Caso clínico
Dermatol Rev Mex 2025; 69 (5): 696-699.

Dermatología
Revista mexicana

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i5.10743

Nódulos alopécicos y asépticos de la piel cabelluda en un varón, manifestación atípica de una celulitis disecante

Alopecic and aseptic nodules on the scalp in a male, an atypical presentation of dissecting cellulitis.

Johan Conquett Huertas,[1] Isabella González Saldarriaga,[1] Paula Candelo Viáfara[2]

Resumen

ANTECEDENTES: La celulitis disecante, o enfermedad de Hoffman, es un tipo raro de alopecia cicatricial neutrofílica primaria, de causa poco clara, que puede asociarse con otros trastornos de oclusión folicular, formando parte de la denominada tétrada folicular. Se manifiesta como nódulos supurativos que pueden formar trayectos y que afectan, principalmente, el vértice y la zona posterior de la piel cabelluda. Por lo general, el exudado es estéril, pero puede haber infección agregada por *S. aureus*, *P. aeruginosa* y bacterias anaerobias. Los pacientes refieren prurito y dolor según el grado de inflamación.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 45 años, fototipo II, con nódulos asépticos discretos, áreas focales de alopecia cicatricial en la piel cabelluda, signos tricoscópicos inespecíficos y hallazgos histopatológicos concluyentes de alopecia neutrofílica. Se trató con doxiciclina 100 mg/día, infiltraciones intralesionales con triamcinolona 10 mg/mL, lavado con jabón de clorhexidina tres veces por semana. Un mes después de iniciado el tratamiento el paciente mostró alivio de las lesiones.

CONCLUSIONES: La celulitis disecante es una enfermedad dermatológica rara que puede conducir a alopecia cicatricial. Es un reto diagnóstico debido a los diferentes espectros clínicos que puede tener y conocer sus manifestaciones atípicas o infrecuentes será de utilidad al momento de evaluar a los pacientes con alopecia y así poder indicar un tratamiento oportuno que evite la evolución de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Alopecia; hombre; piel cabelluda; celulitis.

Abstract

BACKGROUND: *Dissecting cellulitis, or Hoffman's disease, is a rare type of primary neutrophilic cicatricial alopecia with unclear etiology, which may be associated with other follicular occlusion disorders, forming part of the so-called follicular tetrad. It clinically manifests as suppurative nodules that can form sinus tracts, primarily affecting the vertex and posterior scalp. Generally, the exudate is sterile, but secondary infection by* S. aureus, P. aeruginosa, *and anaerobic bacteria may occur. Patients may also complain of itching and pain depending on the degree of inflammation.*

CLINICAL CASE: *A 45-year-old male patient, Fitzpatrick skin type II, with discrete aseptic nodules, focal areas of cicatricial alopecia on the scalp, nonspecific trichoscopic signs, and conclusive histopathological findings of neutrophilic alopecia.*

CONCLUSIONS: *Dissecting cellulitis is a rare dermatological condition that can lead to cicatricial alopecia. This illness remains a diagnostic challenge due to the different clinical spectra it may present, and awareness of its atypical or infrequent manifestations is useful when evaluating patients with alopecia. This knowledge can facilitate timely management to prevent disease progression.*

KEYWORDS: *Alopecia; Male; Scalp; Cellulitis.*

[1] Residente de Dermatología.
[2] Dermatóloga. Docente del programa de especialización en dermatología. Universidad Libre, seccional Cali, Valle del Cauca, Colombia.

ORCID
https://orcid.org/0000-0001-8806-8402

Recibido: agosto 2023

Aceptado: febrero 2024

Correspondencia
Johan Conquett Huertas
conquett15@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Conquett-Huertas J, González-Saldarriaga I, Candelo-Viáfara P. Nódulos alopécicos y asépticos de la piel cabelluda en un varón, manifestación atípica de una celulitis disecante. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (5): 696-699.

ANTECEDENTES

La celulitis disecante es un trastorno inflamatorio crónico, recidivante y remitente del folículo piloso,[1] que forma parte del grupo de alopecias cicatriciales neutrofílicas primarias de acuerdo con la clasificación del North American Hair Research Society.[2]

En 1903 Ludwig Spitzer describió esta enfermedad, quien la denominó *dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata* y, en 1907, Hoffman la nombró descriptivamente *perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens,*[3] haciendo alusión a las particularidades clínicas de la enfermedad. Al día de hoy todavía no hay un consenso acerca de su origen, pero, debido a que este padecimiento puede manifestarse en asociación con otros trastornos de oclusión folicular: acné conglobata, hidradenitis supurativa y quiste pilonidal (formando parte de la tétrada folicular), se ha postulado que existe un defecto en la queratinización del folículo piloso que conduce a su obstrucción con posterior destrucción, reacción inflamatoria neutrofílica y sobreinfección bacteriana.[4]

