



Foliculitis decalvante Variedad Sicosis lupoide de Brocq a propósito de un caso

Dra. María Marta Maciulis*, Dr. Roberto Retamar,
Dra. Graciela Pellerano*****

* MÉDICA DERMATÓLOGA, EX-JEFE DE RESIDENTES DE DERMATOLOGÍA

** MÉDICO DE PLANTA

*** MÉDICA JEFE DE UNIDAD DE DERMATOLOGÍA

UNIDAD DERMATOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH. BUENOS AIRES.

RESUMEN

Se presenta un paciente masculino de 50 años de edad, que nos consulta por primera vez hace 2 años por lesiones en región de barba que evolucionaban a áreas de alopecia. Destacaba la utilización previa de antibióticos (ATB) tópicos y sistémicos durante varios meses sin mejoría. Traía un cultivo de la piel lesionada positivo para *Staphylococcus Aureus* sensible a penicilina pero sin mejoría a la terapéutica con dicho ATB sistémico.

Al examen físico presentaba una placa con pápulas y pústulas en la periferia y centro atrófico alopecico, surcado de telangiectasias en región preauricular de barba y parte de ambas mejillas. Las pruebas de laboratorio eran normales y el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de Foliculitis Decalvante (FD). Dada la refractariedad a la terapéutica ATB habitual se indicó isotretinoína 0,5-0,75 mg/kg/día y corticoide de depósito IM por única vez. Mostró franca regresión de los signos de actividad al inicio pero recidiva de los mismos a los 7 meses de tratamiento. Con dosis total acumulada de 170 mg/Kg se interrumpe la isotretinoína y se indica limeciclina (vo) 150 mg/día. Se evidencia mejoría parcial a los 3 meses de tratamiento y el paciente decide interrumpirlo a los 6 meses por sentirse disconforme con el mismo. Regresa 2 meses más tarde con signos de actividad en ambas mejillas y se decide comenzar con dapsona 100 mg/día observándose mejoría clínica, ausencia de efectos adversos y muy buena aceptación por parte del paciente.

El interés del caso radica, fundamentalmente, en la dificultad terapéutica de esta patología crónica y poco frecuente.

Palabras clave: Foliculitis decalvante, isotretinoína, dapsona, terapéutica.

RESUMO

Apresenta-se o caso de um paciente masculino de 50 anos de idade, que fez sua primeira consulta há 2 anos por lesões na região da barba que evoluíam levando à formação de áreas de alopecia. Cabe ressaltar a utilização prévia de antibióticos (ATB) tópicos e sistêmicos durante vários meses sem melhoria. Trazia um cultivo da pele lesada positivo para *S. Aureus* sensível à penicilina mas sem melhoria à terapéutica com dito ATB sistémico.

No exame físico apresentava na região pré-auricular da barba e parte de ambas bochechas, uma placa com pápulas e pústulas na periferia e centro atrófico alopecico, com formação de telangiectasias. Os testes do laboratório eram normais e o estudo histopatológico confirmou o diagnóstico de Foliculite Decalvante (FD). Dada a refratariedade à terapéutica ATB habitual se indicou isotretinoína 0,5-0,75 mg/kg/dia e corticoide de depósito IM por única vez. Mostrou franca regressão dos signos de atividade ao início mas recidiva dos mesmos aos 7 meses de tratamento.

Com uma dose total acumulada de 170 mg/Kg interrompe-se a isotretinoína e se indica limeciclina (vo) 150 mg/dia. Evidencia-se uma melhoria parcial aos 3 meses de tratamento e o paciente decide interrompê-lo aos 6 meses por sentir-se desconforme com o mesmo. Regressa 2 meses mais tarde com signos de atividade em ambas bochechas e se decide começar com dapsona 100 mg/dia observando-se melhoria clínica, ausência de efeitos adversos e muito boa aceitação por parte do paciente. O interesse do caso radica, fundamentalmente, na dificuldade terapéutica desta patologia crônica e pouco freqüente.

Palavras chave: Foliculite Decalvante, Isotretinoína, Dapsona, terapéutica.

