

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i1.9491>

¿Foliculitis decalvante o tiña inflamatoria?

Folliculitis decalvans or inflammatory tinea?

Eugenio Carrasco Gerárd,¹ Diana Alejandra Aguilar Medina,² Abigail González Morales,² Linda Patricia Fernández Ortega,² Javier Araiza Santibáñez,³ Jazmín Tejeda Olán,³ Alexandro Bonifaz³

ANTECEDENTES

La foliculitis decalvante es una dermatosis neutrofílica que afecta la piel cabelluda en el vértice y la región occipital, caracterizada por pápulas y pústulas foliculares con escama y costras sanguíneas que, durante su cronicidad, culminan en una alopecia cicatricial. El diagnóstico de estos pacientes es clínico, aunque pueden utilizarse herramientas como la tricoscopia, la cual demuestra datos característicos de la enfermedad. Esta enfermedad tiende a ser de difícil control y con altas recidivas. La piedra angular en el tratamiento son los antibióticos sistémicos por periodos largos, retinoides sistémicos e, incluso, esteroides intralesionales, entre otros.¹

Se comunica el caso de una paciente con diagnóstico de foliculitis decalvante; asimismo, se insiste en el uso de la tricoscopia como herramienta para el diagnóstico dirigido de enfermedades inflamatorias e infecciosas de pelo para esclarecer la ruta diagnóstica y evitar abordajes invasivos.

CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 15 años, originaria de Panotla, Tlaxcala, México, y residente de Tizayuca, Hidalgo. Sin antecedentes crónico-degenerativos de importancia, inició con su padecimiento hacía aproximadamente 2 meses con una dermatosis localizada a la piel cabelluda que afectaba el vértice y la región parieto-occipital, constituida por múltiples

¹ Dermatólogo, práctica privada.

² Residente de Dermatología.

³ Laboratorio de Micología. Servicio de Dermatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Recibido: junio 2023

Aceptado: julio 2023

Correspondencia

Diana Alejandra Aguilar Medina
dradianaaguilar31@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Carrasco-Gerárd E, Aguilar-Medina DA, González-Morales A, Fernández-Ortega LP, Araiza-Santibáñez J, Tejeda-Olán J, Bonifaz A. ¿Foliculitis decalvante o tiña inflamatoria? Dermatol Rev Mex 2024; 68 (1): 146-150.

abscesos con áreas de alopecia y algunas costras melicéricas. En las 2 semanas posteriores hubo aumento de volumen y se asoció con dolor.

Acudió a consulta y se estableció el diagnóstico clínico presuntivo de foliculitis decalvante, se trató con champú con piroctona-olamina al 2%, ácido fusídico tópico al 2%, claritromicina y clindamicina vía oral durante 10 días sin mejoría. **Figura 1**

La dermatoscopia evidenció áreas de pseudo-alopecia con pelos cortos en coma, pelos en sacacorcho, escama y algunas vainas peripilares. Con este patrón se consideró una probable tiña inflamatoria. **Figura 2**

Se realizó examen directo con KOH al 10% que mostró al microscopio fragmentos de pelo parasitado en forma ecto-endótrix. Por

último, se cultivó una muestra en medio de Sabouraud dextrosa agar con hallazgos macroscópicos de colonias aterciopeladas color beige y al reverso pigmento marrón oscuro (**Figura 3**). A la microscopia se observaron múltiples hifas delgadas tabicadas con clamidoconidios intercalares y microa-leurioconidios terminales en disposición de cruces de Lorena. Con base en lo anterior se estableció el diagnóstico de tiña inflamatoria por *Trichophyton tonsurans* corroborado por MALDI-TOF MS- Bruker®. **Figura 4**

La paciente negó haber tenido contacto con mascotas u otros animales; ningún familiar refirió estar afectado. Se dio manejo con fomentos secantes con sulfato de aluminio y calcio, itraconazol a dosis de 200 mg cada 24 horas y trimetoprim sulfametoxazol 80 mg/400 mg durante 4 semanas.

