

Celulitis disecante de piel cabelluda en un adolescente

Dissecting cellulitis of the scalp in an adolescent

Ricardo García-Sepúlveda,¹ Josefina Navarrete-Solís,² Patricia Aidé López Olmos,³ Rosalía del Carmen Vélez Muñiz,⁴ Daniel Asz-Sigall,⁴ Miroslaba Rodríguez Puente,³ Javier A. Molina-Durazo⁵ y Roberto Arenas-Guzmán⁶

¹ Dermatólogo adscrito al Servicio de Dermatología, Hospital General de Zona 2, IMSS, Saltillo, Coahuila

² Jefe del Servicio de Dermatología, Centro Médico Nacional del Noreste 25, IMSS, Monterrey, Nuevo León

³ Residente en el Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Guadalajara, Jalisco

⁴ Dermatólogo, Clínica Dermalomas, Ciudad de México

⁵ Dermatólogo adscrito al Servicio de Dermatología, IMSS, Nogales, Sonora

⁶ Jefe del Servicio de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México

RESUMEN

La celulitis disecante de piel cabelluda (CDPC), o *perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*, es una dermatosis inflamatoria poco común, caracterizada por nódulos, abscesos y fistulas que confieren un aspecto cerebriforme a la piel cabelluda, y puede evolucionar a una alopecia cicatricial. Esta dermatosis tiene un curso crónico, fluctuante y recidivante. Se presenta el caso de un paciente de 16 años con CDPC de larga evolución y buena respuesta con isotretinoína.

PALABRAS CLAVE: celulitis disecante, alopecia cicatricial, perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens.

Introducción

La celulitis disecante de piel cabelluda (CDPC), también conocida como *perifolliculitis abscedens et suffodiens* de Hoffman, es una afección inflamatoria poco común de la piel cabelluda. De acuerdo con la North American Hair Research Society (NAHRS), se clasifica dentro de las alopecias cicatriciales con infiltrado neutrofílico. La dermatosis se caracteriza por pústulas que evolucionan a nódulos dolorosos, abscesos, fistulas y zonas alopécicas, la topografía generalmente es en el vértex y la región occipital.¹⁻³ Esta entidad es parte de la triada de oclusión folicular si se acompaña de acné conglobata e hidradenitis supurativa. Se considera tétrada de oclusión folicular si se agrega quiste pilonidal.⁴ Se presenta un caso que ilustra los hallazgos clínicos, tricoscópicos e histopatológicos característicos para el diagnóstico.

ABSTRACT

Dissecting cellulitis of the scalp (DCS), or *perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*, is an uncommon inflammatory disease characterized by pustules, nodules and abscesses with interconnecting sinus tracts that could develop scarring alopecia. It is a chronic, fluctuating and relapsing disease. We report a case of a 16-year-old male with DCS and good response to oral isotretinoin.

KEYWORDS: dissecting cellulitis, scarring alopecia, perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 16 años de edad, con antecedente de obesidad grado 3, quien acudió al Servicio de Dermatología por una dermatosis de un año de evolución en la piel cabelluda, predominantemente en las zonas parietal y occipital, de forma bilateral y simétrica. La morfología polimorfa, caracterizada por múltiples nódulos y abscesos, algunos formaban trayectos fistulosos, agrupados en una placa de aproximadamente 2-4 cm de diámetro, de bordes bien definidos. También presentaba un absceso en la región del vértex con salida de escaso material purulento, blando y doloroso a la palpación (figura 1).

En el resto de la piel y los anexos se observaron múltiples comedones cerrados y abiertos, así como pústulas en la cara. Se sospechó de un caso de CDPC, por lo que

CORRESPONDENCIA

Dra. Josefina Navarrete Solís ■ dra.josefina.navarrete@gmail.com

Centro Médico Nacional del Noreste 25, IMSS, Av. Abraham Lincoln s/n, Colonia Nueva Morelos, C.P. 64180, Monterrey, Nuevo León



Figura 1. Dermatosis polimorfa caracterizada por múltiples pústulas, nódulos y abscesos que forman trayectos fistulosos, de bordes bien definidos.

se solicitaron estudios complementarios: el examen tricoscópico mostró puntos negros, pelos rotos y áreas sin apertura folicular, lo cual concuerda con datos de alopecia cicatricial y no cicatricial (figura 2).

