

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i6.10840>

Perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens

Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens.

Juan Carlos De Alzúa Calderón,¹ Alfredo Piñeyro Cantú,¹ Ely Cristina Cortés Peralta²

Resumen

ANTECEDENTES: La perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens, también conocida como celulitis disecante de la piel cabelluda o enfermedad de Hoffman, es una causa rara de alopecia cicatricial severa. Su patogénesis se desconoce, aunque se cree que la enfermedad podría atribuirse a un proceso de queratinización anormal. Esta enfermedad se caracteriza por pústulas perifoliculares que evolucionan a nódulos, abscesos y senos comunicantes que, finalmente, provocan alopecia irreversible. El diagnóstico y tratamiento de esta afección son desafiantes y requieren estrategias terapéuticas innovadoras porque existe gran variabilidad en la evolución de la enfermedad en cada individuo.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 15 años, sin antecedentes médicos de relevancia, quien acudió a consulta con extensas placas alopécicas y abscesos en la región occipital de dos meses de evolución. Tras probar dos esquemas terapéuticos contra la perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens, uno de los cuales incluía isotretinoína, los síntomas se exacerbaron. La evaluación de la historia clínica completa y la evolución del paciente eran sugerentes de celulitis disecante de la piel cabelluda. Se indicó tratamiento sistémico con minociclina, corticosteroides y minoxidil, con lo que se obtuvieron resultados satisfactorios. El paciente se ha mantenido asintomático tras un año de seguimiento.

CONCLUSIONES: Este caso ilustra las dificultades terapéuticas de la perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens y la importancia del tratamiento individualizado para lograr mejores resultados.

PALABRAS CLAVE: Perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens; celulitis disecante de la piel cabelluda; isotretinoína; alopecia.

Abstract

BACKGROUND: Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, also known as dissecting cellulitis of the scalp or Hoffman's disease, is a rare cause of severe scarring alopecia. Its pathogenesis is unknown, although it is believed that the cause of the disease could be attributed to an abnormal keratinization process. This disease is characterized by perifollicular pustules that evolve into nodules, abscesses and communicating sinuses that ultimately cause irreversible alopecia. The diagnosis and treatment of this disease are challenging and require innovative therapeutic strategies due to the great variability in the evolution of the disease in each patient.

CLINICAL CASE: A previously healthy 15-year-old male patient, with a 2-month history of extensive alopecia plaques and abscesses in the occipital region. After two therapeutic attempts for perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, one of which included isotretinoin, symptoms worsened. A comprehensive evaluation of the patient's medical history and clinical evolution allowed establish the diagnosis of dissecting cellulitis of the scalp. A tailored systemic treatment plan based on minocycline, corticosteroids and minoxidil, resulted in symptom relief and clinical improvement. The patient remained asymptomatic after a yearlong follow-up.

¹ Médico cirujano.

² Profesor de cátedra del Departamento de Dermatología.
Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0001-9056-7120>

Recibido: junio 2023

Aceptado: marzo 2024

Correspondencia

Ely Cristina Cortés Peralta
dracristinacortes@tec.mx

Este artículo debe citarse como: De Alzúa-Calderón JC, Piñeyro-Cantú A, Cortés-Peralta EC. Perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (6): 831-837.

CONCLUSIONS: This case illustrates the therapeutic difficulties of *perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens* and the importance of individualized treatment to achieve better results.

KEYWORDS: *Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*; *Dissecting cellulitis of the scalp*; *Isotretinoin*; *Alopecia*.

ANTECEDENTES

La *perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*, también conocida como celulitis disecante de la piel cabelluda o enfermedad de Hoffman, es una rara enfermedad inflamatoria y supurativa que puede causar alopecia cicatricial severa, caracterizada por inflamación predominantemente neutrofílica.^{1,2} En 1903 la describió Spitzer y Hoffman la renombró en 1908.³ El término *abscedens et suffodiens* significa saliente y socavante, que hace referencia al patrón de la alopecia.

