

Nódulos alopecicos y asépticos del cuero cabelludo

Alopecic and aseptic nodules of the scalp

Eun Hyung Andrea María Song¹, Boris Eleizer Oberé², Claudia Mabel Paiva³, Sergio Gabriel Carbia³, Gabriela Olga Pérez⁴ y Marta Patricia La Forgia⁵

RESUMEN

Los nódulos asépticos y alopecicos del cuero cabelludo (NAACC) son una entidad recientemente descrita, poco conocida y probablemente infradiagnosticada.

Afecta a adultos jóvenes, con predominio del sexo masculino. Se caracterizan por la presencia de uno o varios nódulos cupuliformes, firmes o fluctuantes, que contienen material filante y aséptico, asociados a alopecia y rodeados por cuero cabelludo normal.

Describimos los hallazgos clínicos, ecográficos e histopatológicos, con especial hincapié en la tricoscopia, de 5 pacientes con diagnóstico de NAACC.

Palabras clave: nódulos alopecicos, pseudoquistes del cuero cabelludo.

Dermatol. Argent. 2019, 25 (1): 09-15

ABSTRACT

The aseptic and alopecic nodules of the scalp (AANS) are a recently described entity, little known and probably underdiagnosed.

It affects young adults, with a predominance of males. They are characterized by the presence of one or several dome-shaped nodules, firm or fluctuating, containing filamentous and aseptic material, associated with alopecia and surrounded by normal scalp.

We describe the clinical, ultrasound, histopathological findings, with special emphasis on the trichoscopy, of 5 patients with a diagnosis of AANS.

Keywords: alopecic nodules, pseudocyst of the scalp.

Dermatol. Argent. 2019, 25 (1): 09-15

¹ Médica Concurrente de Tercer Año

² Jefe de Residentes

³ Médico de Planta

⁴ Dermatopatóloga

⁵ Jefa del Servicio

Servicio de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. José M. Penna, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Andrea Song

E-mail: andreasong88@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 5/10/2018

Fecha de trabajo aceptado: 24/1/2019

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

Los nódulos alopecicos y asépticos del cuero cabelludo, nombre atribuido por Abdennader y Reygagne (Suecia, 2009), fueron descriptos por primera vez en Japón por Itawa *et ál.* (1992) como pseudoquistes del cuero cabelludo¹⁻⁴.

Recientemente, Fischer-Levancini *et ál.* publicaron el primer caso de Sudamérica (Chile, 2018)⁵.

Se han comunicado alrededor de 80 casos en la literatura médica mundial y, hasta la fecha, ninguno en la Argentina.

SERIE DE CASOS

Presentamos 5 casos de NAACC diagnosticados en el Servicio de Dermatología del Hospital General de Agudos Dr. José M. Penna desde 2016 hasta la actualidad.

En la Tabla 1 se resumen las características clínicas de todos los pacientes y, en la Tabla 2, los hallazgos tricoscópicos en 4 de ellos.

Caso	Edad	Sexo	Nº de nódulos	Localización	Tiempo de evolución
1	28	M	1	Vértex	1 mes
2	40	M	5	Vértex, occipital	1 mes
3	22	M	1	Vértex	1 mes
4	31	M	4	Vértex	1 mes
5	25	M	1	Occipital	7 meses

TABLA 1: Características clínicas de los 5 pacientes con NAACC.

