

# Foliculitis de pelos en penacho

## Tufted Hair Folliculitis

Xavier Jeremías, Ana M<sup>a</sup> Giménez-Arnau.

Hospital del Mar, IMIM. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. España.

### Correspondencia:

Xavier Jeremías. Hospital del Mar, IMIM. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.  
Passeig Marítim 25-29, 08003 Barcelona. España.

### Resumen

La foliculitis en penacho (tufted hair folliculitis), fue descrita por Smith & Sanderson en 1978 como un proceso inflamatorio exudativo, crónico y poco frecuente, localizado en los folículos del cuero cabelludo. Los pelos así afectados se agrupan en grupos a modo de penacho reuniéndose de 10 a 15 elementos pilosos. Irregularmente distribuidos, estos elementos forman placas inflamatorias levemente supurantes que terminan con una alopecia cicatricial irreversible.

El aspecto clínico es muy peculiar y distinto a otras formas patogénicas generadoras de alopecia. En esta entidad al comienzo se desarrollan placas eritematosas y edematosas con pústulas y exudación, a la que también se añaden costras y fina descamación. Su evolución tiende a la fibrosis y al desarrollo de una placa alopécica cicatricial.

Se comunica el caso de un varón de 34 años de edad que consultó por la presencia de una placa de estas características en el vertex del cuero cabelludo. Se comenta su diagnóstico, evolución, y respuesta al tratamiento con isotretinoína y cloxacilina oral.

(Jeremías X, Giménez-Arnau A M. Foliculitis de pelos en penacho. Med Cutan Iber Lat Am 2003; 31(2): 113-115)

**Palabras clave:** foliculitis en penachos, alopecia cicatricial, foliculitis, isotretinoína.

### Summary

Tufted hair folliculitis was described in 1978 by Smith and Sanderson. It is an uncommon, inflammatory, exudative, chronic and relapsing disease, located in the hair of scalp. The abnormal hairs appear in bunches (tufted) of 10 to 15 elements, irregularly distributed in evolutive plaques of cicatricial alopecia.

The clinical aspect is very peculiar and clearly different from any other type of alopecia. Initially plaques of erythema and aedema with pustules and exudation, desquamation, scales and crust appear. The evolution goes towards the fibrosis, scarring and irreversible cicatricial alopecia.

A man 34 years old is presented suffering from three years ago of plaque, oral shaped, of 8x6 cm. of diameter located in the vertex and of the scalp. That lesion was lightly erythematous and finely scaly. Many follicles irregularly distributed in the plaque, were clearly purulent. From these follicles emerged bunches of 10 to 15 assembled terminal hairs. The consistence of the plaque was firm indicating a dermal fibrosis. Diagnosis, evolution, and oral treatment with isotretinoin and cloxacilin are commented.

**Key words:** tufted hair folliculitis, cicatricial alopecia, folliculitis, isotretinoin.

La foliculitis de pelos en penachos es un proceso raro dentro de las múltiples causas patogénicas que pueden desarrollar una alopecia cicatricial en el cuero cabelludo. La mayoría de publicaciones tratan casos aislados y es una entidad muy poco frecuente. En la literatura médica son muy escasas las revisiones amplias que agrupen esta entidad clínica de una forma clara y bien establecida.

Descrita en 1978 por Smith & Sanderson[1], son varios ya los casos publicados de este peculiar desorden, aunque no superan la treintena en la literatura mundial.

Su etiopatogenia es desconocida, aunque está bien asumido el papel que parece jugar el estafilococo dorado en su evolución hacia la cronicidad. Al parecer éste actuaría estimulando la inflamación y la fibrosis final en la dermis, lo que conduciría a la destrucción de folículos pilosos y al desarrollo de un tejido cicatricial final.

Los folículos afectados poco a poco se van agrupando en haces, configurando en su emergencia grupos de pelos a modo de penachos de 10 a 15 elementos dando una imagen propia muy característica.

En su terapéutica son varios los fármacos ensayados hasta el momento, pero ninguno claramente resolutorio. Se han probado antibióticos tópicos y sistémicos, queratolíticos, champús con derivados del alquitrán, isotretinoína oral, e incluso la extirpación quirúrgica.

### Caso clínico

Varón de 34 años de edad, que consulta por la presencia de una lesión inflamada y algo edematosa, de dos años de evolución, ligeramente alopécica y situada en el vertex del cuero cabelludo. A la exploración se aprecia una placa

de bordes no muy bien precisos de unos 6 x 8 cm. en su diámetro mayor, y en cuyo interior los folículos pilosos de disponen con agrupamientos a modo de 10 ó 15 pelos reunidos como si fuesen las hebras de pequeños pinceles. Esta configuración recuerda mucho a la descrita por varios autores como “pelos en penacho”, y las de algunas formas de la folliculitis decalvans.

Al presionar la placa con los dedos se apreciaba la salida de exudación amarillenta por la base de los folículos, así como la presencia de descamación y costras en la superficie de ésta.

