

## Mucinosis folicular primaria: presentación de un caso clínico

Antonio David Pérez-Elizondo,\* Norma Deyanira López-Lara\*\*

### RESUMEN

La mucinosis folicular se caracteriza por un depósito anómalo de mucina en los folículos pilosos y glándulas sebáceas. Puede corresponder a un trastorno idiopático benigno y autolimitado, especialmente en niños, o representar un cuadro secundario a un trastorno mieloproliferativo, generalmente un linfoma cutáneo T. Presentamos el caso de una niña de 10 años de edad con varias placas eritematoblanquecinas circulares, ocasionalmente pruriginosas, en la cara, cuello y tronco, además de alopecia difusa de cinco meses de evolución. No había ataque al estado general. El estudio histopatológico reportó un cuadro compatible con mucinosis folicular.

**Palabras clave:** Folículo pilosebáceo, mucinosis folicular, linfoma.

### INTRODUCCIÓN

Descrita inicialmente por Pinkus en 1957 como alopecia mucinosa y posteriormente por Jablonska y colaboradores con la denominación actual, la mucinosis folicular corresponde a un patrón reaccional inflamatorio del epitelio y/o del tejido subyacente que consiste en el depósito anormal de mucina en el aparato foliculosebáceo o la dermis circunvecina. Aunque controversialmente, se distinguen dos formas de presentación. La primaria, de curso benigno y autolimitado, se observa más en la población infantil y su diagnóstico de certeza se define mediante un estudio histopatológico. La forma secundaria, más común en adultos, se considera una manifestación clínico-morfológica temprana de linfoma cutáneo de células T en alrededor del 20% de los casos que obliga un seguimiento médico periódico a largo

### ABSTRACT

Follicular mucinosis is characterized by mucin deposits within the hair follicles and sebaceous glands. It can occur as a primary idiopathic benign disorder or it can arise as a secondary symptom of a malignant disorder, most commonly mycosis fungoides. Youth and localization in a single area used to be regarded as indicative of the benign nature of follicular mucinosis. We report the case of a 10-year-old girl who presented with a 5-month history of multiple, slightly pruritic, erythematous patches on her face, neck and chest. Different local treatments were ineffective. Overall, she was healthy. Histopathological examination of the lesion showed the typical picture of follicular mucinosis.

**Key words:** Pilosebaceous follicle, follicular mucinosis, lymphoma.

plazo. Así, por lo general, la mucinosis folicular idiopática no se asocia a patología orgánica alguna y la no esencial se relaciona con un proceso mieloproliferativo, lupus eritematoso sistémico, liquen plano o sarcoidosis, entre otros padecimientos. A la fecha se desconoce el origen de la enfermedad; Wittenberg y colaboradores hipotetizan la liberación de material mucinoso por el epitelio folicular bajo la influencia de citocinas linfocitarias perifoliculares frente a diversos estímulos aún desconocidos.<sup>1-3</sup>

### CASO CLÍNICO

Acudió al Servicio de Dermatología de nuestro hospital una paciente femenina de 10 años de vida referida de su centro de atención médica primaria con la presunción diagnóstica de tiña corporal diseminada, previamente controlada con ketoconazol vía oral y

\* Dermatooncólogo, Jefe de Consulta Externa. Presidente de la Academia Mexiquense de Dermatología, Universidad Autónoma del Estado de México.

\*\* Alergóloga Pediatra adscrita al Servicio de Inmunoalergología.

preparado tópico de esteroide de alta potencia, antibiótico y antimicótico durante un lapso de cinco meses, sin respuesta clínica favorable. Presentaba dermatosis diseminada en la cabeza, involucrando la piel cabelluda y cara, así como el cuello y la parte alta del tronco, ocasionalmente pruriginosa. Se caracterizaba por la presencia de alopecia difusa mal definida con pequeña erosión rojiza circular en la porción frontal (Figura 1), además de varias placas redondeadas de límites precisos de centro pálido blanquecino discretamente deprimido y bordes eritematocostrosos levantados con tendencia a la agrupación y confluencia (Figuras 2). No existía ataque al estado general u otros síntomas de involucramiento patológico interno. Se negaron antecedentes familiares y personales patológicos de interés para la enfermedad actual. Se solicitaron estudios generales de laboratorio, que no reportaron anormalidad alguna; el examen directo y el cultivo micológico no demostraron la presencia y desarrollo de dermatofitos.

Previo aseo regional de una de las lesiones cutáneas con una torunda alcoholada e infiltración local de un preparado anestésico-vasoconstrictor, se realizó una toma de biopsia para análisis anatomopatológico. Se reportó epidermis normal, denso infiltrado inflamatorio linfocitario perifolicular y perivascular en la dermis superficial y media con degeneración mucinosa de la vaina radicular externa de los folículos pilosos; resultado compatible con mucinosis folicular (Figura 3).

La confirmación diagnóstica de mucinosis folicular primaria sin aparente compromiso sistémico nos condujo a brindar una explicación detenida a los pa-

dres en relación con la naturaleza benigna y autolimitada de la enfermedad, recomendando vigilancia cada seis meses en sus visitas médicas de control. Sin embargo, por la insistencia de recibir algún manejo, se decidió emplear tacrolimus ungüento al 0.1% mañana y noche durante cuatro meses; el resultado terapéutico fue muy favorable, observándose remisión lesional y lenta repoblación pilosa de las zonas alopécicas (Figuras 4 y 5).



Figura 2.

Placas palidorrojizas.



Figura 1.

Alopecia difusa con erosión rojiza circular.