Características tricoscópicas	Caso Nº				Descripta previamente en:
	2	3	4	5	
Área amarilla amorfa	Sí	Sí	Sí	Sí	Foliculitis decalvante
Área rojo-lechosa (<i>milky red areas</i>)	Sí	Sí	Sí	Sí	Foliculitis decalvante
Estructuras pseudocomedonianas (puntos amarillos con apariencia 3D)	Sí	No	Sí	Sí	NAACC
Aspecto de crepé oriental	No	No	Sí	No	NAACC
Puntos amarillos (<i>yellow dots</i>)	No	No	Sí	No	AA, AGA
Puntos negros	Sí	No	No	No	AA, AFF, CD (estadio temprano)
Descamación (hiperplasia) perifolicular en collarete	Sí	Sí	No	Sí	AA, LP, tiña de la cabeza
Escama perifolicular blanca	No	No	No	No	LP, AFF, LED
Costras	Sí	No	Sí	No	Foliculitis decalvante
Pelos fracturados (en coma, zigzag o bucles)	No	No	No	No	Tiña de la cabeza
Politriquia	Sí	Sí	No	No	Foliculitis decalvante, LP, acné queiloideo
Vellos cortos	Sí	No	Sí	Sí	Tricotilomanía, AA, EF, CD (estadio temprano)
Pelos retorcidos (<i>kinking hair</i>)	Sí	No	No	Sí	AA, tricotilomanía
Constricciones pseudomoniletrix	Sí	No	No	Sí	AA, tricotilomanía, CD (estadio inflamatorio)
Pelos en signo de exclamación	No	No	No	No	AA
Pelos enroscados (<i>coiled hair</i>)	No	No	No	Sí	AA
Tricoptosis	No	No	No	No	Tricotilomanía
Pelo en código de barras	No	No	No	No	Tiña de la cabeza
Pelos circulares (<i>pig tail</i>)	No	No	No	No	AA, alopecia posquimioterapia

TABLA 2: Características tricoscópicas de 4 pacientes de los 5 pacientes con NAACC y principales patologías en las que pueden presentarse.

NAACC: nódulos alopecicos y asépticos del cuero cabelludo; AA: alopecia areata; AGA: alopecia androgenética; LP: liquen plano; AFF: alopecia fibrosante frontal; LED: lupus eritematoso discoide; EF: efluvio telógeno; CD: celulitis discante.

Caso clínico 1

Un varón de 28 años, médico, con antecedentes de alopecia androgenética (Hamilton II) no tratada, consultó por la presencia de un nódulo en la región parietal izquierda, de 2 cm, duroelástico, no fluctuante, asintomático, cubierto por una placa alopécica de igual tamaño y rodeado por piel cabelluda normal, de un mes de evolución. Refería traumatismos repetidos en esa región (por jugar al fútbol de forma recreacional).

El laboratorio de rutina con perfil tiroideo estaba dentro de los parámetros normales. La ecografía de partes blandas mostró una imagen hipocóica, bien definida, subcutánea, sin conexión con las estructuras profundas.

Se realizó una biopsia incisional por *losange*, evidenciándose durante el procedimiento la salida de material filante hemático y la presencia de una cavidad no delimitada por una verdadera pared en el lecho quirúrgico. En el estudio histopatológico se observaron, en la dermis media y la profunda, de predominio perifolicular, vasos de neoformación y un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con histiocitos reactivos que esbozaban granulomas, escasos neutrófilos y edema (Foto 1), datos compatibles con el diagnóstico de nódulo alopécico y aséptico del cuero cabelludo.

Durante el período posoperatorio presentó una involución completa del nódulo con repoblación de la placa alopécica *ad integrum*.