La celulitis disecante de la piel cabelluda es una enfermedad crónica, caracterizada por la oclusión del folículo, que ocasiona pústulas perifoliculares⁴ que evolucionan a nódulos, abscesos y senos comunicantes que generan alopecia irreversible como resultado final.⁵ Su patogénesis se desconoce, aunque se cree que la causa de la enfermedad es un proceso de queratinización anormal. La epidemiología de este padecimiento no está bien definida; sin embargo, en Estados Unidos se ha reportado con mayor frecuencia en varones afrodescendientes jóvenes.⁶

Debido a su origen desconocido, no existe un tratamiento estandarizado contra la *perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*. Hay una amplia variedad de opciones terapéuticas reportadas en la bibliografía: tratamiento antibiótico, sulfato

de cinc, isotretinoína, corticosteroides, antian-drógenos, agentes biológicos, terapias con láser, terapia fotodinámica con ácido aminolevulínico, radioterapia e intervenciones quirúrgicas. La bibliografía actual sugiere que el mecanismo de acción de la isotretinoína implica la inducción de la apoptosis de los sebocitos, que representa una de las principales líneas de tratamiento de la celulitis disecante de la piel cabelluda.⁷

Se comunica el caso de un adolescente mexicano de 15 años con síntomas sugerentes de *perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*. Contrario a lo esperado, el paciente tuvo exacerbación de los síntomas tras la administración inicial de isotretinoína. Por este motivo, fue necesario crear un esquema terapéutico personalizado con el que se obtuvieron resultados satisfactorios.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 15 años, mexicano, previamente sano, que tenía una dermatosis de dos meses de evolución, localizada en la región occipital, conformada por múltiples placas alopécicas fluctuantes y edematosas de tamaño variable con un máximo de 10 cm de largo. El paciente refirió dolor y prurito local. Se observaron pústulas milimétricas centrales y nódulos periféricos en cantidad moderada. Adicionalmente, se detectó adenopatía cervical.

El paciente recibió tratamiento con ciprofloxacino vía oral a dosis no especificadas, sin mostrar mejoría clínica (**Figura 1**). Al llegar a la consulta, recibió isotretinoína (0.2 mg/kg/día), prednisona

(0.25 mg/kg/día) y clindamicina tópica, con lo que reportó incremento en el dolor y volumen de las lesiones (**Figura 2**), por lo que se cambió el esquema terapéutico a minociclina (200 mg/día)