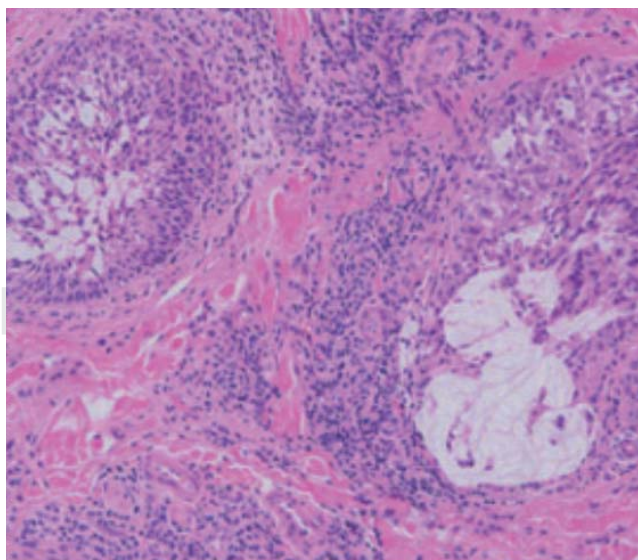


Figura 3. Degeneración mucinosa (HE x 400).



**Figura 4.**  
Remisión lesional.



**Figura 5.** Repoblación pilosa a los varios meses de tratamiento.

### COMENTARIO

Sin duda, las mucinosi s foliculares representan un reto diagnóstico para el médico tratante, ya que carecen de características clínicas e histopatológicas distintivas orientadoras. De manera relativamente frecuente, pueden manifestarse como diminutas pápulas foliculares rosadas o placas rojizodescamativas infiltradas, obligando la distinción con alopecia areata, alopecia cicatrizal, eccemas crónicos, tiñas corporales o erupciones acneiformes, entre otras muchas patologías tegumentarias.

Para facilitar la protocolización de estos casos, se han categorizado en tres presentaciones:

- 1. Mucinosi s folicular primaria o benigna:** se observa más en niños y jóvenes adultos, con escasas lesiones cutáneas limitadas a la cabeza, cuello y porción superior del tronco, de curso benigno y autolimitado.
- 2. Mucinosi s folicular secundaria o maligna:** aparece en adultos de mediana y avanzada edad; existen lesiones más diseminadas y de mayor tamaño; comúnmente se relaciona con proliferación maligna de linfocitos, linfoma o síndrome de Sézary.
- 3. Mucinosi s folicular persistente:** corresponde a una combinación de los hallazgos clínico-patológicos de las formas anteriores con lesiones generalizadas y más persistentes; el linfoma T cutáneo o la micosis fungoide se asocian entre el 15 y el 30% de los casos; la gran mayoría de los pacientes son adultos. Bien pueden presentarse de manera si-

multánea o el trastorno mieloproliferativo podría preceder al cuadro mucinoso o desarrollarse años después.<sup>4-6</sup>

El manejo de los casos localizados consiste en una conducta expectante con vigilancia periódica de su evolución; las alternativas terapéuticas en aquéllos con lesiones diseminadas y persistentes consisten en antibióticos locales o sistémicos, diaminodinefilsulfona, metotrexate, retinoides, isotretinoína oral, esteroides y, recientemente documentados, los inhibidores de la calcineurina; los resultados son muy variables.<sup>4,7</sup> Al no disponer de los elementos necesarios que nos ayuden a establecer el comportamiento y pronóstico de la enfermedad, es prudente el seguimiento del caso a largo plazo con la oportuna solicitud de los estudios laboratoriales, de gabinete y/o histopatológicos de repetición para normar la conducta correspondiente. Tal como Leboit ha propuesto, la mucinosi s folicular puede corresponder a un proceso inflamatorio por expansión anómala de clones de células T de origen incierto con tendencia a la resolución espontánea, sin embargo su presencia significa un riesgo potencial para el desarrollo de linfomas.<sup>6</sup>

### BIBLIOGRAFÍA

1. Parker SR, Murad E. Follicular mucinosi s: clinical, histologic, and molecular remission with minocycline, *J Am Acad Dermatol*, 2010; 62: 139-141.
2. Passaro EM, Silveira MT, Valente NY. Acneiform follicular mucinosi s, *Clin Exp Dermatol*, 2004; 29: 396-398.

3. Rupnik H, Podrumac B, Zgavec B, Lunder T. Follicular mucinosis in a teenage girl, *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat*, 2005; 14: 111-114.
4. Cervigón-González I, Manzanares FJ, Bahillo C, López-Barrantes O, García-Almagro D. Alopecia mucinosa. *Actas Dermosifiliogr*. 2006; 97: 514-517.
5. Brown HA, Gibson LE, Pujol RM, Lust JA, Pittelkow MR. Primary follicular mucinosis: long-term follow-up patients younger than 40 years with and without clonal T-cell receptor gene rearrangement, *J Am Acad Dermatol*, 2002; 47: 856-862.
6. Leboit PE. Alopecia mucinosa, inflammatory disease or mycosis fungoides: must we choose? And are there other choices? *Am J Dermatopathol*, 2004; 26: 167-170.
7. Kluk J, Krassilnik N, McBride SR. Follicular mucinosis treated with topical 0.1% tacrolimus ointment, *Clin Exp Dermatol*, 2014; 39 (2): 227-228.

Correspondencia:  
**Dr. Antonio David Pérez-Elizondo**  
Valladolid Núm. 3-903,  
Col. Roma Norte, 06700,  
Deleg. Cuauhtémoc,  
Ciudad de México.  
E-mail: antoniodavid64@gmail.com  
apederma@yahoo.com.mx