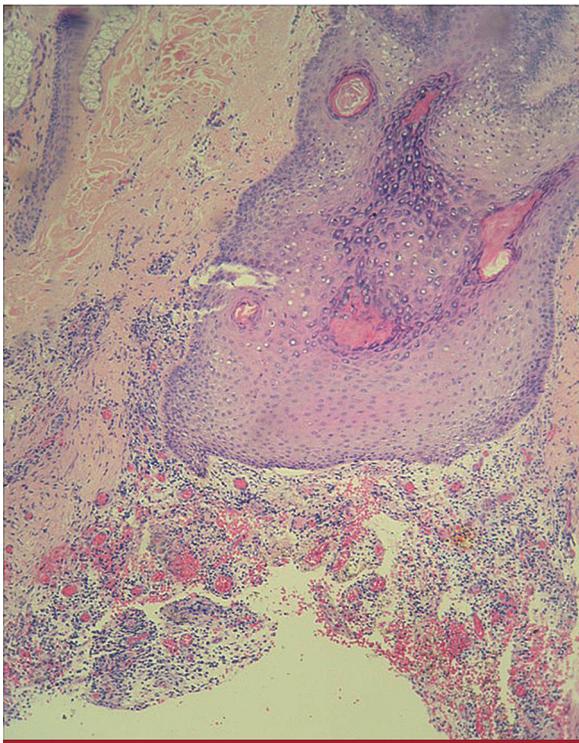


FOTO 1: Vasos de neoformación e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con histiocitos reactivos que esbozan granulomas, con escasos neutrófilos y edema en dermis media y profunda perifolicular (HyE, 200X).

Caso clínico 2

Un varón de 40 años, sin antecedentes de relevancia, que se desplazaba habitualmente en moto (utilizando el casco protector obligatorio), consultó por presentar nódulos y parches alopécicos en el cuero cabelludo. El cuadro se había iniciado 4 años antes de la consulta con parches alopécicos, habiéndosele realizado una biopsia en otra institución con informe de *alopecia areata*. Recibió múltiples tratamientos tópicos a base de minoxidil 5% y clobetasol 0,05% e infiltraciones con corticosteroides intralesionales, sin mejoría. Un mes antes de la consulta a nuestro hospital, le aparecieron nódulos levemente dolorosos con secreción de material filante en las placas alopécicas, así como en las zonas sin alopecia, las que luego se tornaron alopécicas. En el examen físico presentaba 5 nódulos de 1 a 2,5 cm de diámetro, cubiertos por cuero cabelludo ligeramente eritematoso y alopécico, distribuidos en la región parietal bilateral (Fotos 2 y 3).

El laboratorio de rutina y el perfil tiroideo se encontraban dentro de los parámetros de la normalidad, con serologías virales y VDRL no reactivas. En la ecografía de piel y partes blandas se evidenciaban imágenes redondeadas hipocogénicas (la mayor de 17 × 8 × 177 mm del lado derecho y otras de similares características del lado izquierdo de 6 × 5 × 6 mm) de 1mm por debajo de la piel, compatibles con nódulos (Foto 4).



FOTO 2: Nódulos de 1 a 2,5 cm de diámetro, cubiertos por piel cabelluda ligeramente eritematosa y alopécica, distribuidos en región parietal bilateral.



FOTO 3: Nódulo de 2,5 x 2,3cm cubierto por piel cabelluda eritematosa y alopecica, en región parietal derecha.



FOTO 5: Biopsia quirúrgica en donde se observa la salida de material filante hemático.



FOTO 4: Ecografía: imagen redondeada hipoeoica, compatible con nódulo.

Se realizó la biopsia quirúrgica del nódulo de mayor tamaño, revelándose a la incisión la salida de material filante hemático (Foto 5). El estudio histopatológico informó aumento de folículos en telógeno y miniaturización de unidades foliculares con leve homogeneización del colágeno en la dermis superficial y la media y un discreto infiltrado inflamatorio mixto circunscripto peribulbar profundo.

Se instauró tratamiento con minociclina 100mg/día por 3 meses y se obtuvo la regresión de los nódulos y la repoblación total de las placas alopecicas.

Caso clínico 3

Un varón de 22 años, con antecedentes de acné inflamatorio en el rostro y foliculitis hipertrófica de la nuca, consultó por un nódulo asintomático de 2 x 2 cm, de consistencia blanda y cubierto de una placa alopecica en la región del vértex.

Se realizó una biopsia por *losange*, en la que se observó la salida de material amarillo citrino. El estudio histopatológico informó la presencia de un quiste infundibular en la dermis media, con un denso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, con células gigantes multinucleadas de disposición perifolicular profunda, con hemorragia y leve fibrosis.

Durante el control posquirúrgico se realizó un examen tricoscópico (véase Tabla 2).

El paciente no concurrió a los controles posteriores.