La celulitis disecante es poco frecuente y, aunque se han reportado casos en todo el mundo, afecta de forma predominante, pero no exclusiva, a hombres afrodescendientes de 20 a 40 años.[3,5] En términos clínicos se manifiesta como nódulos supurativos que afectan principalmente el vértice y la zona occipital de la cabeza, es común que los nódulos formen fístulas o surcos interconectados, por lo que la aplicación de presión a una zona de la enfermedad puede provocar el drenaje de un sitio distante. Por lo general, el exudado es estéril, pero puede haber infección agregada por *S. aureus*, *P. aeruginosa* y bacterias anaerobias; además, los pacientes pueden quejarse de prurito y dolor según el grado de inflamación.[6]

A la tricoscopia suelen observarse tallos pilosos rotos de longitud variable, así como puntos negros, áreas blancas sin estructura en las fases cicatriciales de la enfermedad y, como hallazgo más específico, pueden observarse puntos amarillos en 3D.[7] Sin embargo, en múltiples ocasiones esta enfermedad representa un reto diagnóstico, debido a que puede manifestarse en diferentes estadios y no todos los pacientes muestran sus signos característicos o, incluso, pueden tener características superpuestas con otros tipos de alopecia.

De forma general el diagnóstico de celulitis disecante es clínico, aunque, de ser necesario, debe hacerse un cultivo para descartar infección secundaria y puede ser necesaria una biopsia para confirmar el diagnóstico y descartar otras formas de alopecia cicatricial si se observan características superpuestas.

Se comunica el caso clínico de un paciente con nódulos asépticos discretos, áreas focales de alopecia cicatricial en la piel cabelluda, signos tricoscópicos inespecíficos y hallazgos histopatológicos concluyentes de alopecia neutrofílica.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 45 años, con antecedente de valvulopatía mitral, procedente de Cali, Colombia con un cuadro clínico de cinco años de evolución, que inició con una placa alopécica, eritematosa, asintomática en el vértice, tratada inicialmente como alopecia areata con tres sesiones de triamcinolona intralesional con alivio de la lesión y cicatrización alopécica residual. Un mes previo a la consulta aparecieron nuevas placas alopécicas en la región occipital que evolucionaron a nódulos, ocasionalmente dolorosos a la palpación, no exudativos.

Al examen físico se encontró un paciente fototipo II, con una placa alopécica de aspecto cicatricial de bordes netos y regulares, de 1.5 x 1.5 cm en el vértice, así como un nódulo eritematoso de bordes bien definidos y regulares, de

consistencia renitente, de aproximadamente 1.5 x 1 cm y otro de iguales características, de 2 x 2 cm, ambos localizados en la región occipital, asintomáticos. **Figura 1A**

A la tricoscopia se observaron puntos amarillos y blancos, anisotricosis, pelos en recrecimiento, eritema inter y perifolicular y áreas rojo-lechosas. **Figura 1B**

Se plantearon como posibilidades diagnósticas cilindromas *versus* quistes triquilemales, debido a la apariencia de los nódulos, por lo que se solicitaron estudios paraclínicos de rutina, hemograma, serología, VIH, todos dentro de la normalidad. Además, se tomaron dos biopsias de las lesiones cuyo estudio evidenció infiltrado inflamatorio mixto de predominio polimorfonuclear y disposición perivascular superficial, profundo y perifolicular con algunos fragmentos de tallos libres rodeados por infiltrado inflamatorio, células plasmáticas y células multinucleadas, sin granulomas, microorganismos, ni células neoplásicas, que favorecían el diagnóstico de una alopecia neutrofílica. **Figura 2**

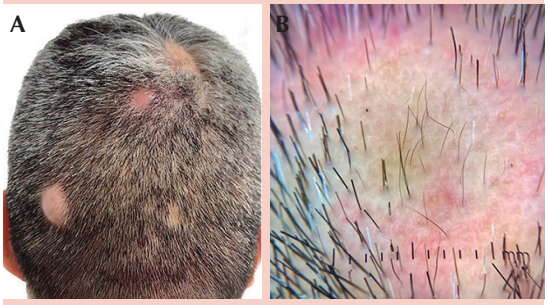

Figura 1. A. Nódulos eritematosos de bordes bien definidos y regulares, de consistencia renitente, ubicados en la región occipital de la piel cabelluda. **B.** Dermatoscopia de uno de los nódulos, donde se observan puntos amarillos y blancos, anisotricosis, pelos en recrecimiento y eritema inter y perifolicular.

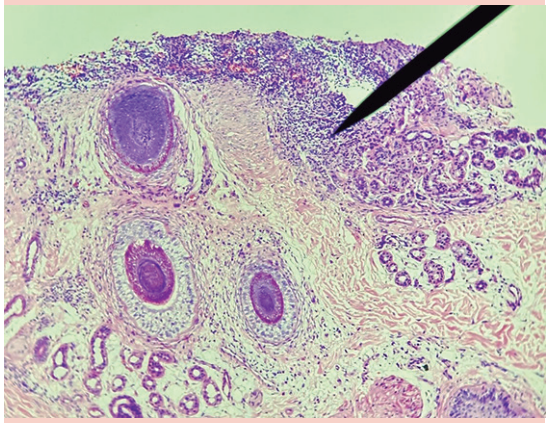

Figura 2. Hallazgos histopatológicos: tinción con hematoxilina y eosina. Infiltrado inflamatorio mixto de predominio polimorfonuclear y disposición perivascular superficial, profundo y perifolicular. También se observan algunos fragmentos de tallos libres rodeados por células multinucleadas, sin granulomas. Cortesía del Dr. Víctor Delgado.

