

Cartas al Director

Localizador 09-016

Folculitis decalvans: respuesta al tratamiento con clindamicina oral y rifampicina tópica

Bajo el término de folculitis decalvans se engloban varios síndromes que consisten en una folculitis crónica del cuero cabelludo, que tras varios episodios conlleva a una alopecia cicatricial. La causa es desconocida. Se postula una probable predisposición genética. También se ha comprobado que en la mayoría de los pacientes los cultivos de las pústulas son positivos para *Staphylococcus Aureus*[1]. Otra de las hipótesis etiológicas es una respuesta anormal del huésped a *Staphylococcus Aureus*, lo que conlleva a una infección crónica por este microorganismo debido a la incapacidad para eliminarlo.

Desde que fue descrito, por primera vez en 1888, ha constituido un desafío terapéutico[2]. Se han descrito numerosos casos tratados de forma muy diversa: depilación, radioterapia superficial, zinc oral, antibióticos tópicos y sistémicos, dapsona, antifúngicos[2-5]. La mayor parte de los casos presentaba una mejoría clínica coincidiendo con el tratamiento, y reapareciendo de nuevo las lesiones al pararlo. En 1999, Powell et al.[6, 7] publicaron una serie de 18 pacientes con folculitis decalvans tratados con rifampicina vía oral (300 mg dos veces al día) más clindamicina vía oral (300 mg dos veces al día) durante diez semanas, obteniendo excelentes resultados. La rifampicina es un antibiótico de amplio espectro, pero usada en monoterapia suelen aparecer resistencias[7]. Combinándola con clindamicina se evita la probable aparición de resistencias y presentan un poder bactericida mayor que otras combinaciones de antibióticos.

Presentamos un caso de un varón de 35 años, que presentaban una placa de alopecia cicatricial parietal de 10 meses de evolución. No tenía alergias medicamentosas conocidas, y como únicos antecedentes de interés presentaba una hipertensión arterial que trataba con enalapril.

En la exploración física se apreciaba una placa de alopecia cicatricial, con eritema alrededor. Presentaba gran número de escamas y costras, y alguna pústula aislada. Además se apreciaba una hiperqueratosis folicular periférica, predominantemente en el área parieto occipital.

El análisis de rutina mostró normalidad de todos los parámetros (hemograma, glucosa, función hepato-renal), salvo una discreta eosinofilia. El cultivo bacteriológico fue positivo para *Staphylococcus Aureus*. El cultivo micológico, así como la tinción de PAS y de GRAM, fueron negativos. La histología reveló abscesos foliculares con un denso infiltrado perifolicular, compuesto predominantemente por neutrófilos, y presencia de algún eosinófilo y célula plasmática.

Ante el diagnóstico de una folculitis decalvans, se inició tratamiento oral con rifampicina (150 mg/12 horas) y clindamicina (150 mg/12 horas). A las 48 horas de iniciada dicha pauta, el paciente suspendió por su cuenta la rifampicina oral por intolerancia gastrointestinal. Se decidió ensayar una nueva pauta terapéutica con rifampicina tópica (en viales para uso iv, 100 mg/5 ml) y clindamicina vía oral. Se prolongó el tratamiento 2 semanas, observando una mejoría clínica evidente. Se cambió a una pauta de mantenimiento con clindamicina tópica (1 vez al día) y rifampicina tópica (1 vez al día). Actualmente el paciente se encuentra estable y no ha presentado nuevas lesiones en los últimos 15 meses.

Hasta el momento, la pauta antibiótica más efectiva para el tratamiento y remisión de la folculitis decalvans consistía en la administración de clindamicina y rifampicina vía oral durante 10 semanas. Los efectos adversos de la rifampicina oral son frecuentes, sobre todo síntomas gastrointestinales y cefalea. Considerando que esta enfermedad presenta un curso crónico y recurrente, la administración tópica resulta una buena alternativa terapéutica para el tratamiento y mantenimiento de estos pacientes.

A pesar de ser ampliamente prescrita en dermatología, las reacciones alérgicas de contacto son infrecuentes con la rifampicina tópica. Éstas se pueden pre-

sentar en forma de eczema agudo (eritema, ampollas, prurito) y empeoramiento de las lesiones previas, o urticaria de contacto.

Dado que este caso constituye el primero descrito en la literatura con tratamiento con rifampicina tópica y clindamicina vía oral (para obtener la remisión) o tópica (para el mantenimiento), creemos que sería necesario ampliar nuestra experiencia a un mayor número de pacientes.

G. Márquez Balbás*, MA Sola Casas*, L. Galvany Rossell*, E. Dilmé Carreras, Q. Sola Ortigosa**, P. Umbert Millet*****

* Médico adjunto. **R4. ***Jefe de Servicio. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona. España.

Correspondencia:

Gemma Márquez Balbás
Médico adjunto del Servicio de Dermatología
del hospital Universitario Sagrat Cor.
C/Viladomat, 288
08029 Barcelona
e-mail: 40871gmb@comb.cat

Bibliografía

1. Karakuzu A, Erdem T, Aktas A, Atasoy M and Gulec AI. A case of folliculitis decalvans involving the beard, face and nape. *J Dermatol* 2001; 28: 329-31.
2. Brooke RCC, Griffiths CEM. Folliculitis decalvans. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26: 120-2.
3. Walker SL, Smith HR, Lun K, Griffiths WAD. Improvement of folliculitis decalvans following shaving of the scalp. *Br J Dermatol* 2000; 142: 1245-6.
4. Kunte C, Loeser C, Wolff H. Folliculitis spinulosa decalvans: successful therapy with dapsona. *J Am Acad Derm* 1998; 39: 891-3.
5. Kaur S, Kanwar AJ. Folliculitis decalvans: successful treatment with a combination of rifampicin and topical mupirocin. *J Dermatol* 2002; 29: 180-1.
6. Powell J, Dawber RPR, Gatter K. Folliculitis decalvans includin tufted folliculitis: clinical, histological and therapeutic findings. *Br J Dermatol* 1999; 140: 328-33.
7. Powell J, Dawber RPR. Successful treatment regime for folliculitis decalvans despite uncertainty of all aetiological factors. *Br J Dermatol* 2001; 144: 428-9.