

## Caso clínico

## Foliculitis en penacho

Janet Eslava García,\* José A Matute Briceño\*\*

## RESUMEN

Se comunica el caso de un paciente de 42 años de edad con foliculitis en penacho. Esta entidad es infrecuente y de evolución crónica y progresiva. Suele localizarse en la piel cabelluda y se distingue por formación de alopecia cicatricial con aglomerados pilosos, que emergen de un único orificio folicular. Actualmente la foliculitis en penacho es un tema de controversia por su etiopatogenia. Muchos autores estiman que debería considerarse una variante de foliculitis decalvante.

**Palabras clave:** foliculitis, foliculitis en penacho, alopecia cicatricial.

## ABSTRACT

We report the case of a 42-year-old man with tufted hair folliculitis. It is an uncommon, chronic and progressive disease. It is usually located in scalp and is characterized by areas of scarring alopecia with clusters of hair emerging from a single follicular opening. Tufted hair folliculitis is currently a subject of controversy for its pathogenesis. Many authors believe that it should be considered a variant of folliculitis decalvans.

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

**L**a foliculitis en penacho, que es una entidad inflamatoria folicular y perifolicular crónica poco frecuente, afecta la piel cabelluda, tiene manifestaciones clínicas y microscópicas muy singulares respecto a otras enfermedades productoras de alopecia. En la bibliografía médica se han publicado pocos casos de esta entidad.

## CASO CLÍNICO

Se comunica el caso de un paciente de 42 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acudió a consulta porque en la piel cabelluda tenía una dermatosis que afectaba la región parietooccipital. La dermatosis

estaba constituida por placas alopécicas de aspecto escleroatrófico y tenía, en su parte interior, confluencia de 10 a 20 cabellos (que emergían de un solo folículo) y pústulas foliculares cubiertas de costra serohemática (Figuras 1 y 2). El resto de la exploración física fue normal. Manifestó que la dermatosis inició cuando tenía 22 años de edad, con lesiones pruriginosas que eliminaban material seroso, de formación periódica y de alivio espontáneo. Ocho años antes de la consulta estas lesiones ocasionaron zonas alopécicas. El paciente se sometió a diversos tratamientos, pero no encontró respuesta clínica.

Los exámenes de laboratorio fueron normales. El cultivo con antibiograma reportó crecimiento de *Staphylococcus aureus*. El cultivo micológico fue negativo. El estudio histopatológico reveló un infundíbulo dilatado, con varios folículos pilosos emergentes y leve infiltrado perifolicular inespecífico (Figura 3). Con estos datos se determinó el diagnóstico definitivo de foliculitis en penacho. Se indicó tratamiento con rifampicina a 450 mg/día y nadifloxacino en crema cada 12 horas durante tres semanas y posteriormente tratamiento con isotretinoína a 40 mg/día, con remisión de las lesiones inflamatorias.

## DISCUSIÓN

La foliculitis en penacho, que fue descrita en 1978 por Smith,<sup>1</sup> es una enfermedad infrecuente de la piel ca-

\* Departamento de Dermatología.

\*\* Departamento de Anatomía Patológica.

Hospital General Regional núm. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Obregón, Sonora, México.

Correspondencia: Dra. Janet Eslava García. Hospital General Regional núm. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social. Prolongación Vicente Guerrero s/n, esq. Sahuaripa, colonia Centro, CP 85000, Ciudad Obregón, Sonora, México.

Correo electrónico: janetslava@yahoo.com.mx

Recibido: enero, 2012. Aceptado: mayo, 2012.

Este artículo debe citarse como: Eslava-García J, Matute-Briceño JA. Foliculitis en penacho. Dermatol Rev Mex 2012;56(5):299-302.