Caso clínico 4

Un varón de 31 años, con antecedentes de dermatitis seborreica, consultó por 4 nódulos blandos, levemente eritematosos, alopecicos, de 0,5 a 2 cm, distribuidos en la región del vértex.

La ecografía de partes blandas informó la presencia de múltiples imágenes hipoeoicas de entre 1 y 4 mm de diámetro en el espesor del cuero cabelludo, con probable contenido sólido/líquido muy denso.

En el examen tricoscópico presentaba área amarilla amorfa, área rojo-lechosa, estructuras pseudocomedonarias, descamación perifolicular, costras serohemáticas.

cas, vellos, aspecto de crep oriental y puntos amarillos (Foto 6).

La biopsia incisional de un nódulo reveló la salida de material purulento del que se tomaron muestras para exámenes microbiológicos (directo y cultivo para gérmenes comunes, micológico y BAAR), que resultaron negativos. El estudio histopatológico describió la presencia de foliculitis crónica con sectores abscedados, espacios pseudoquisticos, áreas de necrosis y eritrocitos extravasados.

Se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg/día.



FOTO 6: Tricoscopia: área amarilla amorfa, estructuras pseudocomedonias, descamación perifolicular, vellos, aspecto de crep (panqueque) oriental, puntos amarillos.

Caso clínico 5

Un varón de 25 años, con antecedentes de retardo mental leve, acné papulopustuloso y dermatitis seborreica, consultó por la presencia de un nódulo de 3 × 3 cm, cubierto de cuero cabelludo alopecico en la región occipital, de 7 meses de evolución, por lo que realizó tratamiento con lociones tópicas (minoxidil 5% y clobetasol 0,05%), sin mejoría. La madre refería que el paciente apoyaba esa zona contra la cabecera de la cama por tiempos prolongados.

La ecografía de partes blandas mostró la presencia de una imagen ovalada, isoecogénica, de 10 × 4 mm de diámetro, en el tejido celular subcutáneo.

El estudio histopatológico de la biopsia incisional del nódulo reveló unidades foliculares conservadas rodeadas de un infiltrado mononuclear, con presencia de células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, con algunos neutrófilos y vasos congestivos en la dermis media y la profunda. Coexistía una leve fibrosis.

Se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg/día.

DISCUSIÓN

Los nódulos alopecicos y asépticos del cuero cabelludo fueron descriptos por primera vez como pseudoquistes del cuero cabelludo por Itawa *et ál.* en Japón

(1992), en un informe de 19 pacientes oriundos de ese país que tenían un tumor subcutáneo solitario alopecico en el cuero cabelludo, con presencia de una pared quística histológicamente mal definida asociada a un granuloma profundo³.

Años después, en Francia (1998), Chevallier fue el segundo en informar esta entidad como “absceso no infeccioso del cuero cabelludo con alopecia” en su descripción de 3 casos⁴. En 2009, Abdennader *et ál.* la describieron como “nódulos alopecicos y asépticos del cuero cabelludo”, nombre con el que actualmente la conocemos, al observar que el pseudoquiste no siempre estaba presente^{1,2}.

Algunos autores consideran los pseudoquistes del cuero cabelludo una enfermedad diferente de los NAACC, ya que en los primeros se observa siempre la presencia de un pseudoquiste, hecho que no ocurre en los segundos¹⁻³. Sin embargo, la mayoría cree que se trata de una misma enfermedad con un espectro histopatológico variado, por lo que se prefiere el término de NAACC, ya que define la enfermedad con más precisión⁶⁻⁸.

Aunque la etiopatogenia permanece incierta, se cree que se iniciaría como una foliculitis secundaria a oclusión folicular, a un cuerpo extraño o a traumatismos repetitivos que conducen a la inflamación del folículo. Por ello, se considera que se podría incluir en el espectro de las enfermedades asociadas a la oclusión folicular, aunque no se puede excluir que se trate de un proceso inmunitario⁴⁻¹⁰. En 3 de nuestros casos, el trauma constante y repetido, aunque no necesariamente de alta intensidad, pudo haber causado la aparición de los nódulos. Cuando se produce la oclusión folicular, parece generarse una reacción de tipo granulomatosa acompañada de un infiltrado compuesto por histiocitos, linfocitos y células gigantes que rodean el folículo piloso, con la consecuente necrosis central y erosión de vasos linfáticos y sanguíneos, que lleva a la formación del pseudoquiste^{6,10}. El infiltrado se localiza en la parte baja del folículo, por debajo del área del bulge, por lo que la alopecia que produce es de tipo no cicatricial^{7,11,12}.