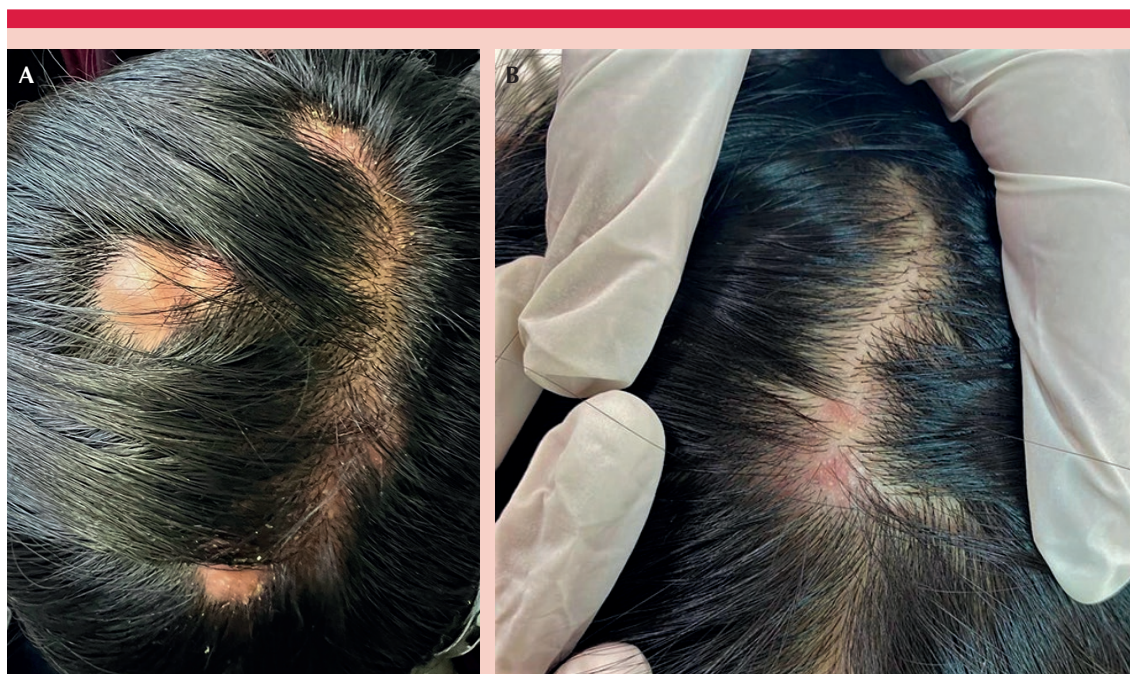


Figura 1. A. Panorámica de lesiones de foliculitis. B. Acercamiento de las lesiones.



Figura 2. Dermatoscopia con evidencia de pelos en coma, pelos en sacacorcho y escama amarillenta.

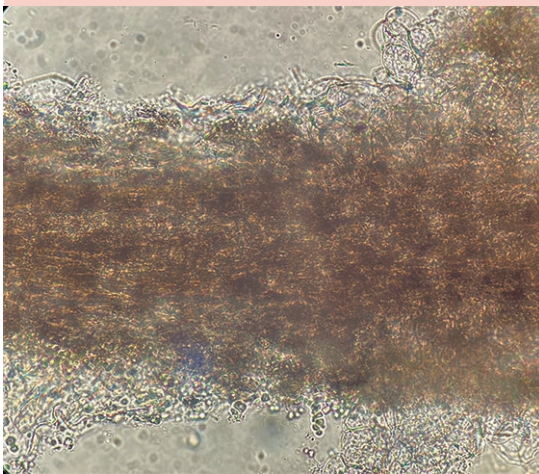


Figura 3. Pelos con parasitación ecto-endótrix al examen directo (KOH 10%, 10x).