**Figura 1.** Aspecto clínico de la dermatosis localizada en la región occipital.

belluda, aqueja a ambos sexos (con edades de 19 a 68 años) y predomina en hombres (relación de 2.7:1).<sup>2</sup> Se localiza principalmente en las regiones parietal, occipital y coronal.<sup>3</sup> El cuadro inicia con papulopústulas folicu-

lares y placas eritematosas exudativas. Dentro del área afectada emergen, de un orificio folicular en común, 5 a 20 elementos pilosos de apariencia normal, lo que da el aspecto de penacho o “pelo de muñeca”.<sup>4,5</sup> La evolución es progresiva y las recurrencias, que son frecuentes, consisten en sensibilidad local, exudación y prurito.<sup>6</sup> Entre dichas agrupaciones se establecen zonas irregulares de alopecia cicatricial.

Su etiopatogenia se desconoce. Actualmente existe controversia por considerar a la foliculitis en penacho una enfermedad *per se* o la fase final de diversos procesos inflamatorios que afectan la piel cabelluda.<sup>6</sup>

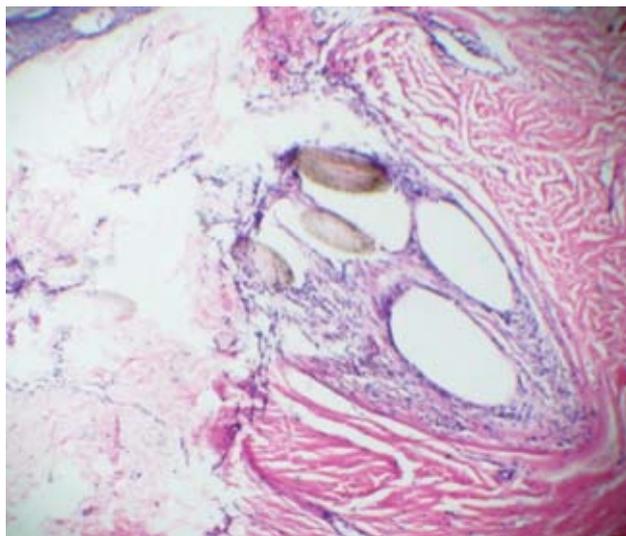
Se han propuesto varias hipótesis, que incluyen anomalías nevoides, retención de pelos en telógeno en los penachos y traumatismo local.<sup>7</sup> Se cree que la foliculitis en penacho podría relacionarse con una respuesta inmunitaria inadecuada a *S. aureus*, ya que esta especie se ha aislado en la mayoría de los casos descritos.<sup>8-11</sup>

Los hallazgos histopatológicos muestran un infiltrado inflamatorio perifolicular en la dermis superior y media. Las papilas suelen estar conservadas y los folículos pilosos, en anágeno;<sup>12</sup> de esta manera, la inflamación, que se produce en el istmo y el infundíbulo folicular, podría ocasionar gradualmente la fusión y el recrecimiento del pelo, lo que da como resultado la imagen macroscópica característica.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con los siguientes procesos:



**Figura 2.** A mayor detalle, placas alopecicas escleroatróficas con pelos que emergen de un folículo. Se observa eritema, pústulas y exudación.



**Figura 3.** Imagen histológica. Infundíbulo dilatado con varios tallos pilosos en su interior.

*Celulitis disecante de la piel cabelluda.* Se distingue por nódulos subcutáneos dolorosos y abscesos, que forman vías sinuosas en las regiones occipital y coronal y que suelen provocar alopecia cicatricial.<sup>13</sup>

*Acné queiloideo de la nuca.* Se manifiesta con pústulas foliculares y placas eritematosas, que forman cicatriz hipertrófica. Afecta la región occipital y el cuello.

*Liquen plano pilaris.* Es un proceso inflamatorio crónico que conlleva a la destrucción del folículo piloso. Desde el punto de vista clínico, se observan eritema y pápulas queratósicas foliculares.<sup>14</sup>

*Querion de Celso.* Se observa una placa inflamatoria dolorosa, constituida por pústulas, abscesos, úlceras y costras melicéricas. Es resultado de una infección fúngica por dermatofitos.<sup>15</sup> Se ven pelos con tallo roto y disminución de la densidad folicular, que puede evolucionar a alopecia residual.