Los NAACC afectan principalmente a adultos jóvenes, con predominio en los varones, aunque se han comunicado 2 casos en niños y uno en una mujer de 79 años^{9,10,13}.

Clínicamente se caracterizan por la presencia de uno o más nódulos cupuliformes, firmes o fluctuantes, asociados con alopecia de tipo no cicatricial y rodeados por cuero cabelludo normal. Se ubican principalmente en el vértex y la porción superior de la región occipital. Son asintomáticos, pero pueden causar dolor leve, y/o prurito^{6,9,10}.

Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen celulitis disecante, foliculitis decalvante, alopecia areata, quiste tri-

quilemal inflamado, infecciones bacterianas o micóticas, aplasia cutánea, alopecia triangular congénita, nevo sebáceo de Jadassohn y tumores benignos y malignos del cuero cabelludo, en especial metástasis nodulares en el cuero cabelludo en hombres jóvenes que deben hacer sospechar la presencia de carcinomas gástricos^{4,9,14}.

Pelos rotos, puntos negros y amarillos y vellos finos son signos tricoscópicos que pueden observarse en los NAACC. No son patognomónicos, ya que se observan también en la alopecia areata y en etapas tempranas de la celulitis disecante. Bourezane y Bourezane publicaron en 2014, por primera vez, dos signos tricoscópicos de los NAACC: el patrón en crep (o panqueque) oriental, por la dilatación de los orificios foliculares, y las estructuras de tipo comedón, que según Lázaro-Simó *et al.* corresponderían a los puntos negros y amarillos descritos anteriormente^{11,15}.

La presencia de áreas amarillas amorfas y rojo-lechosas fue una característica constante en todos nuestros casos, coincidiendo con lo descrito en la foliculitis decalvante y, al igual que en esta entidad, también pudimos observar (2/4) la presencia de pelos retorcidos, pseudomoniletrix y politriquia. Asimismo, se hallaron signos descritos en la alopecia areata en nuestros casos, aunque ninguno presentó pelos en signo de exclamación, hallazgo característico de esta entidad. También observamos signos informados en la tricotilomanía como vellos cortos y descamación perifolicular en collarite (3/4), pero no tricoptilosis.

En concordancia con Bourezane, 3 de los pacientes presentaron estructuras pseudocomedonianas, pero solo uno, la imagen en crep (o panqueque) oriental¹⁵.

En conclusión, la tricoscopia mostró signos asociados especialmente con foliculitis decalvante, pero con presencia de algunas estructuras descriptas en la alopecia areata y la tricotilomanía.

La ecografía muestra la presencia de nódulos hipoeoicos bien definidos, con escasos vasos en la base y sombra acústica posterior que aparece más allá de los huesos del cráneo. Este efecto se describe como “imagen en espejo”, artefacto característico de las lesiones localizadas encima de los huesos convexos, como el cráneo^{11,16}.

Cuando se punza el nódulo, el material obtenido dependerá de las características del infiltrado y del tipo de vaso comprometido: es amarillo citrino en caso de afectación de los vasos linfáticos (casos 3 y 5), rosa aguada si compromete los vasos sanguíneos (casos 1 y 2) o

purulento en caso de presentar un infiltrado compuesto principalmente por polimorfonucleares (caso 4). Los cultivos microbiológicos son siempre negativos^{4,5,9}.