SUMMARY

We present a 50 years old male, who consulted us 2 years ago due to lesions on the area of the beard that progressed into areas of alopecia. The previous use of topic and systemic antibiotics (ATB) during several months showed no improvement. Although the patient brought a culture of injured skin positive for *S. Aureus* sensible to peniciline, no response was observed after treatment with such systemic ATB. The physical examination revealed a plaque with papules and pustules on the periphery with an alopecic atrophic center, lined by telangiectasias, in the preauricular region of the beard and part of both cheeks. The laboratory tests were normal and the histopathology study confirmed the diagnoses of Folliculitis Decalvans (FD). Given the lack of response to the regular ATB therapy, we indicated isotretinoin 0,5-0,75 mg/Kg/day and IM application of deposit corticoid. The patient showed a marked regression of the signs of activity at the beginning, but 7 months later they recurred. With total accumulated doses of 170 mg/Kg, isotretinoin was suspended and limeciclina (VO) 150 mg/day prescribed. After 3 months of treatment a partial improvement was observed and the dissatisfied patient decides to interrupt it 6 months later. 2 months later, he returns with signs of activity on both cheeks and we decide to initiate therapy with dapsona 100 mg/day observing clinical improvement, no side effects and acceptance on behalf of the patient.

The interest of this case is based primarily on the difficult treatment of this chronic and infrequent pathology.

Key words: Folliculitis Decalvans, Isotretinoin, Dapsona, therapy.

INTRODUCCIÓN

La foliculitis decalvante (FD) es el resultado de una inflamación del folículo piloso que, debido a su cronicidad, lleva a la destrucción de éste y como consecuencia a una alopecia cicatrizal. Es una dermatosis progresiva que compromete con mayor frecuencia el cuero cabelludo (foliculitis destructiva de Quinquaud), pero también barba (sicosis lupoides de Brocq) y piel lampiña (foliculitis depilante de D'Arnozan y Dubreuilh). Se desconoce la etiología; el pronóstico es desfavorable por la resistencia a los tratamientos.

En el presente trabajo se comunica un caso de FD de la barba en un paciente de sexo masculino, se comenta el resultado terapéutico obtenido y se revisa la bibliografía.

Caso clínico

Consulta por primera vez, hace 2 años, un hombre de 50 años de edad, que refería haber comenzado 20 meses atrás con pápulas y pústulas, en región de barba (preauricular derecha), discretamente pruriginosas, que evolucionaban a áreas de alopecia. Destacaba la utilización previa de ciclos de ATB tópicos (ácido fusídico) y sistémicos (cefalexina) durante varios meses sin mejoría e inicio de iguales lesiones en región preauricular contralateral. Se le había realizado un cultivo de la zona lesionada que había resultado positivo para *Staphylococcus aureus* sensible a penicilina pero sin mejoría ante su empleo sistémico. Al examen físico presentaba en cada una de la mejillas (región preauricular) una placa con pápulas, pústulas y secreción seropurulenta en la periferia y centro atrófico alopécico, surcado de telangiectasias. (fotos 1 y 2)

Con diagnóstico presuntivo de lupus discoide, lupus vulgar, foliculitis profunda y querion de Celso se solicita PPD,



radiografía de tórax y estudios de laboratorio incluyendo VDRL, FAN, eritrosedimentación y hemograma. Todos se encontraban dentro de parámetros normales. El estudio histopatológico de la biopsia en mejilla derecha informó: foliculitis profunda y ausencia de organismos micóticos (foto 3). Con la anatomía patológica y las manifestaciones clínicas que presentaba el paciente se llegó al diagnóstico de FD.

Foto 1: Pretratamiento, mejilla derecha.



Foto 2: Pretratamiento mejilla izquierda.

