

CASOS CLÍNICOS

Celulitis disecante del cuero cabelludo

Dissecting cellulitis of the scalp

Cinthy Vanessa González Laguna¹, Miranda D'Angella Esparza², María Gabriela Montecchiesi³, Juliana Cabrera Cisneros⁴ y Andrea Vanesa Giuliani⁵

RESUMEN

La celulitis disecante del cuero cabelludo es una alopecia del tipo neutrofílica que pertenece al grupo de las alopecias cicatriciales primarias. Se considera una dermatosis inflamatoria de curso crónico, recurrente, que afecta principalmente a los hombres de raza negra. Se caracteriza por la formación de nódulos dolorosos y supurativos en el cuero cabelludo, que pueden evolucionar a la formación de cicatrices y alopecia permanente. En este caso clínico describimos el manejo exitoso de un

paciente con celulitis disecante del cuero cabelludo con el uso de isotretinoína y corticosteroides intralesionales. Se destaca la importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: celulitis disecante, foliculitis disecante, alopecia cicatricial, isotretinoína.

Dermatol. Argent. 2025; 31(2): 95-97

ABSTRACT

Dissecting cellulitis of the scalp is an alopecia of the neutrophilic type that belongs to the group of primary scarring alopecias. It is considered an inflammatory dermatosis of chronic, recurrent course that mainly affects black men; it is characterized by the formation of painful and suppurative nodules on the scalp, which may progress to scar formation and permanent alopecia. This case report describes the successful

management of a patient with dissecting cellulitis of the scalp using isotretinoin and intralesional corticosteroids. The importance of early diagnosis and timely treatment to prevent complications and improve quality of life is emphasized.

Key words: dissecting cellulitis, dissecting folliculitis, scarring alopecia, isotretinoin.

Dermatol. Argent. 2025; 31(2): 95-97

¹ Concurrente de cuarto año

² Concurrente de tercer año

³ Jefa de Residentes y de Concurrentes

⁴ Médica Dermatóloga

⁵ Jefa del Servicio

Servicio de Dermatología, Hospital Central de San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Cinthy Vanessa González Laguna

E-mail: dermatocinthy@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 22/8/2024

Fecha de trabajo aceptado: 18/12/2024

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 24 años, sin antecedentes personales, que acudió al Servicio de Dermatología por presentar lesiones supurativas y algunas cicatrices alopécicas en el cuero cabelludo de 3 años de evolución tratadas con antibióticos y antimicóticos con persistencia de las mismas.

Al examen físico se observaban múltiples nódulos levemente eritematosos, de superficie lisa, fluctuantes, dolorosos a la palpación, con salida de secreción serohemática, localizados en la zona del vertex y la región occipital, acompañados de placas alopécicas (Foto 1).

Se solicitaron laboratorios generales y se realizaron dos tomas de biopsias del vertex con *punch* para estu-

dio histopatológico, cultivo y antibiograma de gérmenes comunes. Los resultados mostraron aumento de la VSG, y el resto del laboratorio y el cultivo no arrojó resultados patológicos. El estudio histopatológico informó foliculitis y perifoliculitis con moderado infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario a nivel de la dermis profunda, con áreas de fibrosis concéntrica y preservación de las glándulas sebáceas. (Fotos 2 y 3). Con los hallazgos clínicos y la histopatología se arribó al diagnóstico de celulitis disecante del cuero cabelludo.

Se instauró tratamiento con isotretinoína 20 mg/día vía oral y a los 2 meses por buena tolerancia se decidió aumentar la dosis a 40 mg/día durante 8 meses

(0,5 mg/kg/día). Adicionalmente, se realizaron infiltraciones mensuales en algunos nódulos residuales con triamcinolona acetónido de 6 mg/ml (0,1 ml por cm²). El paciente evolucionó favorablemente con reducción significativa de los nódulos supurativos, zonas de crecimiento de pelo y aisladas placas alopécicas cicatriciales en el cuero cabelludo.