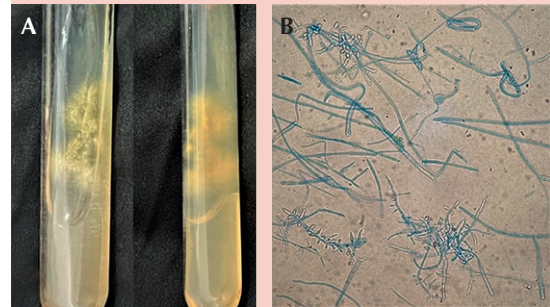


Figura 4. A. Anverso y reverso del cultivo en medio de Sabouraud dextrosa agar, *T. tonsurans*. **B.** Microscopia que muestra múltiples hifas delgadas tabicadas con clamidoconidios intercalares y microaleurioconidios terminales en disposición de cruces de Lorena (azul de algodón, 40x).

DISCUSIÓN

La foliculitis decalvante es una alopecia cicatricial neutrofílica. Afecta a pacientes jóvenes y de edad media, sin predominio de raza o sexo. Es una enfermedad rara de la cual aún no se conoce la causa; sin embargo, se sabe que *Staphylococcus aureus* desempeña un papel importante en su patogenia; incluso, se ha sugerido que los “superantígenos” o citotoxinas, así como la predisposición genética, son los causantes del cuadro clínico de esta enfermedad. Afecta la piel cabelluda en la zona del vértice y la región occipital y se constituye por lesiones que inician siendo pápulas pero que tienden a evolucionar a nódulos y abscesos que, a su vez, dan foliculitis en penacho, hallazgo característico en estos pacientes, acompañada de dolor y prurito dejando cicatriz y áreas de franca alopecia y atrofia.²

Los hallazgos a la tricoscopia en la actualidad se asocian con gravedad del padecimiento y se han implementado escalas de actividad de la enfermedad con base en la tricoscopia. Los hallazgos más comunes son los pelos en penacho, eritema perifolicular, escamas amarillentas, costras y pústulas foliculares. El eritema perifolicular y las hemorragias perifoliculares forman parte de los patrones rojos, mientras que las pústulas perifoliculares, la descamación tubular amarilla y las costras forman parte de las estructuras amarillas y entre todas representan el infiltrado neutrofílico de la enfermedad y son marcadores de actividad y de respuesta al tratamiento.³ Se han descrito importantes diferencias clínicas entre las alopecias cicatriciales neutrofílicas; sin embargo, los hallazgos histopatológicos son bastante parecidos entre las mismas y la biopsia de piel en los casos de foliculitis decalvante no es obligatoria, a menos que el diagnóstico no sea concluyente.⁴

Por otro lado, la tiña de la cabeza es una dermatofitosis de la piel cabelluda más frecuente en niños, siendo muy rara en adultos. En los países industrializados hay un incremento de las tiñas tricofíticas y en países en vías de desarrollo, como México, el agente causal más común es *Microsporum canis*, seguido de *T. tonsurans*. Los hongos pueden penetrar la vaina externa de la raíz del folículo piloso e invadir el tallo del cabello. La tiña de la cabeza se divide en tipos inflamatorios y no inflamatorios. El primero puede dar lugar a nódulos dolorosos con salida de secreción purulenta, así como a la alopecia cicatricial.⁵ En algunas situaciones, la apariencia y el contexto clínico no se evidencian de primera intención y requieren confirmación micológica; sin embargo, los resultados de los cultivos pueden tardar hasta 4 semanas, lo que puede retrasar o dificultar el manejo y aumentar el riesgo de contaminación. En estos casos, una herramienta fácil y no invasiva es la tricoscopia, que puede orientar el diagnóstico.⁶

Se cree que los hallazgos a la tricoscopia característicos son el resultado de la invasión

del cabello por hongos que se encuentran en los géneros *Trichophyton* o *Microsporum*. Los pelos en forma de coma se encuentran en las infecciones de ambos géneros, mientras que los pelos en forma de sacacorchos se encuentran en las infecciones por *Trichophyton* y se cree que son el resultado de la invasión endótrix del tallo del cabello.^{6,7}

