

Celulitis disecante del cuero cabelludo a propósito de un caso clínico



Dissecting cellulitis of the scalp a clinical case report

Rivas Ulunque, Carminia Zelmy

 Carminia Zelmy Rivas Ulunque *

zelmyrivas@gmail.com

Facultad de Ciencias Médicas De Minas Gerais, Brasil

Gaceta Médica Boliviana

Universidad Mayor de San Simón, Bolivia

ISSN: 1012-2966

ISSN-e: 2227-3662

Periodicidad: Semestral

vol. 44, núm. 1, 2021

gacetamedicaboliviana@gmail.com

Recepción: 12 Marzo 2021

Aprobación: 02 Mayo 2021

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/414/4142307021/>

DOI: <https://doi.org/10.47993/gmb.v44i1.234>

Resumen: Celulitis disecante del cuero cabelludo (CDC) es una enfermedad inflamatoria crónica neutrofílica, clasificada dentro las alopecias cicatriciales, su etiopatogenia es desconocida, se manifiesta por nódulos en el cuero cabelludo de predominio en región occipital y vértice, si es muy extensa puede confluir y formar fistulas, predomina en descendientes afroamericanos, es de difícil tratamiento.

Palabras clave: celulitis disecante, foliculitis abscedante.

Abstract: Dissecting cellulitis of the scalp (DCS) is a chronic inflammatory primary neutrophilic scarring alopecia, and its etiopathogenesis is yet only partly understood. DCS manifests with inflammatory nodules on the occipital scalp or vertex that may evolve to extensive confluent boggy plaques with sinus tract formation. It predominantly affects young Afro-descendent men. Therapeutic management of DCS is often challenging.

Keywords: dissecting cellulitis, abscessive folliculitis.

La celulitis disecante del cuero cabelludo (CDC), también llamada foliculitis abscedante fue descrita por primera vez por Spitzer en 1903, posteriormente: Hoffman la denominó el perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens.

Es una alopecia inflamatoria crónica cicatricial neutrofílica primaria, su etiopatogenia aún está en estudio, se caracteriza por lesiones nodulares inflamatorias confluentes, la CDC puede formar parte del cuadro de “tétrada de oclusión folicular” junto con el acné conglobata, quiste pilonidal y adenitis supurativa¹.

Acomete hombres de 18 a 40 años, aunque ya se evidencia algún caso esporádico en pediatría^{2,3}.

La tricoscopia es variable en función del estadio de la enfermedad, en estadios tempranos se parece a la alopecia areata con puntos amarillos, puntos rojos, aberturas foliculares y puntos negros, algunos autores describen a los “puntos amarillos en 3D”, posterior al tratamiento con antibióticos puede evidenciarse el crecimiento de pequeños cabellos y algunos cabellos distrofosicos, en estados terminales de la patología se observa áreas de alopecia cicatricial^{2,3}.

NOTAS DE AUTOR

* Correspondencia a: Carminia Zelmy Rivas Ulunque
Correo electrónico: zelmyrivas@gmail.com

En un estudio realizado por Lee et al. Fue propuesta una clasificación basada en la gravedad del cuadro clínico: estadio I y II no cicatrízales, III representado por alopecia cicatrízal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 20 años de edad, sexo masculino, natural de Quillacollo, Cochabamba, de ocupación estudiante. Entre los antecedentes patológicos sólo se destacaba acné vulgar durante la adolescencia. Acudió a consulta por lesiones pustulosas en cuero cabelludo de aproximadamente dos años de evolución.

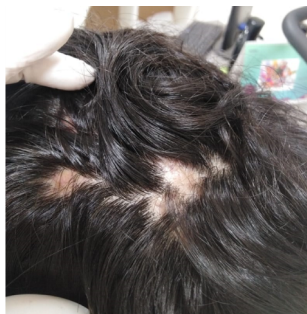


FIGURA 1

Nódulos en cuero cabelludo fluctuantes de varios tamaños, dolorosos.

efiere que el cuadro clínico comenzó con lesiones acneiformes en cuero cabelludo que con el transcurso de los meses fueron aumentando en número y tamaño con secreción purulenta asociada a caída de cabello. Realizo múltiples tratamientos, ciclos de antibióticos por periodos cortos, antisépticos tópicos, refiriendo leve mejoría con recidiva del cuadro al suspender los mismos: clindamicina, minociclina, ceftriaxona, gentamicina y minoxidil.

Al examen clínico presento multimes lesiones nodulares fluctuantes en cuero cabelludo; con áreas de alopecia importante.

En rostro algunas lesiones pustulares, comedones.

En la tricoscopia se evidencio puntos negros, puntos amarillos, vasos puntiformes, leve eritema interfolicular, algunos folículos vacíos.

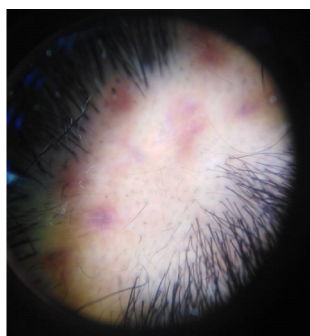


FIGURA 2

Tricoscopia presencia de puntos negros, puntos amarillos, vasos puntiformes, leve eritema interfolicular, algunos folículos vacíos.