*Foliculitis decalvante.* Comparte características clínicas e histopatológicas con la foliculitis en penacho.<sup>16</sup> Se manifiesta en forma de pústulas foliculares recurrentes, con áreas de alopecia cicatricial central. La foliculitis en penacho se distingue por varios conglomerados de pelo sobre las placas de alopecia. Estos hallazgos sugieren que la foliculitis en penacho debe considerarse una variante de foliculitis decalvante.

El tratamiento es complejo. Se han administrado antibióticos tópicos y sistémicos, que pueden disminuir el

componente inflamatorio; sin embargo, la remisión completa es infrecuente. Se han administrado, con respuesta limitada, isotretinoína oral, sulfato de cinc, corticosteroides sistémicos y metotrexato.<sup>2,3,6</sup> Según algunos reportes, la escisión quirúrgica ha dado buenos resultados en casos con lesiones localizadas en quienes ha fracasado el tratamiento farmacológico.

## CONCLUSIÓN

La foliculitis en penacho es una entidad infrecuente, cuya etiopatogenia se encuentra en polémica. La tendencia actual es considerarla una variante de foliculitis decalvante. En las enfermedades señaladas en los diagnósticos diferenciales se observan conglomerados pilosos, pero sólo de manera secundaria.<sup>4</sup>

En el caso presentado disminuyó el proceso inflamatorio, pero no la alopecia. Es necesario realizar estudios clínicos con distribución al azar de esta entidad para evaluar los posibles factores etiopatogénicos y determinar la opción terapéutica más adecuada.

## REFERENCIAS

1. Smith NP. Tufted folliculitis of the scalp. *J R Soc Med* 1978;71(8):606-608.
2. Fernandes JC, Correia TM, Azevedo F, Mesquita-Guimarães J. Tufted hair folliculitis after scalp injury. *Cutis* 2001;67(3):243-245.
3. Ekmecki TR, Koslu A. Tufted hair folliculitis causing skullcap-pattern cicatricial alopecia. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20(21):227-228.
4. Prodan C, Tiscornia J, Lustia M, Fernández BS, et al. Foliculitis en penacho. *Dermatol Argent* 2003;4(3):180-184.
5. Anesi G. Tufted folliculitis of the scalp: a distinctive clinicohistological variant of folliculitis decalvans. *Br J Dermatol* 1998;138:799-805.
6. Pujol RM, Matías GX, García PV, De Moragas JM. Tufted hair folliculitis. *Clin Exp Dermatol* 1991;16:199-201.
7. Trueb RM, Pericin M, Hafner J, Burg G. Tufted hair folliculitis. *Hautarzt* 1997;48:266-269.
8. Tong AK, Baden HP. Tufted hair folliculitis. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:1096-1099.
9. Broshtilova V, Bardarov E, Kazandjieva J, Marina S. Tufted hair folliculitis: a case report and literature review. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat* 2011;20(1):27-29.
10. Dalziel KO, Telfer NR, Wilson CL, Dawber RP. Tufted folliculitis. A specific bacterial disease. *Am J Dermatopathol* 1990;12:37-41.
11. Abal DL, Soria X, Casanova SJM. Alopecias cicatriciales. *Actas Dermosifiliogr* 2011;102(8):1-12.

12. Jeremías X, Giménez AAM. Folliculitis de pelos en penacho. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003;31(2):113-115.
13. Stefanato CM. Histopathology of alopecia a clinical approach to diagnosis. *Histopathology* 2010;56(1):24-38.
14. Kang H, Alzolibani AA, Otberg N, Shapiro J. Lichen planopilaris. *Dermatol Ther* 2008;21(4):249-256.
15. Arenas GR. *Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento*. 4ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana, 2009;471-472.
16. Otberg N, Kang H, Alzolibani AA, Shapiro J. Folliculitis decalvans. *Dermatol Ther* 2008;21(4):238-244.