Para el diagnóstico de certeza puede considerarse examen directo o un cultivo para confirmar el hongo causante. La luz de Wood también es una modalidad para verificar la fluorescencia de las áreas infectadas, como la parasitación ecto-endótrix apreciada en *M. canis*, que resultará en un color verde a amarillo verdoso, mientras que en una tiña tricofítica, como es el caso de *T. tonsurans*, no se observa fluorescencia. En nuestro caso, el hallazgo al examen directo con ecto-endótrix sugería tiña microspórica; sin embargo, fue tricofítica, por lo que se requirió el cultivo del hongo.⁸

En el caso de nuestra paciente los hallazgos tricoscópicos se correlacionaban con una infección por dermatofitos en comparación con los que suelen encontrarse en la foliculitis decalvante. Si bien la clínica orientaba a una alopecia cicatricial, la falla terapéutica a antimicrobianos ayudó a buscar un diferencial.

La tiña de la cabeza es una dermatofitosis inusual en adultos y, por tanto, a menudo se diagnostica de manera errónea, por lo que es importante considerar a la tricoscopia una herramienta complementaria confiable para el diagnóstico y seguimiento terapéutico de las enfermedades pilosas. Algunos de estos patrones no son patognomónicos de una enfermedad específica, lo que puede conducir a errores diagnósticos de no contar con el adiestramiento y experiencia adecuados por parte del dermatólogo que la realiza, de ahí la importancia del estudio y la investigación sobre el tema. **Cuadro 1**

Cuadro 1. Comparación entre tiña inflamatoria (tipo querión) y foliculitis decalvante (bacteriana)

Tiña inflamatoria	Foliculitis decalvante
Pelos en coma	Pelos en penacho
Pelos en sacacorchos	Eritema perifolicular
Puntos negros	Escamas amarillentas
Pelos en código morse	Costras
Escama amarillenta difusa	Pústulas foliculares

CONCLUSIONES

En la actualidad se han desarrollado nuevas herramientas para el diagnóstico dirigido de ciertos padecimientos, entre ellas, la tricoscopia, misma que ha cobrado importancia en las enfermedades de pelo, que, en nuestro caso, esclareció una ruta diagnóstica dirigida sin realizar procedimientos invasivos. Se comunica este caso para insistir en la similitud clínica que puede haber en este tipo de afecciones y en la importancia de sospechar esta causa fúngica en pacientes que no respondan al manejo habitual, así como comenzar a usar la tricoscopia como parte del abordaje diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Bunagan MJ, Banka N, Shapiro J. Retrospective review of folliculitis decalvans in 23 patients with course and treatment analysis of long-standing cases. *J Cutan Med Surg* 2015; 19 (1): 45-9. doi: 10.2310/7750.2014.13218.
2. Otberg N, Kang H, Alzolibani AA, Shapiro J. Folliculitis decalvans. *Dermatol Ther* 2008; 21 (4): 238-44. doi: 10.1111/j.1529-8019.2008.00204.x.
3. Saceda-Corralo D, Moreno-Arrones OM, Rodrigues-Barata R, Rubio-Lombraña M, et al. Trichoscopy activity scale for folliculitis decalvans. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; 34(2):e55-e57. doi: 10.1111/jdv.15900.
4. Bernárdez C, Molina-Ruiz AM, Requena L. Histologic features of alopecias: part II: scarring alopecias. *Actas Dermosifiliogr* 2015; 106 (4): 260-70. doi: 10.1016/j.ad.2014.06.016.
5. Rebollo N, López AP, Arenas R. Tinea capitis. *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99 (2): 91-100.
6. Waśkiel-Burnat A, Rakowska A, Sikora M, Ciechanowicz P, Olszewska M, Rudnicka L. Trichoscopy of tinea capitis: A systematic review. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2020; 10 (1): 43-52. doi: 10.1007/s13555-019-00350-1.
7. Güleç AT. Trichoscopic evaluation of tinea capitis. *Myopathologia* 2022. doi: 10.1007/s11046-022-00678-x.
8. Gupta AK, Mays RR, Versteeg SG, Piraccini BM, et al. Tinea capitis in children: a systematic review of management. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32 (12): 2264-2274. doi: 10.1111/jdv.15088.

AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