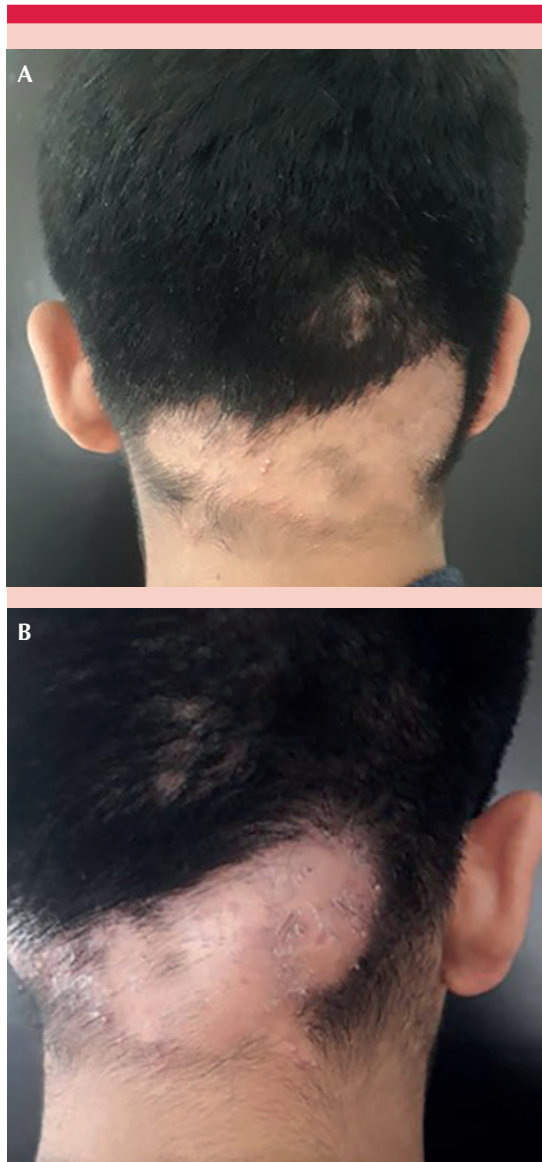


Figura 1. A. Región occipital con nódulos eritematosos con escama fina, pústulas perifoliculares y pseudoalopecia. **B.** Perifoliculitis *abscedens et suffodiens* en la región occipital sin respuesta luego de dos meses de tratamiento.

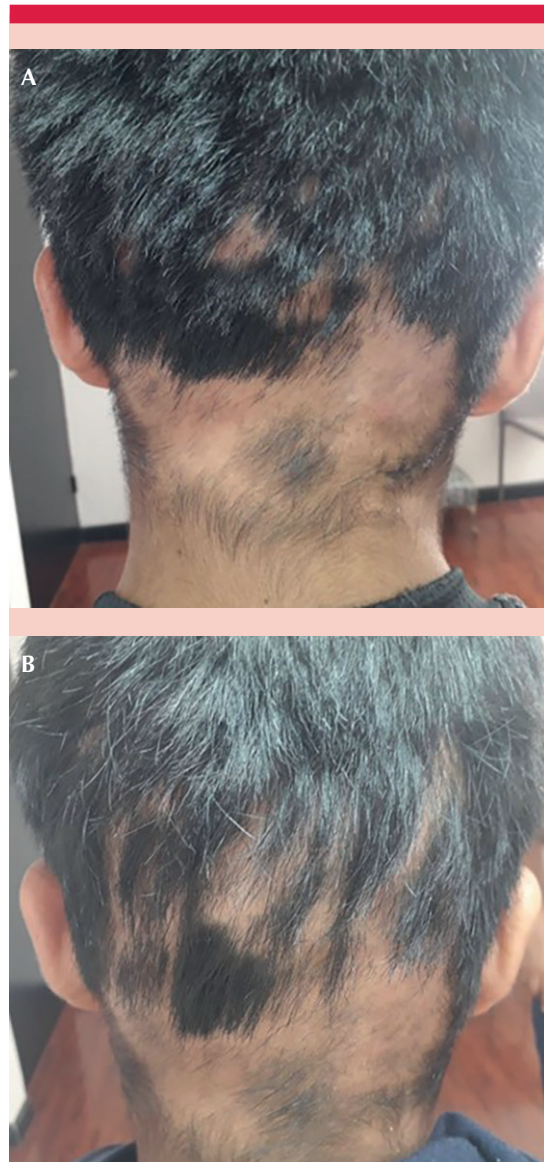


Figura 2. A. Extensión de alopecia hacia la región occipital superior con persistencia de nódulos eritematosos. **B.** Evolución clínica posterior al tratamiento de 15 días con isotretinoína y prednisona oral con clindamicina tópica.

durante 90 días más prednisona (0.25 mg/kg/día) en pauta descendente durante 45 días, con lo que se logró alivio del cuadro clínico con disminución del volumen de las placas y el edema. **Figura 3**

Sobrevinieron múltiples placas pseudoalopécicas de 2 a 3 cm de diámetro con pilotracción positiva que respondieron adecuadamente a minoxidil oral (2.5 mg/día) y terapia de reemplazo de proteoglicanos, desonida tópica y lavados con champú con clioquinol, alantoína y alquitrán de hulla (**Figura 3**). No se reportaron recidivas luego de 12 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

La perifoliculitis *capitis abscedens et suffodiens* es una enfermedad poco común, por lo que



Figura 3. Alivio de la perifoliculitis *abscedens et suffodiens* con minociclina y prednisona oral durante tres meses.

