

¿Cuál es su diagnóstico? / Celulitis disecante de piel cabelluda

What is your diagnosis? / Dissecting cellulitis of the scalp

Karen Uriarte-Ruiz, Alexandra Emma Pérez-Campos, Dalit Zajdman-Faitelson, Sonia Toussaint Caire
y María Elisa Vega-Memije

Departamento de Dermatopatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Revisión

La celulitis disecante de piel cabelluda, también conocida como *perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*, es una alopecia cicatricial neutrofílica inflamatoria crónica y poco común.¹ Forma parte de la tríada de oclusión folicular compuesta por acné conglobata, hidradenitis supurativa y quiste pilonidal.

Se trata de una enfermedad que afecta sobre todo a hombres afroamericanos con un promedio de edad de 20 a 40 años.² Su etiología es desconocida pero se cree que es el resultado de oclusión de la unidad pilosebácea por queratina que lleva a la destrucción folicular y al comienzo de la cascada de inflamación, seguida de infección folicular.^{3,4}

Clínicamente se manifiesta como nódulos dolorosos, abscesos y alopecia cicatricial que puede evolucionar y llegar a ser muy extensa.⁴

Los hallazgos histológicos varían dependiendo del estadio de la enfermedad. Las lesiones tempranas se caracterizan por inflamación perifolicular e interfolicular de neutrófilos alrededor de la mitad inferior del folículo piloso, mientras que en las lesiones tardías podemos encontrar abscesos dérmicos profundos compuestos por neutrófilos, linfocitos y abundantes células plasmáticas, las glándulas sebáceas permanecen a lo largo de la enfermedad. En ocasiones se observan tractos sinusales, parcialmente revestidos con epitelio escamoso y rodeados por una densa fibrosis, así como aumento de los pelos en catágeno/telógeno.^{5,6}

El diagnóstico se realiza por medio de una evaluación clínico-patológica. Entre los diagnósticos diferenciales

más importantes están la foliculitis decalvante y el acné queloideo de la nuca, otros diagnósticos a tomar en cuenta son la alopecia cicatricial central centrífuga, foliculitis bacteriana y quiste folicular roto.

La foliculitis decalvante es una alopecia cicatricial inflamatoria caracterizada por pápulas y lesiones pustulares que aparecen y desaparecen durante el curso de la enfermedad, se localizan sobre todo en el vértex. En la histopatología se encuentra inflamación más intensa alrededor de la porción superior del folículo afectado, especialmente a nivel del infundíbulo. El acné queloideo de la nuca inicia como pápulas pequeñas y firmes, así como pústulas en la región occipital, las pápulas pueden coalescecer y formar placas dolorosas y desfigurantes. Los hallazgos histopatológicos son inflamación crónica perifolicular de linfocitos y plasmocitos, más intensa a nivel del istmo y del infundíbulo inferior, fibroplasia lamelar más marcada en el istmo y desaparición completa de glándulas sebáceas.⁶

El tratamiento es difícil y suele ser refractario a múltiples medicamentos, sin embargo, recientemente se ha reportado la isotretinoína como medicamento de primera línea por sus funciones para regular la queratinización y disminuir la respuesta inflamatoria.^{7,8} Existen otras opciones como los antibióticos orales, como doxiciclina.⁹ Las infiltraciones locales con corticoides pueden ser de utilidad en los brotes inflamatorios agudos. En casos severos o recalcitrantes se puede considerar el drenaje quirúrgico.¹⁰ El curso de esta enfermedad es recurrente y difícil de tratar, lo cual implica limitaciones en la calidad de vida de los pacientes que lo padecen.

CORRESPONDENCIA

Dra. María Elisa Vega Memije ■ elisavega50@gmail.com ■ Teléfono: 55 4000 3000, ext. 1419
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Departamento de Dermatopatología,
Calzada de Tlalpan 4800, Colonia Sección XVI, C.P. 14080, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México

BIBLIOGRAFÍA

1. Mundi JP, Marmon S, Fischer M et al, Dissecting cellulitis of the scalp, *Dermatol Online J* 2012; 18(12):8.
2. 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; 20:22692.
3. Paviol S y Clarke JT, JAAD grand rounds quiz: scalp abscesses, fluctuant nodules, and patchy alopecia in an African American male, *J Am Acad Dermatol* 2010; 62:534-6.
4. Asemota E, Chang YC y Goldberg LJ, Innovative management of recalcitrant dissecting cellulitis with compression therapy, *JAMA Dermatol* 2016; 152(11):1280-1.
5. 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.
6. Sperling LC y Cowper S, *An atlas of hair pathology with clinical correlations*, 2^a ed, Londres, Informa Healthcare, 2012.
7. Badaoui A, Reygagne P, Cavelier-Balloy B et al, Dissecting cellulitis of the scalp: a retrospective study of 51 patients and review of literature, *Br J Dermatol* 2006; 174:421-3.
8. García-Sepúlveda R, Navarrete-Solís J, López Olmos PA et al, Celulitis disecante de piel cabelluda en un adolescente, *Dermatología CMQ* 2021;19(3):268-71.
9. Thomas J y Aguh C, Approach to treatment of refractory dissecting cellulitis of the scalp: a systematic review, *J Dermatolog Treat* 2021; 32(2):144-9.
10. Hintze JM, Howard BE, Donald CB et al, Surgical management and reconstruction of Hoffman's disease (dissecting cellulitis of the scalp), *Case Rep Surg* 2016; 2016:2123037.