Se procedió a tomar varias muestras para cultivo y antibiograma, se practicaron dos biopsias, una para inmunofluorescencia y otra para tinción con hematoxilina-eosina, así como una analítica estándar, incluyéndose bioquímica, proteinograma, serología HIV, y Ac. antinucleares.

Los cultivos practicados fueron positivos a *Staphylococcus aureus*, la analítica fue anodina, ANAs -, serología HIV-, y la histopatología reveló una dilatación del infundíbulo con múltiples emergencias de folículos, así como áreas de fibrosis e infiltrado inflamatorio rodeando dichos folículos. No se apreciaron anomalías en la estructura de las papilas pilosas, y la inmunofluorescencia directa fue negativa.

Se pautó un tratamiento combinado con antibioticoterapia oral (cloxacilina, 500 mg./día) e isotretinoína 40 mg. /día, combinando los dos fármacos simultáneamente.

A los 2 meses de tratamiento la evolución de este desorden se detuvo, disminuyéndose además la supuración y la descamación en la superficie de la placa.

## Comentario

La folliculitis en penachos descrita en 1970 como “numerous multiple hairs” por Tagami[2], y posteriormente por Smith & Sanderson como “tufted hair folliculitis”[1], es un proceso clínico de comienzo insidioso consistente en el desarrollo progresivo de una placa localizada en cuero cabelludo, principalmente en el vertex[3] o en las zonas parieto-occipitales[4] de carácter inflamatorio, que en su desarrollo origina una peculiar forma de agrupación de los folículos pilosos en grupos de 10 a 15 elementos a modo de penachos. Posteriormente se establece una banda de fibrosis entre dichas agrupaciones configurando al final placas de alopecia cicatricial irreversible.

Esta peculiar forma de folliculitis se localiza generalmente en el cuero cabelludo en forma de placa única, y se acompaña normalmente de una fina exudación que trasuda por la abertura de los folículos afectados. Esta forma de folliculitis persistente, en la mayoría de casos publicados se relaciona con el *Staphylococcus aureus*, ya que en los cultivos practicados la presencia de este germen casi es una constante.

Aunque la etiopatología se desconoce, parece ser que la presencia de estos gérmenes patógenos juegan un papel



**Figura 1.** Placa de 6 x 8 cm. de diámetro en cuero cabelludo con folliculitis supurativa crónica y agrupamiento de folículos a modo de penachos (tufted hair folliculitis).

decisivo[5]. Sin embargo, hay autores que niegan que esto sea sólo atribuible a la infección bacteriana, creyendo que los cultivos positivos obedecen siempre a una colonización secundaria[6].

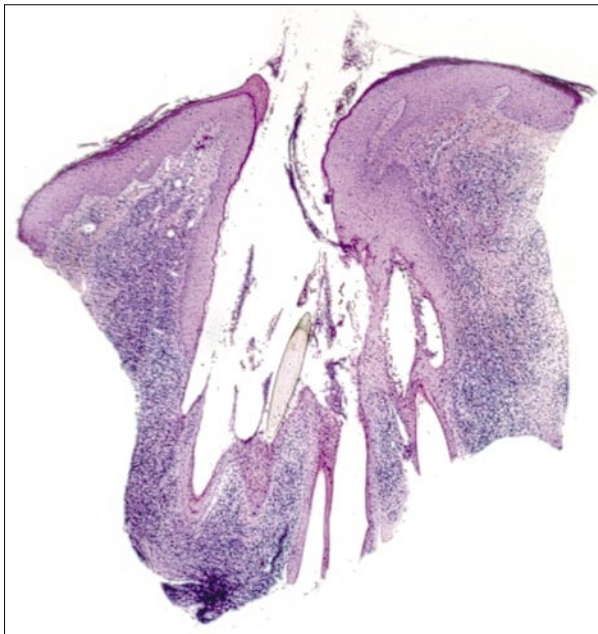
La peculiar forma de agrupación de los folículos es otra cuestión todavía por resolver, ya que si bien se puede defender la agrupación folicular como un proceso de confluencia folicular natural en áreas cicatriciales, como parece ocurrir en algunos animales[7], hay autores que opinan que los penachos se originarían como resultado final de un proceso inflamatorio local influenciado por la fibrosis secundaria originada con la infección[8].

Hoy por hoy, y a pesar de haberse propuesto diversas teorías, ninguna nos es satisfactoria, ya que su etiopatogenia no está aclarada completamente.

Histopatológicamente el proceso está más claro, ya que se aprecia un infiltrado inflamatorio en la dermis de disposición perifolicular, con linfocitos, células plasmáticas, presencia de neutrófilos, e histiocitos con células gigantes tipo a cuerpo extraño, como si se intentase formar una especie de granuloma que destruiría el folículo piloso. La persistencia de la folliculitis bacteriana puede explicar en parte este patrón.

Los folículos comprometidos suelen estar en fase anagénica[9], y las papilas acostumbran a estar conservadas, estableciéndose progresivamente el agrupamiento piloso y dando macroscópicamente la imagen característica de emergencia de pelos en penachos.