hay escasos datos acerca de su causa y epidemiología. Afecta, principalmente, a hombres afrodescendientes entre 20 y 40 años; no obstante, puede afectar a mujeres y otros grupos étnicos.^{5,8} Aunque se han reportado algunos casos en adolescentes y en un niño, el paciente del caso estaba por debajo del grupo etario habitual.^{2,4,9,10}

Anteriormente se pensaba que la acumulación de productos foliculares contribuía a la incubación de bacterias que daban paso a los síntomas de la enfermedad. Sin embargo, se ha observado que las lesiones suelen ser estériles, con algunos casos reportados de sobreinfección con *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Prevotella intermedia*, *Peptostreptococcus asaccharolyticus*, *Staphylococcus epidermidis* y *Cutibacterium acnes*.^{5,11,12} Por este motivo, se recomienda cultivar las lesiones para orientar el tratamiento antibiótico cuando sea necesario.

En la actualidad se cree que la perifoliculitis *capitis abscedens et suffodiens* se asocia con un defecto en el proceso de queratinización que bloquea el folículo de forma primaria. Este padecimiento se ha agrupado junto con la hidradenitis supurativa, el acné conglobata y los quistes pilonidales en la tetrada de oclusión folicular por su similitud con la obstrucción de los folículos pilosos por hiperqueratosis.^{13,14}

El cuadro clínico inicial característico de la perifoliculitis *capitis abscedens et suffodiens* incluye la formación de pústulas y nódulos exudativos localizados en el vértice y la región occipital, con descarga purulenta o sanguinolenta al momento del drenaje. Este proceso supurativo, a la larga, resulta en la formación de senos interconectados que pueden ser rastreados fácilmente con una sonda.⁴ Las placas alopecicas afectan la piel cabelluda que recubre estas lesiones.

Los síntomas más comunes de la celulitis disecante de la piel cabelluda son prurito, ardor o

dolor de intensidad variable en la piel cabelluda. Los pacientes muestran brotes y remisiones dependientes del grado de inflamación y la respuesta al tratamiento.¹ Con un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado los parches de alopecia pueden curarse sin ocasionar daño permanente al tejido. En casos avanzados, las lesiones se convierten en zonas alopécicas con cicatrices hipertróficas y queloides. Existen reportes de casos de larga evolución que avanzan a carcinomas escamosos agresivos. Esto ocurre casi exclusivamente en hombres jóvenes y rara vez en personas caucásicas.¹⁵

El diagnóstico diferencial clínico e histopatológico de la celulitis disecante es amplio e incluye otra alopecia cicatricial neutrofílica (foliculitis decalvante), alopecias linfocíticas (liquen plano, pseudopelada de Brocq, alopecia cicatricial centrífuga central, alopecia mucinosa, queratosis folicular espinulosa decalvante), formas mixtas de alopecia cicatricial (acné queloide, acné necrótico y dermatosis pustulosa erosiva), tiña de la cabeza y carcinoma de células escamosas.¹⁶ La celulitis disecante, la hidradenitis supurativa y el acné conglobata se diferencian por las regiones corporales afectadas: la celulitis disecante afecta la piel cabelluda, la hidradenitis supurativa las regiones axilares y anogenitales, y el acné conglobata la espalda, las nalgas y el tórax.

En la bibliografía existen reportes de una amplia variedad de tratamientos locales y sistémicos: antibióticos, sulfato de cinc, isotretinoína, corticosteroides, antiandrógenos, agentes biológicos, terapia láser, terapia fotodinámica con ácido aminolevulínico, radioterapia y procedimientos quirúrgicos.⁷ **Cuadro 1**

La monoterapia con isotretinoína, considerada el tratamiento médico de primera línea, puede lograr el alivio completo del cuadro clínico, pero las recaídas tras suspender el medicamento son frecuentes.¹⁷ Por lo general, se requiere la administración prolongada de isotretinoína o

Cuadro 1. Opciones de tratamiento para pacientes con perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens

Tratamiento	Utilidad
Antibiótico	Por lo general se indica para tratar la infección o sobreinfección de las lesiones que pueden ser causantes de inflamación continua en la zona. Adicionalmente, los antibióticos se prescriben por su acción antiinflamatoria directa
Sulfato de cinc	Mecanismo de acción indefinido. Se cree que su efecto inmunoestimulante es benéfico para modular la respuesta inflamatoria de la piel
Corticosteroides	Efecto antiinflamatorio
Agentes biológicos	Bloqueo del factor de necrosis tumoral alfa y la cascada de señalización de citocinas resultante
Láser	Se basa en la depilación porque el folículo piloso es fundamental para esta afección
Fotodinámica	Se cree que es eficaz debido a la formación de especies reactivas de oxígeno
Radioterapia	Actúa mediante la destrucción del folículo piloso con resultados persistentes en una pequeña serie de casos con un resultado cosmético razonable
Cirugía	La resección quirúrgica con injerto busca eliminar todo el espesor de la piel, incluido el folículo piloso. Los tejidos dañados y cicatrizados se eliminan. Se deja que la herida granule y se aplica un injerto de piel para una cobertura definitiva

combinaciones con corticosteroides o antibióticos para lograr resultados duraderos.^{4,18} El inicio de un esquema combinado con isotretinoína y corticosteroides orales, junto con clindamicina tópica, provocó una exacerbación del padecimiento del paciente del caso.

Si bien no existen reportes de exacerbaciones de perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens por la administración de isotretinoína, creemos que el paciente del caso tuvo un efecto adverso similar a los brotes inflamatorios reportados por

la administración de isotretinoína en el tratamiento de acné.¹⁹ Estos brotes agudos suelen ocurrir durante las primeras tres a cinco semanas de tratamiento y se manifiestan como una agravación paradójica del acné, especialmente de su componente inflamatorio. Los brotes leves suelen desaparecer espontáneamente y no requieren cambio o interrupción del tratamiento. En casos severos, es necesaria la terapia con corticosteroides sistémicos y la reducción o interrupción de la isotretinoína para evitar la aparición de cicatrices. Aunque el papel real de la isotretinoína en la extensión de estos brotes aún no se ha comprobado, por lo general, hay mejoría clínica al suspenderla.²⁰

La administración de minoxidil oral a dosis bajas es un tratamiento emergente de alopecias cicatriciales, caracterizada por su buen perfil de seguridad y pocas contraindicaciones. Se ha indicado con diferentes regímenes de dosificación que varían de 0.25 a 5 mg diarios en alopecia cicatricial y no cicatricial. La prescripción de minoxidil oral para tratar alopecias cicatriciales se limita a unos pocos reportes de casos, con buena respuesta en el crecimiento del cabello. Los eventos adversos reportados con más frecuencia son: hipertrichosis, taquicardia y retención de líquidos; la mayor parte fueron casos leves.²¹

CONCLUSIONES

Debido a que la perifoliculitis *capitis abscedens et suffodiens* es infrecuente y poco estudiada, su diagnóstico suele representar un reto para pacientes y médicos por igual. Debido a la poca información disponible, no existe un esquema terapéutico universalmente aceptado. La respuesta a las distintas opciones terapéuticas es muy variable en cada paciente, pueden requerirse múltiples fármacos en diferentes combinaciones para lograr la mejoría clínica.

El paciente del caso contribuye a la creciente cantidad de reportes de pacientes con perifolicu-

litis *capitis abscedens et suffodiens* que requieren un plan de tratamiento individualizado. Conocer los posibles efectos adversos relacionados con cada modalidad terapéutica resulta tan importante como conocer sus mecanismos de acción y aplicaciones para cada caso.

Además de proporcionar información importante acerca del tratamiento de la celulitis disecante de la piel cabelluda, la comunicación de este caso remarca la necesidad de mayor investigación en estrategias terapéuticas y la exploración de nuevas modalidades de tratamiento.

