

# Foliculitis decalvante

Mauricio Sandoval O,<sup>1</sup> M. Magdalena Farías N<sup>2</sup>, Sergio González B<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Dermatólogo. <sup>2</sup>Médico Cirujano, Magíster en Nutrición. <sup>3</sup>Anatómo-patólogo, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Paciente de sexo masculino de 35 años, sano. Consultó por lesión en cuero cabelludo de 3 años de evolución. Sin tratamiento previo.

Al examen destacaba una placa alopecica cicatrizal, con base eritematosa, con fibrosis y costras superficiales, de 1-1,5 cm de diámetro en el vértex. La lesión presentaba en sus bordes múltiples folículos pilosos que emergían de un orificio folicular común.

La foliculitis decalvante (FD) corresponde a una alopecia cicatricial neutrofilica poco frecuente, más frecuente en hombres jóvenes. La causa es desconocida, pudiendo deberse a un defecto inmunológico, donde el *Staphylococcus aureus*, podría jugar un rol patogénico. Se plantea una predisposición genética.

Se presenta inicialmente como pápulas eritematosas en cuero cabelludo. Progresas con cicatrices y pústulas foliculares. Se acompaña de dolor y prurito. Evolucionas a cicatrices duras, atróficas, con alopecia cicatricial. El llamado "pelo de muñeca" es característico.

El diagnóstico se confirma mediante estudio histológico. Este inicialmente muestra dilatación del infundíbulo, infiltración de neutrófilos y destrucción de glándulas sebáceas. Posteriormente destaca un infiltrado de neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas en la dermis, además de inflamación granulomatosa de cuerpo extraño. El pelo de muñeca corresponde a un fenómeno postinflamatorio del folículo, en que el epitelio infundibular dañado cura con la formación de un infundíbulo común.

El tratamiento de la FD es difícil, pudiendo permanecer activa por mucho tiempo. La erradicación del *S. aureus* constituye uno de los pilares. La Rifampicina ha mostrado ser el mejor agente antiestafilocócico, asociado a Clindamicina para evitar resistencia bacteriana. Además, debe asociarse un antibiótico tópico, pudiendo ser suficiente como monoterapia en casos muy leves. Los corticoides intralesionales o tópicos disminuyen los síntomas e inflamación. La isotretinoína ha mostrado buenos resultados, especialmente en cuadros

severos. La dapsona, por su acción bacteriostática y antiinflamatoria, ha mostrado beneficios, pero con recaída una vez suspendida. El manejo quirúrgico, como reducción de cuero cabelludo o trasplante de pelo, puede considerarse en pacientes sin enfermedad activa por años.

Nuestro paciente se trató con Doxicilina oral de 100 mg/día por 3 meses y se le realizó una extirpación excisional minimizando el defecto estético cicatricial, con excelente respuesta al sexto mes de seguimiento.



Paciente con foliculitis decalvante



Visión panorámica que muestra foliculitis supurativa con marcada fibrosis perifocal y reducción del número de folículos. Nótese la confluencia de infundíbulos (pelo de muñeca). HE, 20 x

Correspondencia: Mauricio Sandoval O.  
Correo electrónico: msandovalosses@yahoo.com

### Referencias bibliográficas

- Otberg N, Kang H, Alzolibani A, Shapiro J. Folliculitis decalvans. *Dermatol Therapy* 2008; 21(4): 238-244.
- Ross E, Tan E, Shapiro J. Update on primary cicatricial alopecias. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53(1): 1-37.