Parece ser compartida la opinión de que este tipo de alopecia cicatricial sería el último estadio de varios procesos inflamatorios, resultando como final la fibrosis y la constricción de múltiples cabellos que compartirían una trayecto



**Figura 2.** Agrupamiento de varios folículos emergiendo juntos en un mismo infundíbulo. Infiltración linfocítica alrededor de los folículos (H.E. 45x).

común, anastomosándose los segmentos más superiores en su emergencia hacia el exterior[13,14]. Actualmente se la puede considerar como una forma variante de la *folliculitis decalvans*[10]; sin embargo hay quien discrepa, considerando a ambos procesos (*tufted hair folliculitis* y *folliculitis decalvans*) como dos eventos clínicos distintos basándose entre otros parámetros y en la profundidad de los infiltrados inflamatorios[9]. Nuestra opinión es que “*tufted hair folliculitis*” es una entidad independiente, pero que comparte muchas similitudes con la denominada folliculitis decalvante.

En su diagnóstico diferencial siempre deben contemplarse otros procesos similares como la *perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens* y la celulitis disecante del cuero cabelludo[11]. También se incluirá a otras entidades clínicas como el *pili multigemini*, el *pili bifurcati* y la *trichostasis espínulosa*, ya que todos ellos deben de haber sido excluidos a la hora de establecer un diagnóstico definitivo.

En el campo de las opciones terapéuticas son clásicos los tratamientos con antibioterapia dirigida a combatir la presencia del estafilococo dorado. Se han ensayado la eritromicina y la clindamicina tópicos con discutido éxito, y se han propuesto otros antibióticos como las tetraciclinas, la doxiciclina, la cloxacilina, la combinación amoxicilina-clavulámico, o incluso la rifampicina por vía general para detener su avance y cronicidad, pero siempre con un éxito muy relativo ya que la mayoría de los casos tratados exclusivamente con antibioterapia no han solucionado el problema.

El tratamiento quirúrgico también se ha propuesto en último lugar, y como solución definitiva frente al fracaso del tratamiento farmacológico. En estas circunstancias, su abordaje terapéutico es difícil. Se han comunicado resultados satisfactorios con el sulfato de zinc, la isotretinoína, los queratolíticos tópicos y los champús con derivados del alquitrán, todos ellos asociados a antibióticos. La isotretinoína se ha postulado como un fármaco a ensayar en enfermos con *perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*, siendo efectivo el tratamiento con ácido 13-cis-retinoico a dosis de 0.5-2.0 mg/Kg de peso durante 12-20 semanas aproximadamente[12].

Nosotros realizamos una terapia combinada con 40 mg/día de isotretinoína oral y 500 mg de cloxacilina 2v/día. A los dos meses de tratamiento la evolución de la enfermedad se detuvo, así como la supuración que emergía por las aberturas de los folículos. El paciente continuó el tratamiento con buena tolerancia, y si bien no se obtuvo una resolución completa, por lo menos no progresó más en su extensión.

## Bibliografía

- Smith NP, Sanderson KV.: Tufted folliculitis of the scalp. JR Soc Med 1978; 71: 606-608.
- Tagami H. Numerous multiple hairs. Arch Dermatol 1970;102:309-312.
- Luelmo J, Gonzalez-Castro U, Castells Rodellas A. Tufted folliculitis: a study of four cases. Br J Dermatol 1993; 128:454-457.
- Oakley A, Scollay D. Hair bundles: a presentation of folliculitis. Aust J Dermatol 1985; 26:139-143.
- Tong AK, Baden HP. Tufted hair folliculitis. J Am Acad Dermatol 1989;21:1090-1099.
- Metz J, Metz G. Nevoid hair bunches in man. Hautarzt 1978;29:586-589.
- Gegenbaur C. Vergleichenden Anatomie der Wilbertiere. Leipzig 1989; 1: 148.
- Dalzei KL, Telfer NR, Wilson CL, Bawber RP. Tufted folliculitis. A specific bacterial disease?. Am J Dermatopathol 1990; 12:37-41.
- Campo A, Ferrando J, Grimalt R, Soler J, Castells A. Estrach T. Folliculitis en penachos: una forma clinicopatológica de alopecia cicatricial. Piel 1994; 11:511-515.
- Secchi T, Balme B, Thomas L, Viorneri P, Moulin G. Folliculites en touffes du cuir chevelu. Ann Dermatol Venerol 1994; 121: 479-481.
- Pujol RM, Matias-Guiu X, García Patos V, De Moragas JM. Tufted-hair folliculitis. Clin Exp Dermatol 1991; 16: 199-201.
- Schwach-Millet M, Ziv R, Shapira D. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens treated with isotretinoin (13-cis-retinoic acid.) J Am Acad Dermatol 1986; 15: 1291-1292.
- Petroni'c-Rosi'c, V, Fruni'c A, Mijuskovi'c, Vesi'c S. Tufted hair folliculitis: A pattern of scarring alopecia?. J Am Acad Dermatol 1999; 41: 112-114.
- Saijo S, Tagami H. Tufted hair folliculitis developing in a recalcitrant lesion of penfigus vulgaris. J Am Acad Dermatol 1998;38:857-9.