Los exámenes complementarios solicitados: Biometría hemática, pruebas de función hepática y renal dentro de parámetros normales.

Biopsia de cuero cabelludo (punch): fragmento de cuero cabelludo con costra de fibrina y elementos inflamatorios, dermis: infiltrado inflamatorio de linfocitos y neutrófilos que producen lesión de los folículos pilosos y disminución del número de bulbos foliculares, no se identifica fibrosis en el material estudiado.

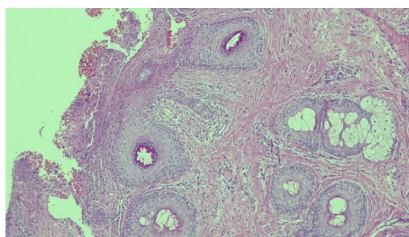


FIGURA 3

Biopsia de cuero cabelludo (punch): fragmento de cuero cabelludo con costra de fibrina y elementos inflamatorios, dermis: infiltrado inflamatorio de linfocitos y neutrófilos que producen lesión de los folículos pilosos y disminución del número de bulbos foliculares, no se identifica fibrosis

Diagnóstico, tratamiento y evolución

Sobre base en los datos clínicos e histopatológico se llegó a el diagnóstico de celulitis disecante de cuero cabelludo, se realizó un ciclo de trimetropin /sulfametoxazol, posteriormente doxiciclina un ciclo durante 1 mes asociado a mupirocina por 10 días, con mejora del cuadro inflamatorio, actualmente paciente esta en uso de Isotretinoína 0,5mg/kg/día. Con remisión importante de los nódulos en cuero cabelludo y presencia de áreas de repilificación.



FIGURA 4

Posterior a dos ciclos de antibiótico, lesiones anulares de áreas de alopecia, algunas otras placas con repilificación, ya sin signos flogísticos.

DISCUSIÓN

El presente caso es de difícil tratamiento algunos aún en estudio, la Isotretinoína oral es considerada actualmente como de primera línea a 1mg/kg/día durante 4 meses, seguida de dosis de mantenimiento a 0,75mg/kg/día durante un tiempo similar dependiendo de la respuesta del paciente, es uno de los esquemas^{1,6}.

Se han evidenciado también buenas respuestas con ciclos de antibióticos con rifampicina y clindamicina, poco viables en nuestro medio a la prevalencia de tuberculosis¹.

Los fármacos inmunobiológicos anti TNF presentaron buena respuesta, pero no se evidenció que prevengan las recidivas o las cicatrices⁶.

Corticoides intralesionales pueden ser útiles en el tratamiento de la fase cicatricial, el uso de laser aun es controversial y se utiliza en casos que no respondieron a las terapias anteriores, laser (Rubi 8 694 nm), (diodo 800), Nd YAG de pulso largo (1,064) y Alexandrita (755) promovieron reducción del proceso inflamatorio con mejora sintomática⁶.

El pronóstico para casos diagnosticados tardíamente es pobre, llegando a una alopecia cicatricial, si son diagnosticados oportunamente tienen la posibilidad de repilificación casi completa.

El caso expuesto es llamativo por su escasa frecuencia, la presente puede dar pie al desarrollo de estudios o investigaciones más detalladas y profundas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Melo D F, Trüeb R M, Dutra H, Lima M M D A, Jorge Machado C, & Dias M F R G. Low - dose isotretinoin as a therapeutic option for dissecting cellulitis. *Dermatologic Therapy*. 2020; 33(6). doi:10.1111/dth.14273
2. Tosti A, Torres F, Miteva M: Dermoscopy of early dissecting cellulitis of the scalp simulates alopecia areata. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:92–93.
3. Lacarrubba F, Micali G, & Tosti A (nd). Scalp Dermoscopy or Trichoscopy. *Current Problems in Dermatology*. 2015; 47: 21-32. doi:10.1159/000369402
4. Badaoui, A., Reygagne, P., Cavelier-Balloy, B., Pinquier, L., Deschamps, L., Crickx, B., & Descamps, V. (2015). Dissecting cellulitis of the scalp: a retrospective study of 51 patients and review of literature. *British Journal of Dermatology*. 2015;174(2): 421–423. doi:10.1111/bjd.13999
5. Bjellerup M, & Wallengren, J . Familial perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens in two brothers successfully treated with isotretinoin. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1990; 23(4): 752–753. doi:10.1016/s0190-9622(08)81076-6
6. Thomas, J., & Aguh, C. Approach to Treatment of Refractory Dissecting Cellulitis of the Scalp - A Systematic Review. *Journal of Dermatological Treatment*. 2019; 30:144–149. https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1642441.

ENLACE ALTERNATIVO

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662021000100021&lng=es&nrm=iso (html)