecante se caracteriza por la inflamación grave con supuración, con predominio de un infiltrado neutrofilico intenso que forma abscesos en la biopsia⁴. La folliculitis queloidea puede presentar más fibrosis (con fibras queloideas en algunos casos) y más células plasmáticas, aunque la gravedad del proceso cicatrizal puede ser muy variable según los casos⁵. De cualquier forma, pueden no existir diferencias histológicas entre lesiones clínicamente distintas, en especial en las fases iniciales del proceso.

No se conoce la causa de estas enfermedades. Puede demostrarse, en muchos casos, una infección por *Staphylococcus aureus*, en particular en la folliculitis *decalvans*⁶, pero la respuesta a antibióticos es a menudo pobre o nula. No parece que el denominado «estado seborreico» tenga relación con estos procesos⁷. Es frecuente su asociación con el acné vulgar. Muchos pacientes con acné queloideo tienen la costumbre de afeitarse la zona de la nuca, e incluso algunos autores han considerado el acné queloideo como una forma

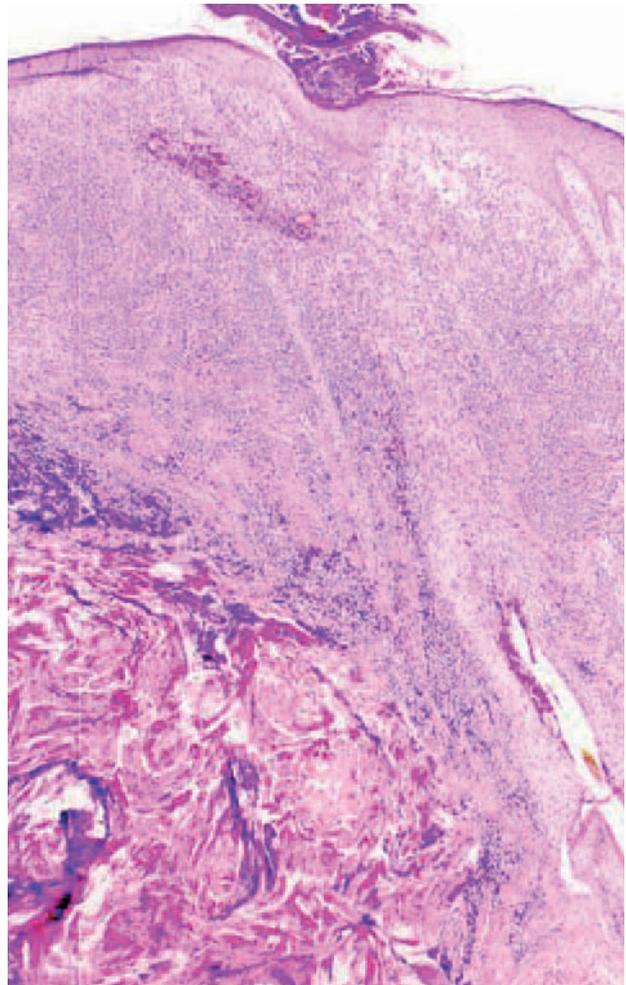


Fig. 5.—Folliculitis profunda con abundantes células plasmáticas que inicia la destrucción folicular. (Hematoxilina-eosina, $\times 40$.)

de liquen simple crónico con fibrosis cicatrizal⁸, pero al mismo tiempo otros muchos pacientes no refieren esta costumbre⁹. También se han incriminado como mecanismo causal los pelos incurvados como los de la pseudofolliculitis de la barba¹⁰, pero un estudio reciente no halla relación entre la folliculitis queloidea y la pseudofolliculitis de la barba¹¹. Existen casos familiares de folliculitis disecante¹², folliculitis *decalvans*¹³ y folliculitis queloidea¹⁴.