Los exámenes de laboratorio incluyeron biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática

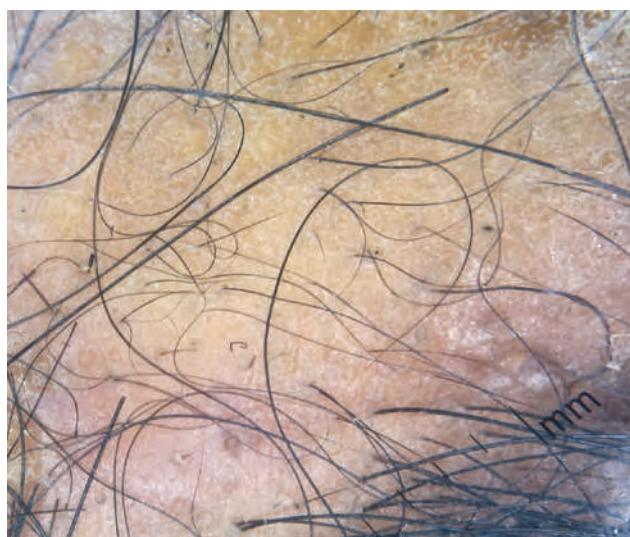


Figura 2. En la tricoscopia se observan puntos negros, pelos rotos y áreas sin apertura folicular.

y perfil tiroideo, con resultados dentro de los parámetros de normalidad.

En el estudio histopatológico se observó formación de granulomas con presencia de histiocitos espumosos y epitelioides, células multinucleadas e infiltrado inflamatorio mixto a nivel de la dermis, así como infiltrado perifolicular de predominio linfocitario y de polimorfonucleares (figura 3).

Por los hallazgos clínicos y paraclinicos se llegó al diagnóstico de celulitis disecante de la piel cabelluda, además de acné severo.

Como manejo inicial se realizó drenaje de los abscessos y tratamiento con esteroides sistémicos y doxiciclina, con poca respuesta al tratamiento, por lo que se decidió comenzar con isotretinoína en dosis de 0.6 mg/kg, con la cual mostró mejoría significativa a los tres meses de seguimiento (figura 4).

Discusión

La CDPC representa entre 1 y 2% de las alopecias cicatriciales primarias. Esta dermatosis es más prevalente en la raza negra y en varones de entre 18 a 40 años de edad, aunque se han descrito casos en fototipos bajos y en mujeres.⁵

Suele tener un curso crónico, fluctuante y recidivante que en ocasiones evoluciona en alopecia cicatricial. En

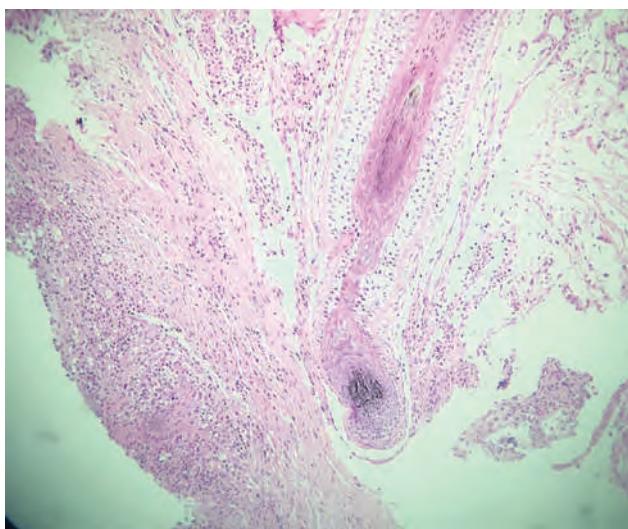


Figura 3. Formación de granulomas con presencia de histiocitos espumosos y epiteloides, células multinucleadas e infiltrado inflamatorio mixto a nivel de la dermis, así como infiltrado perifolicular de predominio linfocitario y de polimorfonucleares (HE 20x).

etapas iniciales se puede encontrar una dermatosis caracterizada por pústulas foliculares, de predominio en el vértex y en la región occipital, que evolucionan a la formación de nódulos en ocasiones supurativos y dolorosos, los cuales suelen ser confluentes y que posteriormente

forman abscesos y fistulas. En ocasiones se puede presentar linfadenopatía occipital y cervical.²

No hay certeza en cuanto a la etiología, pero se tienen diferentes teorías. Una de ellas es que existe un defecto en la queratinización folicular, lo cual origina una retención de productos foliculares que produce infección bacteriana secundaria. También se ha implicado la respuesta inflamatoria inducida por *Staphylococcus aureus* y *Cutibacterium acnes*. Se considera que también existen factores genéticos, ya que se han reportado casos en familiares.^{2,3}

El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos e histopatológicos.⁶ La presentación clínica clásica son los nódulos y abscesos que dan aspecto “cerebriforme” a la piel cabelluda. En cuanto a los hallazgos histopatológicos, dependen de la etapa de la enfermedad. En etapas agudas se puede apreciar dilatación del infundíbulo folicular con un infiltrado perifolicular e intrafolicular de polimorfonucleares e histiocitos, además de abscesos en la dermis. En etapas más avanzadas se encuentra formación de granulomas con abundante fibrosis en la dermis.^{1,2}

La tricoscopia nos puede orientar en el diagnóstico. Los hallazgos más frecuentes son puntos amarillos, puntos negros, orificios foliculares vacíos y pelos distróficos; cabe destacar que ninguno de estos hallazgos es patognomónico o exclusivo de ninguna entidad. Se ha descri-