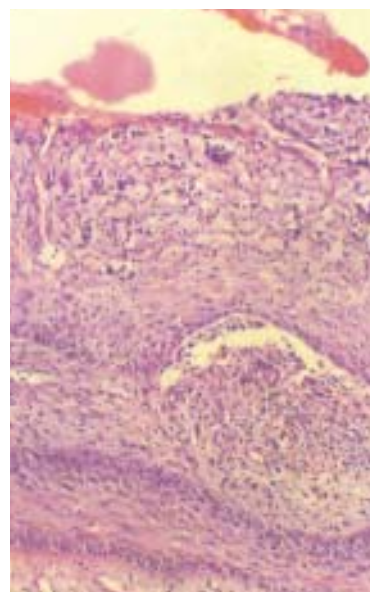
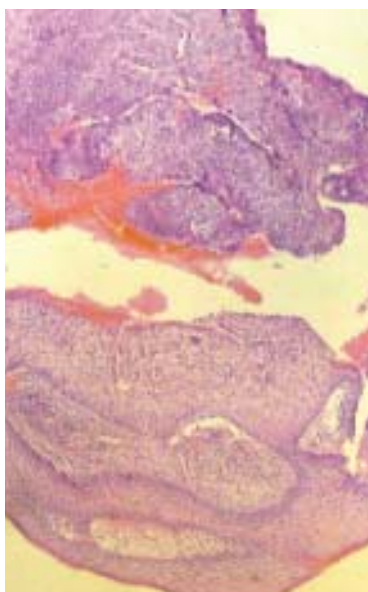


Foto 3: Histopatología.

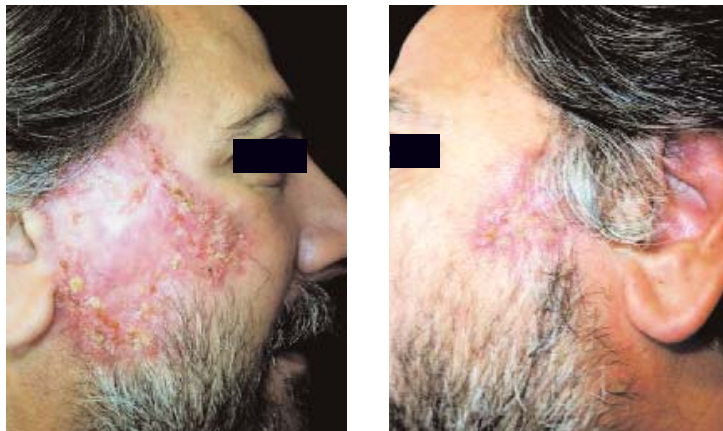


Foto 4: Resultados a 2 meses de tratamiento con isotretinoína.

Dada la refractariedad a la terapéutica ATB habitual se indicó isotretinoína 0,5-0,75 mg /kg /día y corticoide de depósito intramuscular por única vez (foto 4). Mostró franca regresión de los signos de actividad al inicio del tratamiento pero recidiva de los mismos luego de 7 meses de terapéutica. Con dosis total acumulada de 170 mg /Kg se interrumpe la isotretinoína y se indica limeciclina (vo) 150 mg /día. Se evidencia mejoría parcial a los 3 meses de tratamiento y el paciente decide interrumpir el mismo a los 6 meses argumentando no sentirse con-

forme con los resultados de los últimos 30 días. Regresa 2 meses más tarde con signos de actividad en ambas mejillas (foto 5) y, previa rutina de laboratorio, se decide comenzar con dapsona 100 mg cada 48 hs el primer mes con control hematológico y de la función hepato-renal para continuar luego con 100 mg /día. Al mes de iniciado el tratamiento se observa mejoría clínica, la cual es francamente visible al cuarto mes del mismo, con ausencia de efectos adversos y muy buena aceptación por parte del paciente (fotos 6 y 7).

COMENTARIOS

La FD es el resultado de la inflamación crónica del folículo piloso que lleva a su destrucción y como consecuencia a una alopecia cicatrizal permanente. Es una patología poco frecuente que compromete con mayor frecuencia el cuero cabelludo y tiene mayor incidencia en el sexo masculino. Su etiología y fisiopatogenia es desconocida y el pronóstico es desfavorable por falta de respuesta a los tratamientos.^{1,2}

Inicialmente fue descrita por Quinquaud en 1888 con lesiones localizadas en el cuero cabelludo. Brocq describió en la barba lesiones similares con el nombre de sicosis lupoides; Unna mencionó un cuadro superponible al de Brocq y lo denominó uleritema sicosiforme, y por último D'Arnozan describió la foliculitis decalvante de la piel glabra, de localización preferencial en las piernas. Aunque algunos autores consideran estos cuadros como entidades diferentes, otros piensan que todas ellas no son sino manifestaciones en diversos sitios de un mismo cuadro nosológico.²⁻⁷

Si bien no se conoce la causa de esta rara dermatosis se ha menciona-



Foto 5: Estado clínico pre dapsona. Empeoramiento en ambas mejillas



Foto 6: Estado postratamiento con dapsona. Franca mejoría en ambas mejillas.