REFERENCIAS

1. Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. In: 8th ed. The McGraw-Hill Companies; 2012.
2. Takahashi T, Yamasaki K, Terui H, et al. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens treatment with tumor necrosis factor inhibitors: A case report and review of published cases. J Dermatol 2019; 46 (9): 802-7. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.14998>
3. Lee C, Chen W, Hsu C, Weng T, et al. Dissecting folliculitis (dissecting cellulitis) of the scalp: a 66-patient case series and proposal of classification. J Dtsch Dermatol Ges 2018; 16 (10): 1219-26. <https://doi.org/10.1111/ddg.13649>
4. Varshney N, Al Hammadi A, Sam H, Watters AK. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens in an 18-year-old aboriginal canadian patient: Case report and review of the literature. J Cutan Med Surg 2007; 11 (1): 35-9. <https://doi.org/10.2310/7750.2007.00004>
5. 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.
6. 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.
7. Cuellar TA, Roh DS, Sampson CE. Dissecting cellulitis of the scalp: A review and case studies of surgical reconstruction. Plast Reconstr Surg Glob Open 2020; 8 (8): e3015. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003015>
8. 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). <https://doi.org/10.1111/jdv.13948>

9. Gaopande V, Kulkarni M, Joshi A, Dhande A. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens in a 7 years male: A case report with review of literature. *Int J Trichology* 2015; 7 (4): 173. <https://doi.org/10.4103/0974-7753.171584>
10. García-Sepúlveda R, Navarrete-Solís J, López Olmos PA, et al. Celulitis disecante de piel cabelluda en un adolescente. *Dermatol CMQ* 2021; 19 (3).
11. Brook I. Recovery of anaerobic bacteria from a case of dissecting cellulitis. *Int J Dermatol* 2006; 45 (2): 168-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2005.02594>
12. Ramesh V. Dissecting cellulitis of the scalp in 2 girls. *Dermatology* 1990; 180 (1): 48-50. <https://doi.org/10.1159/000247985>
13. Chicarilli ZN. Follicular occlusion triad: hidradenitis suppurativa, acne conglobata, and dissecting cellulitis of the scalp. *Ann Plast Surg.* 1987; 18 (3): 230-7. doi: 10.1097/0000637-198703000-00009
14. Vasanth V, Chandrashekar B. Follicular occlusion tetrad. *Indian Dermatol Online J* 2014; 5 (4): 491. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.142517>
15. Ljubojevic S, Pasic A, Lipozencic J, Skerlev M. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19 (6): 719-21. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2005.01215.x>
16. Brănișteanu DE, Molodoi A, Ciobanu D, et al. The importance of histopathologic aspects in the diagnosis of dissecting cellulitis of the scalp. *Rom J Morphol Embryol* 2009; 50 (4): 719-24.
17. Scerri L, Williams HC, Allen BR. Dissecting cellulitis of the scalp: response to isotretinoin. *Br J Dermatol* 1996; 134 (6): 1105-8.
18. Melo DF, Trüeb RM, Dutra H, et al. Low-dose isotretinoin as a therapeutic option for dissecting cellulitis. *Dermatol Ther* 2020; 33 (6). <https://doi.org/10.1111/dth.14273>
19. Vallerand IA, Lewinson RT, Farris MS, et al. Efficacy and adverse events of oral isotretinoin for acne: a systematic review. *Br J Dermatol* 2018; 178 (1): 76-85. <https://doi.org/10.1111/bjd.1566>
20. Borghi A, Mantovani L, Minghetti S, et al. Acute acne flare following isotretinoin administration: Potential protective role of low starting dose. *Dermatology.* 2009; 218 (2): 178-80. <https://doi.org/10.1159/000182270>
21. Villani A, Fabbrocini G, Ocampo-Candiani J, et al. Review of oral minoxidil as treatment of hair disorders: in search of the perfect dose. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021; 35 (7): 1485-92. <https://doi.org/10.1111/jdv.17216>

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.