Figura 4. Iconografía antes y después del tratamiento, remisión de la dermatosis y reposamiento en las áreas alopecicas.

to un signo llamado “burbujas de jabón”, que son zonas amarillentas sin estructura con puntos amarillos en apariencia tridimensional sobre residuos foliculares negros y gruesos. En etapas tardías se observan zonas en las que hay ausencia de orificios foliculares y áreas amarillentas sin estructura.^{7,9}

En la actualidad se han descritos múltiples tratamientos para reducir la inflamación, la oclusión folicular y prevenir infección secundaria de las lesiones, sin embargo no se tiene descrito un tratamiento ideal. Las terapéuticas están divididas en tratamiento médico, terapias destructivas e intervención quirúrgica.

Dentro del tratamiento sistémico tenemos el uso de antibióticos como tetraciclinas, macrólidos, clindamicina y dapsona cuyos resultados son variables. Otras medidas utilizadas son la colchicina, esteroides intralesionales o sulfato de zinc oral, que han presentado éxito en algunos casos. Actualmente el uso de isotretinoína oral (0.5-1 mg/kg/día) durante tres meses a un año se considera como primera línea de tratamiento y ha tenido muy buena respuesta, ya sea como monoterapia o combinado con corticosteroides intralesionales o sistémicos, antibióticos tópicos y/o sulfato de zinc.^{10,11} Los retinoides actúan como antiinflamatorios en la unidad pilosebácea, suprimen la actividad de las glándulas sebáceas, reducen el número de acnés y alteran el patrón de queratinización folicular.¹

En las terapias destructivas se tiene el uso de láser CO₂, depilación por rayos X o con láser rubí.³

Entre las opciones quirúrgicas se indican los drenajes de las lesiones y la extirpación quirúrgica con uso de injertos. Estas técnicas se han utilizado en casos refractarios a tratamiento sistémico, sin embargo existe la posibilidad de que la enfermedad recurra en el sitio de la cicatriz.⁴

El curso de la enfermedad es impredecible. Diversos autores refieren que es crónico, lo cual puede conducir a alopecia cicatricial en caso de no lograr un control adecuado de la inflamación.

Comentario

La CDPC es una enfermedad infrecuente de la piel cabelluda que el dermatólogo tiene que conocer para hacer un diagnóstico oportuno, dar tratamiento adecuado y evitar secuelas permanentes como la alopecia cicatricial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stites PC y Boyd S, Dissecting cellulitis in a white male: a case report and review of the literature, *Cutis* 2001; 67:37-40.
2. Ibrahim HY, Goknur OY y Serap GB, Cicatricial alopecias. En Kutlubay Z, *Hair and scalp disorder*, Intech Open, 2017, pp. 177-95.
3. Rico MF, Brusco JE, Martínez Chabbert P et al, Celulitis disecante del cuero cabelludo. Respuesta al tratamiento con isotretinoína, *Arch Argent Dermatol* 2012; 62:98-101.
4. Lee CN, Chen W, Hsu CK et al, Dissecting folliculitis (dissecting cellulitis) of the scalp: a 66-patient case series and proposal of classification, *J Dtsch Dermatol Ges* 2018; 16(10):1219-26.
5. Scheinfeld N, Dissecting cellulitis (*perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*): a comprehensive review focusing on new treatments and findings of the last decade with commentary comparing the therapies and causes of dissecting cellulitis to hidradenitis suppurativa, *Dermatol Online J* 2014; 20(5).
6. Brănișteanu DE, Molodoi A, Ciobanu D et al, The importance of histopathologic aspects in the diagnosis of dissecting cellulitis of the scalp, *Rom J Morphol Embryol* 2009; 50(4):719-24.
7. Segurado-Miravalles G, Camacho-Martínez F, Arias-Santiago S et al, Trichoscopy of dissecting cellulitis of the scalp: exclamation mark hairs and white dots as markers of disease chronicity, *J Am Acad Dermatol* 2016; 75(6):1267-8.
8. Sánchez-Dueñas LE y Mireles-Rocha H, El papel de la tricoscopia en el diagnóstico y seguimiento de las alopecias cicatriciales, *Dermatol Rev Mex* 2015; 59:122-8.
9. Verzi AE, Lacarrubba F y Micali G, Heterogeneity of trichoscopy findings in dissecting cellulitis of the scalp: correlation with disease activity and duration, *Br J Dermatol* 2017; 177(6):e331-2.
10. Yarmuch PG, Chaparro X, Fischer C et al, Celulitis disecante de cuero cabelludo. A propósito de un caso pediátrico, *Rev Chilena Dermatol* 2015; 31(1):63-70.
11. Tchernev G, Folliculitis et perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens controlled with a combination therapy: systemic antibiosis (metronidazole plus clindamycin), dermatosurgical approach, and high-dose isotretinoin, *Indian J Dermatol* 2011; 56(3):318-20.