La histopatología, variable e inespecífica, muestra un infiltrado inflamatorio mixto compuesto por linfocitos, histiocitos y células gigantes perifoliculares y, en la mayoría de los casos, se observan granulomas o un pseudoquiste sin pared real en la dermis profunda. Se cree que la presencia o no del pseudoquiste se debe a factores raciales del tipo de pelo, el período de desarrollo en que se encuentre este o debido a la toma de muestras superficiales^{5-7,10}. La formación del pseudoquiste sería consecuencia de la inflamación, por lo que su presencia en la histopatología depende de la severidad de ese proceso⁶. En nuestra serie de casos predominó la presencia de infiltrado inflamatorio subagudo con esbozos de granulomas que afectaban la dermis media y profunda perifolicular. En uno de los casos evidenciamos hallazgos de alopecia areata concomitante; en otro, la presencia de un quiste infundibular y, en un tercero, un pseudoquiste.

La resolución del nódulo puede ser espontánea o producirse tras repetidas punciones o posterior a la realización de una biopsia, como en los casos 1 y 3. La doxiciclina 100 mg/día durante 1 a 3 meses resultó una alternativa eficaz en algunos casos debido a su efecto antiinflamatorio^{4,5,9,17}. En nuestra casuística se optó por minociclina 100 mg/día en 1 paciente y doxiciclina 100 mg/día en 2, con buena respuesta en todos ellos. Las alternativas terapéuticas incluyen los corticosteroides intralesionales y la indometacina al 3% en solución hidroalcohólica^{1,9,13,17}.

El pronóstico de los NAACC es bueno y la alopecia es reversible con tratamiento o sin él, aunque se describieron recurrencias¹⁸.

Concluimos que se trata de una entidad emergente en la literatura médica, probablemente infradiagnosticada por falta de conocimiento.

Creemos que, si bien los NAACC no presentan hallazgos patognomónicos en los exámenes complementarios, se pueden utilizar herramientas accesibles que son, en su mayoría, no invasivas, para acercarse al diagnóstico. Proponemos como plan de estudio en todo paciente que consulte por nódulos en el cuero cabelludo: correcta anamnesis, tricoscopia, ecografía, punción del nódulo con estudios microbiológicos y biopsia profunda de la lesión para su estudio histopatológico, ya que el proceso se ubica en la dermis profunda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdennader S, Reygagne P. Alopecic and aseptic nodules of the scalp. *Dermatology* 2009;218:86.
2. Abdennader S, Vignon-Pennamen MD, Hatchuel J, Reygagne P. Alopecic and aseptic nodules of the scalp (Pseudocyst of the scalp): a prospective clinicopathological study of 15 cases. *Dermatology* 2011;22:31-35.
3. Itawa T, Hashimoto T, Niimura M. A pseudocyst with inflammatory granulation tissue on scalp-pseudocyst of

