

Celulitis Disecante de cuero cabelludo. A propósito de un caso pediátrico.

Paula Yarmuch G¹, Ximena Chaparro R¹, Cecilia Fischer S¹, Samuel Benveniste², Viera Kaplan Z³.

¹Unidad de Dermatología Infantil Hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés (HEGC), Santiago de Chile; ²Servicio de Anatomía Patológica Hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés (HEGC), Santiago de Chile; ³Interna de medicina, Universidad de Chile.

Adolescente caucásico, sexo masculino, 14 años de edad, sin antecedentes mórbidos personales ni familiares de importancia. Consulta por lesiones en cuero cabelludo de 6 meses de evolución manejadas con corticoides, antibióticos y antimicóticos sistémicos por sospecha de Querion de Celso sin respuesta clínica. Al examen en zona del vertex y occipital presenta áreas alopecias con nódulos eritematosos, coalescentes, fluctuantes, que drenan contenido purulento, sin otros hallazgos patológicos. Se realiza biopsia de piel que muestra infiltrado celular linfoplasmocitario rodeando folículos pilosos y vasos capilares, en una dermis ocupada por bandas de tejido fibroso que corren en diversas direcciones confirmando el diagnóstico de Perifoliculitis Abscedans et Suffodiens. Se maneja con isotretinoína oral con evolución satisfactoria, pero con recaídas al intentar suspender, por lo cual se mantiene con dosis bajas de isotretinoína oral.

La Celulitis Disecante de Cuero Cabelludo (CDCC) o Perifoliculitis Abscedans et Suffodiens de Hoffman corresponde a una enfermedad inflamatoria y supurativa del cuero cabelludo, representando el 1%-2% de las alopecias cicatriciales primarias, de evolución progresiva, crónica, recurrente y refractaria a tratamiento. Afecta principalmente a hombres de raza negra, entre los 18 y 40 años. Puede asociarse a acné conglobata, hidrosadenitis supurativa y quiste pilonidal formando parte de la tétrada de oclusión folicular. Se desconocen las causas que determinan su aparición pero la oclusión folicular sería el factor inicial que desencadenaría la respuesta inflamatoria local. Generalmente se inicia en el vertex y región occipital de cuero cabelludo, con lesiones evolutivas desde foliculitis, parches de pústulas perifoliculares, formación de nódulos, abscesos y trayectos fistulosos que terminan en alopecia cicatricial en parches. El diagnóstico es clínico-histológico, siendo importante realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades como el querion de celso, sobretodo en edad pediátrica y otras como el acné queiloideo de la nuca, foliculitis decalvante.

La CDCC es una patología de difícil manejo, con múltiples opciones terapéuticas y resultados clínicos variables. Los retinoides orales son considerados la primera línea terapéutica. Otras alternativas son los antibióticos (tetraciclinas, quinolonas), corticoides intralesionales, terapia fotodinámica, terapia biológica, láser ablativo y cirugía.



Referencias bibliográficas

- Jacobs F, Metzler G, Kubiak J, Röcken M, Schaller M. New Approach in Combined Therapy of Perifolliculitis Capitis Abscedans et Suffodiens. *Acta Derm Venereol.* 2011;91(6):726-727.
- Navarini A, Trüeb R. Cases of dissecting cellulitis of the scalp treated with adalimumab: control of inflammation within residual structural disease. *Arch Dermatol.* 2010; 146(5):517-520.

Correspondencia: Paula Yarmuch G.

Correo electrónico: paulayarmuch@hotmail.com