Foto 7: Estado pretratamiento a la primera consulta en el servicio y postratamiento con dapsona

do al *S. aureus* como probable agente etiológico, pero no se ha logrado demostrar su presencia en todos los casos. Nuestro paciente tenía un cultivo positivo para este microorganismo el cual era sensible a penicilina. Se ha señalado al *S. aureus* como probable responsable del cuadro, ya sea por acción directa, por sensibilización hiperérgica o a través de una modificación del sistema linfocitario similar a lo observado en las reacciones liquenoides, en donde los queratinocitos basales resultarían alterados por acción de poblaciones linfocitarias anormalmente sensibilizadas.⁷

La lesión fundamental de la FD es una pústula folicular o perifolicular aislada, o formando placas en uno o varios sitios pilosos, de contornos generalmente irregulares sobre los cuales se pueden apreciar pústulas atravesadas por cabellos o vellos, según la región afectada, que al ser traccionados arrastran una vaina gelatinosa que envuelve al folículo. En los bordes de extensión se observa la presencia de numerosas lesiones en actividad, secreción seropurulenta, costras y erosiones. Estas lesiones crónicas dejan como secuela, zonas de

alopecia definitiva que se extienden lentamente.^{1-3, 5-7}

El estudio histopatológico muestra, en los estadios iniciales, abscesos foliculares con presencia de neutrófilos y eosinófilos que posteriormente son reemplazados por infiltrado granulomatoso con linfocitos, algunos plasmocitos y ocasionales células gigantes. En las etapas más avanzadas sólo se observan folículos remanentes y tejido fibroso cicatrizal, tanto en der-

mis media como superficial.^{2, 4}

El diagnóstico diferencial de la FD debe realizarse con numerosas patologías (cuadro 1) fundamentalmente con aquellas capaces de provocar alopecias cicatrizales.^{2,7} En ocasiones la mucinosis folicular podría prestarse a confusión con la Folliculitis Decalvante, pero la primera no deja alopecia definitiva y la histopatología suele ser muy característica.²

Debido a que la etiología de la FD es desconocida la terapéutica es difícil, decepcionante y sólo se han logrado mejorías parciales con los tratamientos tópicos y sistémicos ensayados. Algunos tratamientos incluidos en la bibliografía son: corticoides tópicos y sistémicos³, sulfato de zinc³ (más ácido fusídico)⁸, tetraciclinas³, penicilina³, rifampicina (sola o combinada a clindamicina, ciprofloxacina o claritromicina)^{4, 9, 10} y otros antibióticos (incluida la vancomicina, droga efectiva para organismos meticilino-resistentes)⁴.

La isotretinoína ha sido utilizada en combinación con corticoides; mientras el corticoide disminuye el componente inflamatorio de la enfermedad, la iso-

Diagnósticos diferenciales de Folliculitis Decalvante^{2,7,11,14,15}

Causas físicas: Traumatismo. Quemaduras, Radiaciones.

Infecciones micóticas: Tinea fávica, Querion de Celso.

Infecciones bacterianas y piógenas: Lupus vulgar, Lepra, Sífilis, Carunco, Forúnculo, Otras folliculitis, Acné necrótica.

Neoformaciones: Carcinoma basocelular cicatrizal, Carcinoma morfeiforme, Tumores metastásicos.