Se estableció el diagnóstico de celulitis disecante de la piel cabelluda, se inició tratamiento con doxiciclina a dosis de 100 mg/día, infiltraciones intralesionales con triamcinolona 10 mg/mL y se recomendó el lavado con jabón de clorhexidina tres veces por semana. Un mes después de iniciado el tratamiento el paciente mostró alivio de las lesiones y se decidió continuar en seguimiento por dermatología clínica.

DISCUSIÓN

La celulitis disecante, o enfermedad de Hoffmann, es poco frecuente y puede conducir a la alopecia cicatricial. Aunque sus hallazgos clínicos e histológicos se han descrito ampliamente, sigue siendo un reto diagnóstico, como se evidenció en el paciente del caso porque, en contraste con lo analizado en la bibliografía médica a la fecha,[3,4] se trató de un varón de fototipo bajo con manifestaciones clínicas no muy típicas porque el paciente mostró, de forma inicial, unas

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i5.10743

placas alopécicas que posteriormente evolucionaron como dos nódulos asépticos, aislados, no supurativos y paucisintomáticos, que pueden hacer pensar en otras posibilidades diagnósticas de forma inicial, como otras causas más frecuentes de pérdida del pelo: inflamatorias, como la alopecia areata, infecciosas, como la tiña de la cabeza, o manifestarse como algunos tumores de la piel cabelluda.

En 2022 Luu y su grupo reportaron 26 casos de varones caucásicos con edad entre 18 y 48 años, con pseudoquistes y nódulos alopécicos y asépticos de la piel cabelluda. Analizaron si se trataba de un padecimiento separado o una forma menor de celulitis disecante; concluyeron que, a excepción de la extensión y la gravedad de la enfermedad, y posiblemente el origen étnico, no existe una sola característica que justifique distinguir los nódulos alopécicos y asépticos de la piel cabelluda como un padecimiento diferente y los catalogaron como una forma leve de celulitis disecante, producto de una oclusión folicular anormal, debido a la susceptibilidad y respuesta al tratamiento con tetraciclinas,[8] lo que explica otros espectros clínicos que puede tener esta enfermedad.

CONCLUSIONES

Se comunicó un caso clínico de celulitis disecante de la piel cabelluda, con manifestaciones clínicas atípicas, pero con hallazgos histológicos concluyentes, lo que aporta nuevas luces de esta enfermedad y podría proporcionar nuevos aspectos a considerar al momento de atender a pacientes con alopecias inflamatorias y cicatriciales porque son desafiantes en la práctica diaria para todos los profesionales que tratan estas dermatosis.

REFERENCIAS

1. Thomas J, Aguh C. Approach to treatment of refractory dissecting cellulitis of the scalp: a systematic review. J Dermatol Treat 2021; 32 (2): 144-9. https://doi.org.10.1080/09546634.2019.1642441
2. Kanti V, Röwert-Huber J, Vogt A, Blume-Peytavi U. Cicatricial alopecia. J Dtsch Dermatol Ges J Ger Soc Dermatol JDDG 2018; 16 (4): 435-61. https://doi.org.10.1111/ddg.13498
3. Scheinfeld N. Dissecting cellulitis (perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens): a comprehensive review focusing on new treatments and findings of the last decade with commentary comparing the therapies and causes of dissecting cellulitis to hidradenitis suppurativa. Dermatol Online J 2014; 20 (5): 22692.
4. Sung KY, Lee S, Jeong Y, Lee SY. Dissecting cellulitis of the scalp: A diagnostic challenge. Arch Plast Surg 2020; 47 (6): 631-2. https://doi.org.10.5999/aps.2020.00633
5. Segurado-Miravalles G, Camacho-Martínez FM, Arias-Santiago S, et al. Epidemiology, clinical presentation and therapeutic approach in a multicentre series of dissecting cellulitis of the scalp. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31 (4): e199-200. https://doi.org.10.1111/jdv.13948
6. Macedo TF, Heck R. Dissecting cellulitis of the scalo. J Cutan Med Surg 2022; 26 (4): 443. https://doi.org.10.1177/12034754211058713
7. Melo DF, Slaibi EB, Siqueira TMFM, Tortelly VD. Trichoscopy findings in dissecting cellulitis. An Bras Dermatol 2019; 94 (5): 608-11. https://doi.org.10.1016/j.abd.2019.09.006
8. Luu NNC, Uribe NC, Gavazzoni Dias MFR, et al. Alopecic and aseptic nodules of the scalp: A new entity or a minor form of dissecting cellulitis? Int J Trichology 2022; 14 (4): 120-4. https://doi.org.10.4103/ijt.ijt_33_22