FOTO 1: Nódulos en la zona del vertex, fluctuantes, de varios tamaños, dolorosos, y placas alopécicas cicatriciales.

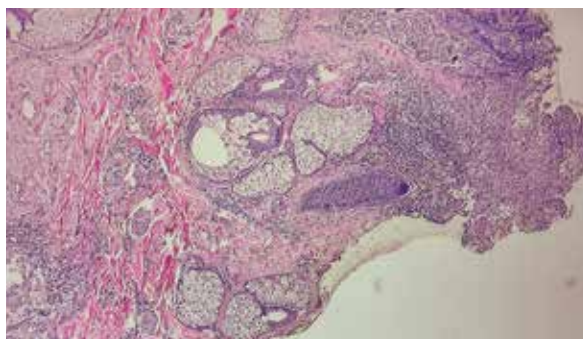


FOTO 2: Foliculitis y perifoliculitis en la dermis profunda con preservación de las glándulas sebáceas (HyE, 10X).

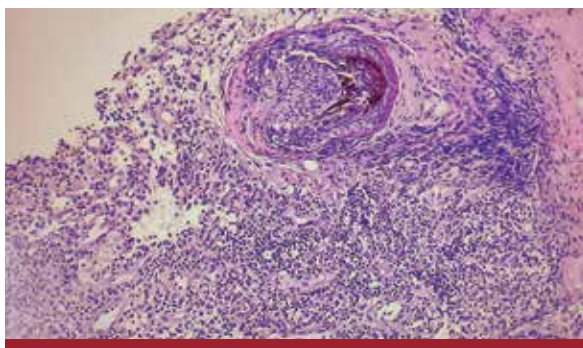


FOTO 3: Infiltrado linfoplasmocitario folicular y perifolicular con fibrosis concéntrica (HyE, 40X).

COMENTARIOS

La celulitis disecante del cuero cabelludo, o *perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens* de Hoffman, es una dermatosis inflamatoria, crónica y recidivante del cuero cabelludo. Se encuentra dentro de la clasificación de las alopecias cicatriciales primarias neutrofílicas y representa el 1% de la totalidad de las alopecias cicatriciales¹. Afecta principalmente a los hombres entre los 18 y 40 años, siendo los afroamericanos los más afectados². Forma parte de la tetrada de obstrucción folicular junto con el acné conglobata, la hidradenitis supurativa y el quiste pilonidal³. Su etiología se desconoce con exactitud, sin embargo, la colonización por *Staphylococcus Aureus* en el cuero cabelludo se ha implicado como factor contribuyente. Se ha sugerido que el mecanismo de “superantígenos” o citotoxinas que se unen al CMH clase II puede desempeñar un papel en la patogénesis de la enfermedad⁴.

Desde el punto de vista clínico, las primeras lesiones son pústulas y papulopústulas que evolucionan más tarde a nódulos dolorosos fluctuantes confluentes, abscesos y trayectos fistulosos que terminan en alopecia cicatricial. Las lesiones tienen carácter evolutivo y generalmente se inician en la zona del vertex y la región occipital del cuero cabelludo². Los hallazgos tricoscópicos más característicos son los puntos amarillos en “3D” superpuestos sobre pelos distróficos, puntos marrones o comedones abiertos, puntos negros o “pelos cadavéricos”, pelos vellosos y orificios foliculares vacíos. En una fase más avanzada se objetivan grandes áreas de atriquia sin *ostium* foliculares, puntos blancos cicatriciales y alguna pústula perifolicular⁵.

Las características histopatológicas no son específicas y dependen del estadio de la enfermedad. Se observa dilatación de los infundíbulos obstruidos por tapones córneos. Dentro del folículo se aprecian neutrófilos que llevan a la perforación del epitelio folicular, con posterior formación de abscesos dérmicos y subcutáneos. A medida que la enfermedad progresa, se generan trayectos fistulosos que están recubiertos de epitelio escamoso estratificado⁶; el infiltrado es de tipo mixto con presencia de linfocitos, células plasmáticas y células gigantes de tipo cuerpo extraño. Adicionalmente se puede observar amplia fibrosis con destrucción de anexos con la subsiguiente alopecia cicatricial⁷.