El tratamiento debe incluir antibióticos orales si se cultiva *S. aureus*, pero muchos casos no responderán. La combinación de rifampicina y clindamicina por vía oral durante 10 semanas parece eficaz en los casos de folliculitis *decalvans*⁶. Pueden utilizarse también tetraciclinas, oxacilinas y ácido fusídico. Los corticoides intralesionales y sistémicos son eficaces en la reducción de la inflamación y la fibrosis cicatrizal¹⁵. La isotretinoína oral se considera hoy el tratamiento de elección en la perifolliculitis *capitis abscedens et suffodiens*^{12,16-20}. Existe todavía poca experiencia respecto al tratamiento con retinoides en las otras folliculitis cica-

trizales de cuero cabelludo. Nuestro primer caso, una folliculitis disecante, curó casi totalmente tras 7 meses de isotretinoína oral (a dosis de 0,5 mg/kg/día). El segundo paciente rehusó este tratamiento, pero los retinoides parecen tener poca eficacia en la folliculitis queloidea²¹.

Como conclusión, queremos destacar que un mismo patrón histopatológico de folliculitis/perifolliculitis crónica de cuero cabelludo puede traducirse en cuadros clínicos diferentes, que han recibido denominaciones variadas, aunque probablemente relacionados etiopatogénicamente, y en los que el predominio de un tipo definido de lesión (pústula, absceso o cicatriz-queloide) parece depender de la intensidad, la localización y el grado de fibrosis del proceso inflamatorio folicular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chicarilli ZN. Follicular occlusion triad: Hidradenitis suppurativa, acne conglobata and dissecting cellulites of the scalp. *Ann Plast Surg* 1987;18:230-7.
2. Oakley A, Scollay D. Hair bundles: A presentation of folliculitis. *Australas J Dermatol* 1985;26:139-43.
3. Pujol RM, García-Patos V, Ravella-Mateu A, et al. Tufted hair folliculitis: A specific disease? *Br J Dermatol* 1994;121:319-21.
4. Moyer DG, Williams RM. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. A report of six cases. *Arch Dermatol* 1962;85:378-84.
5. Herzberg AJ, Dinehart SM, Kerns BJ, Pollack SV. Acne keloidalis: Transverse microscopy, immunohistochemistry and electron microscopy. *Am J Dermatopathol* 1990;12:109-21.
6. Powell J, Dawber RPR, Gatter K. Folliculitis decalvans including tufted folliculitis: Clinical, pathological and therapeutic findings. *Br J Dermatol* 1999;140:328-33.
7. Brauner GJ. Cutaneous diseases in blacks. En: Moschella SL, Pillsbury DM, Hurley HJ, editors. *Dermatology*. Philadelphia: Saunders, 1975; p. 1704.
8. Burkhart CG, Burkhart CN. Acne keloidalis is lichen simplex chronicus with fibrotic keloidal scarring. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:661.
9. George AO, Akanji AO, Nduka EU, et al. Clinical, biochemical and morphological features of acne keloidalis in a black population. *Int J Dermatol* 1993;32:714-6.
10. Rosen T, Martin S. *Atlas of black dermatology*. Boston: Little Brown & Co, 1981; p. 89.
11. Sperling LC, Homoky C, Pratt L, Sau P. Acne keloidalis is a form of primary scarring alopecia. *Arch Dermatol* 2000;136:479-84.
12. Bjellerup M, Wallengren J. Familial perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens in two brothers successfully treated with isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1990;23:752-3.
13. Douwes KE, Landthaler M, Szeimies R-M. Simultaneous occurrence of folliculitis decalvans capitis in identical twins. *Br J Dermatol* 2000;143:195-7.
14. D'Souza P, Iyer VK, Ramam M. Familial acne keloidalis. *Acta DermVenereol* 1998;78:382.
15. Sullivan JR, Kossard S. Acquired scalp alopecia. Part II: A review. *Australas J Dermatol* 1999;40:61-72.
16. Schewach-Millet M, Ziv R, Shapira D. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens treated with isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1986;15:1291-2.
17. Taylor AEM. Dissecting cellulites of the scalp: Response to isotretinoin. *Lancet* 1987;2:225.
18. Herman A, David M, Pitlik S, Tiqva P. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. *Int J Dermatol* 1992;31:746.
19. Shaffer N, Billick RC, Srolowitz H. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens: Resolution with combination therapy. *Arch Dermatol* 1992;128:1329-31.
20. Dubost-Brama A, Delaporte E, Alfandari S, Piette F, Bergoend H. Folliculite disséquante du cuir chevelu: efficacité de l'isotretinoïne. *Ann Dermatol Venereol* 1994;121:328-30.
21. Mahé A. Traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque: recommandations. *Ann Dermatol Venereol* 1999;126:541-2.