Otras dermatosis: Lupus discoide crónico, Esclerodermia, Sarcoidosis, Folliculitis queloidal de la nuca, Folliculitis abscedens et suffodiens.

tretinoína modula la quimiotaxis de leucocitos, tiene un efecto directo sobre la síntesis del RNA y ejerce un efecto antiborreico, antiqueratogénico y antiinflamatorio.¹¹

La dapsona (75-100 mg /día) también ha sido utilizada basándose en su acción antimicrobiana y su efecto antiinflamatorio; los resultados obtenidos fueron buenos pero los signos de actividad de la patología recidivaron con la interrupción del fármaco y rápidamente involucionaron con la reintroducción del mismo a dosis bajas (25 mg /día)^{12, 13}.

En el paciente presentado ni la isotretinoína, ni la limeciclina ni la dapsona nos permiten hablar de curación, si bien hemos logrado mejorías transitorias con los mismos. Hemos propuesto la depilación definitiva con láser o luz pulsada por fuera de la zona de actividad de la lesión, con el propósito de generar una barrera de contención a los folículos que, en éste

caso, están siendo afectados por contigüidad centrífuga; el paciente no aceptó dicha opción terapéutica.

El interés del caso radica en la dificultad terapéutica que tuvimos con nuestro paciente de manera similar a lo ocurrido en los casos publicados, en destacar la respuesta favorable inicial con isotretinoína, mostrar la mejoría transitoria con limeciclina y enfatizar en la rápida y franca respuesta con dapsona. □

CONCLUSIÓN

El interés del caso radica en la dificultad terapéutica que tuvimos con nuestro paciente de manera similar a lo ocurrido en los casos publicados, en destacar la respuesta favorable inicial con isotretinoína, mostrar la mejoría transitoria con limeciclina y enfatizar en la rápida y franca respuesta con dapsona. □

BIBLIOGRAFÍA

1. Karakuzu A, Erdem T, Aktas A, Atasoy M, Gulec AI.: A case of folliculitis decalvans involving the beard, face and nape. *J Dermatol* 2001; 28: 329-31.
2. Muvdi F.: Folliculitis decalvans. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1980; 8: 81-4.
3. Brooke RC, Griffiths CE.: Folliculitis decalvans. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26: 120-2.
4. Powell JJ, Dawber RPR, Gatter K.: Folliculitis decalvans including tufted folliculitis: clinical, histological and therapeutic findings. *Br J Dermatol* 1999; 140: 328-33.
5. Pierini DO. Folliculitis depilante del cuero cabelludo. *Arch Argent Dermatol* 1958; 8: 333.
6. Kaminsky AR, Kaminsky CA, Perez MB, Abulafia J.: Folliculitis depilante de D'Armozan y Dubreuilh. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1985; 13: 119-23.
7. Bianchi CA, Bianchi O, Budeguer AL.: Folliculitis decalvante. *Semana Med* 1986; 168: 367-9
8. Abeck D, Forting HC, Braun-Falco O.: Long lasting response to combined therapy with fusidic acid and zinc. *Acta Derm Venereol* 1992; 72: 143-5.
9. Brozena SJ, Cohen LE, Fenske NA.: Folliculitis decalvans, response to rifampicin. *Cutis* 1988; 42: 512-5.
10. Powell J, Dawber RP.: Folliculitis decalvans and tufted folliculitis are specific infective diseases that may lead to scarring, but are not a subset of central centrifugal scarring alopecia. *Arch Dermatol* 2001; 137: 373-4. Comment on: *Arch Dermatol* 2000; 136: 235-42.
11. Douwes KE, Landthaler M, Szeimies RM.: Simultaneous occurrence of folliculitis decalvans capillitii in identical twins. *Br J Dermatol* 2000; 143: 195-7.
12. Paquet P, Pierard GE.: Dapsone treatment of folliculitis decalvans. *Ann Dermatol Venereol* 2004; 131: 195-7.
13. Annessi G.: Tufted folliculitis of the scalp: a distinctive clinicohistological variant of folliculitis decalvans. *Br J Dermatol* 1998; 138: 799-805.
14. Kunte C, Loeser C, Wolff H.: Folliculitis spinulosa decalvans: Successful therapy with dapsone. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 891-3.
15. Raimondo NA.: Alopecias cicatrizales. *Dermacos* 2001; 5: 4-8.