- scalp. *Jpn J Clin Dermatol* 1992;46:9-16.
4. Chevallier J. Abcès non infectieux et alopéciques du cuir chevelu: nouvelle entité? *Nouv Dermatol* 1998;17:181.
 5. Fischer-Levancini C, Gompertz M, Guglielmetti A, Opazo H. Alopecic and aseptic nodules of the scalp: first report in South America and second in America. *Skin Appendage Disord* 2018;4:78-81.
 6. Seol JE, Park IH, Kim DH, Park SH, et al. Alopecic and aseptic nodules of the scalp/pseudocyst of the scalp: clinicopathological and therapeutic analyses in 11 Korean patients. *Dermatology* 2016;232:165-170.
 7. Grimalt R. Alopecic and aseptic nodules of the scalp and pseudocyst of the scalp: 2 different conditions or one single entity? *J Cosmo Trichol* 2016;2:1.
 8. Del Alcazar Viladomiu E, López Pestaña A, Ibarbia Oruezabal S, Gutiérrez Tamara MP, et al. Alopecic lesions on the scalp in a young woman: a quiz. *Acta Derm Venereol* 2016;96:285-286.
 9. Rodríguez-Lobato E, Morgado-Carrasco D, Giavedoni P, Ferrando J. Alopecic and aseptic nodule of the scalp in a girl. *Pediatric Dermatology* 2017;34:697-700.
 10. Lee SS, Kim SY, Im M, Lee Y, et al. Pseudocyst of the scalp. *Ann Dermatol* 2011;23:267-269.
 11. Lázaro-Simó AI, Sancho MI, Quintana-Codina M, Del Alcázar Villadomiu E, et al. Alopecic and aseptic nodules of the scalp with trichoscopic and ultrasonography findings. *Indian J Dermatol* 2017;62: 515-518.
 12. Szepeetiuk G, Muller G, Vanhootehem O. About a rare and specific clinical entity: the alopecic and aseptic nodules of the scalp. A case report and a literature review. *J Clin Exp Dermatol Res* 2010;1.
 13. Thénéré C, Masiresse H, Lemasson G, Misery L, et al. Pseudocyst of the scalp in a child. *Ann Dermatol Venereol* 2014;141:480-481.
 14. Fisher-Levancini C, Iglesias-Sancho M, Collgros H, Sánchez-Regaña M. Nódulos asépticos y alopécicos del cuero cabelludo. *Actas Dermosifiliogr* 2014;105:105-212.
 15. Bourezane Y, Bourezane H. Two new trichoscopic signs in alopecic and aseptic nodules of the scalp: "Eastern pancake sign" and comedo-like structures. *Ann Dermatol Venereol* 2014;141:750-755.
 16. Garrido-Colmenero C, Arias-Santiago S, Aneiros Fernández J, García-Lora E. Trichoscopy and ultrasonography features of aseptic and alopecic nodules of the scalp. *J EADV* 2016;30:507-509.
 17. Tsuruta D, Hayashi A, Kobayashi H, Nakagawa K, et al. Pseudocyst of the scalp. *Dermatology* 2005;210:333-335.
 18. Eisenberg EL. Alopecia-associated pseudocyst of the scalp. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:e114-e116.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: PÚSTULAS EN EL ROSTRO

María Belén Mariucci Vázquez y Florencia Quadrana

Servicio de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Un paciente de 50 años con antecedentes de HTA, esteatosis hepática y cáncer de pulmón en tratamiento con erlotinib, consultó por presentar lesiones en el rostro de 24 horas de evolución, que se iniciaron 6 días después del comienzo del tratamiento antineoplásico. Refería ardor. En el examen físico se observaban pápulas y pústulas que asentaban sobre una base eritematosa, localizadas en las mejillas, el dorso nasal y el mentón. También presentaba pápulas y excoりaciones aisladas a nivel dorsolumbar, sin compromiso de las mucosas.



- 1) Con la clínica mencionada, ¿cuál es su diagnóstico?
 - a) Rosácea papulopustulosa.
 - b) Acné papulopustuloso.
 - c) Reacción acneiforme por el erlotinib.
 - d) Pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA).
 - e) Acné monomorfo.

- 2) Con respecto al caso descripto, considera que:
 - a) Es más frecuente en los adolescentes, aunque existen casos de inicio en la edad adulta.
 - b) Predomina en las mujeres y se exacerba con el calor.
 - c) Se desarrolla dentro de las 2 primeras semanas del inicio del fármaco.
 - d) Es más frecuente en las áreas no fotoexpuestas.
 - e) Es más frecuente su forma disseminada aunque en algunos casos se limita al rostro.
- 3) ¿Qué conducta diagnóstica adoptaría?
 - a) Ninguna.
 - b) Estudio histopatológico.
 - c) Cultivo de una pústula.
 - d) Laboratorio completo.
 - e) Las opciones b. y c. son correctas.
- 4) ¿Qué conducta terapéutica inicial instauraría en este paciente?
 - a) Suspender el tratamiento con erlotinib.
 - b) Iniciar tratamiento con tetraciclinas.
 - c) Descender la dosis del erlotinib.
 - d) Control evolutivo ya que todos los casos son autorresolutivos.
 - e) Iniciar tratamiento oral con isotretinoína.

La solución en la página 20