Los diagnósticos diferenciales más relevantes son el acné queiloideo de la nuca, la foliculitis decalvante, el querión de Celso y la alopecia central centrífuga⁴.

La terapéutica incluye desde tratamientos tópicos hasta anticuerpos monoclonales sistémicos según el grado de severidad de la enfermedad. Dentro de los tratamientos tópicos se recomiendan los corticosteroi-

des de alta potencia y los antibióticos como clindamicina al 1%. El acetónido de triamcinolona intralesional es el estándar de atención para las lesiones activas y la dosis varía de 3,33 mg/ml a 10 mg/ml, y alrededor de 0,1 ml a 0,5 ml por lesión⁷. Existen buenas respuestas con ciclos de tetraciclinas, rifampicina y clindamicina como terapia coadyuvante para reducir la inflamación y prevenir infecciones secundarias. La isotretinoína se la considera de primera línea a dosis de 0,5 mg/kg/día hasta 1,5 mg/kg/día y puede durar desde 1 año hasta 18 meses, según la evolución clínica del paciente⁸. En los casos severos o recidivantes se ha descrito el tratamiento con biológicos inhibidores de TNF- α como el adalimumab, con una dosis de carga de 80 mg y con dosis de mantenimiento de 40 mg cada 2 semanas o infliximab 5 mg/kg en intervalos de 8 semanas. Se debe tener en cuenta la realización de una cirugía para el

drenaje de las lesiones activas, la resección quirúrgica y el injerto de piel en pacientes con falla terapéutica y terapia láser para la mejoría estética de las cicatrices.

CONCLUSIONES

Presentamos el caso de una patología que el profesional debe tener en cuenta para arribar a un diagnóstico temprano e implementar un tratamiento oportuno, y así evitar secuelas permanentes como la alopecia cicatricial. La isotretinoína es un tratamiento efectivo para mejorar los síntomas como en el caso descrito, donde se logró el control de la enfermedad. Adicionalmente, se destaca el uso del corticoide intralesional como terapia coadyuvante. A pesar de esto, se resalta la recurrencia de la enfermedad, por lo que se requieren más estudios para documentar la evolución, la dosis diaria y la dosis acumulada necesaria para la remisión de la patología⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yarmuch P, Chaparro X, Fischer C, Benveniste S, et al. Celulitis disecante del cuero cabelludo. A propósito de un caso pediátrico. *Rev Chil Dermatol.* 2015;31:63-70.
2. Segurado-Miravalles G, Camacho-Martínez FM, Arias-Santiago S, Serrano-Falcón C, et al. Epidemiología, presentación clínica y abordaje terapéutico en una serie multicéntrica de celulitis disecante del cuero cabelludo. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31:e199-e200.
3. Melo DF, Trüeb RM, Dutra H, Modesto M, Andrade-Lima D, et al. Low-dose isotretinoin as a therapeutic option for dissecting cellulitis. *Dermatologic Therapy.* 2020;e14273.
4. Paez RN, Andreoli ML, Guardati MV, Iribas JL. Folliculitis decalvante y disecante. reporte de cuatro casos clínicos. *Rev Argent Dermatol.* 2019;100:25-42.
5. Fernández-Domper L, Ballesteros-Redondo M, Vanó-Galván S. Actualización en tricoscopia. *Actas Dermosifiliogr.* 2023;114:327-333.
6. Bernárdez C, Molina-Ruiz AM, Requena L. Histopatología de las alopecias. Parte II: alopecias cicatriciales. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106:260-270.
7. Masson R, Jeong CY, Ma E, Crew AB, et al. Treatments for dissecting cellulitis of the scalp. A systematic review and treatment algorithm. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2023;13: 2487-2526.
8. Guo W, Zhu C, Stevens G, Silverstein D. Analyzing the efficacy of isotretinoin in treating dissecting cellulitis. A literature review and meta-Analysis. *Drugs R D.* 2021;21: 29-37.