Pustulosis aguda erosiva del cuero cabelludo

Patricio Llancapi¹, Carolina Delgado², Francisco Mendoza³

RESUMEN

La Pustulosis Erosiva del cuero cabelludo fue descrita por primera vez por Pye, Peachy y Burton en 1979, en mujeres mayores¹. De etiología y patogenia no del todo clara, se relaciona con exposición a trauma local. Se presenta como lesiones erosivas, costrosas y pustulosas de carácter estéril. Su cuadro histológico no es específico, por lo que el diagnóstico es de exclusión. Se han reportado múltiples tratamientos, pero los que han demostrado mejor resultado se basan en el uso de corticoides tópicos de alta potencia y retinoides orales.

Presentamos un caso de pustulosis erosiva del cuero cabelludo en un paciente varón y una revisión de los principales aspectos clínicos e histopatológicos de esta enfermedad.

Palabras claves: Pustulosis Erosiva del Cuero Cabelludo; Diagnóstico; Tratamiento.

SUMMARY

In 1979 Pye, Peachy and Burton described the Erosive Pustular Dermatitis of the scalp in elder women. The etiology and pathogenesis is still unknown; nonetheless, it is most commonly associated with the exposure to local trauma. The disease is manifested as sterile erosive, crusty and pustular lesions on the scalp. Its histological profile is unspecific; therefore, it is a diagnosis of exclusion. Multiple treatments have been reported, high-potency topical corticosteroids and oral retinoids have shown favorable response. Herein we present a case of an erosive pustular dermatosis of the scalp on a male patient and a review of the clinical and histological characteristics of this disease.

Key words: Erosive pustular dermatosis of the scalp; diagnosis; treatment.

La Pustulosis Erosiva del cuero cabelludo es una entidad poco frecuente, de etiología aún desconocida. Fue descrita por primera vez por Pye, Peachy y Burton en 1979¹. Es considerada como un desorden inflamatorio no infeccioso, aunque puede existir sobreinfección con *Staphylococcus aureus* y *Candida albicans*². De mayor ocurrencia en personas añosas y calvas, con predominio del sexo femenino. Si bien su patogénesis no es del todo conocida, se ha observado una aparición posterior a trauma local como: radioterapia, injertos, craneotomía, crioterapia, aplicación de sustancias irritantes como tratamientos con 5-fluorouracilo, láser, exposición prolongada a radiación UV³. Se ha reportado una posible asociación con enfermedades autoinmunes como: artritis reumatoide, hepatitis autoinmune, tiroiditis de Hashimo-

to y arteritis de Takayasu; sin embargo, no se ha podido establecer una conexión patogénica directa⁴.

La importancia de presentar y analizar este caso radica en lo infrecuente que resulta en la práctica clínica diaria, lo que lleva en muchas ocasiones a no realizar un diagnóstico y tratamiento certero y oportuno.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 61 años de edad, que consulta por lesión de cuero cabelludo de 8 meses de evolución de carácter asintomático. Como antecedente refiere, 4 meses antes, extirpación quirúrgica con injerto cutáneo por presentar lesión

¹Dermatólogo, Hospital Clínico Regional Concepción, Chile. ²Patóloga Hospital, Clínico Regional Concepción, Chile. ³Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián, Chile.

cutánea exofítica en la misma zona anatómica, la que al estudio histológico se rotuló como queratosis actínica del tipo hipertrófica. A los 4 meses post-cirugía desarrolla lesiones erosivas, pustulosas y costrosas en la zona que fue intervenida previamente.

Por dichas lesiones fue tratado con Imiquimod, Limeciclina, Bagomicina, Mupirocina sin respuesta alguna. Al examen dirigido se observan lesiones pustulosas sobre base eritematosa que comprometen más del 75% de la superficie injertada extendiéndose hacia el área frontal (Figura 1). No se palpan adenopatías cervicales y no se aprecian otras lesiones en el resto de la piel y mucosas.

Se realizó estudio histopatológico que reveló: placa de alopecia con ausencia de la mayoría de los folículos pilosos con foliculitis supurativa y granulomatosa intensa, que compromete hasta la profundidad del folículo. El exudado inflamatorio se extiende por todo el espesor de la dermis y parte del tejido adiposo subcutáneo, y está formado por linfocitos, células plasmáticas, neutrófilos, histiocitos y células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño (Figura 2). Inmunofluorescencia negativa para IgG, IgM, C3.

PCR para micobacterias, estudios bacteriológicos y micológicos resultaron negativos, otros exámenes complementarios como: hepatitis C, VDRL y HIV resultaron negativos. De igual forma hemograma y perfil bioquímico normales.

Se inició tratamiento consistente en: Sulfato Zinc 200 mg/día, gel tópico de Dapsone 5% 2 veces al día y Prednisona 30 mg/día dosis que se mantuvo por tres meses iniciando posteriormente su descenso gradual. Con dicha terapia se obtiene desaparición del fenómeno inflamatorio y de las pústulas (Figura 3).

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la Pustulosis Erosiva puede llegar a ser difícil y tardío, este se considera un diagnóstico clínico de exclusión al no poseer histopatología característica. Al examen dermatológico se caracteriza por presentar lesiones erosivas, costrosas y pustulosas. En la histología, la epidermis puede estar normal, con hiperqueratosis, con erosiones o atrófica, con o sin edema, y pústulas subcorneales ocasionales. La dermis puede contener infiltrado inflamatorio con linfocitos, neutrófilos y células plasmáticas⁵.

Figura 1

Lesión inicial de 8 meses de evolución con múltiples tratamientos.

Figura 2

Foliculitis supurativa y granulomatosa intensa, con exudado formado por linfocitos, plasmocitos, neutrófilos, histiocitos y células gigantes multinucleadas.

Figura 3

Lesión bajo tratamiento de 5 meses de evolución.

Se deben plantear como diagnóstico diferencial: lupus eritematoso discoide y penfigoide localizado, que pueden manifestarse con lesiones costrosas y erosivas; pueden localizarse en la cabeza, pero su histología e inmunofluorescencia nos ayuda a diferenciarlo.

Otros cuadros localizados en cuero cabelludo que se pueden manifestar de igual forma clínica incluyen: perifoliculitis capitis abscondens et suffodiens, foliculitis decalvante y foliculitis en penacho; en que la presencia de escamo-costras y abscesos perifoliculares ayudan a su diferenciación. Otra entidad que se debe plantear es la psoriasis pustulosa, enfermedad en que los antecedentes familiares tienen un rol importante a tener presente. Finalmente algunas formas de carcinoma epidermoide se pueden asemejar clínicamente, pero el estudio histopatológico es el que nos ayudará a establecer el diagnóstico⁶.

Se han probado múltiples modalidades terapéuticas. En la terapia de primera línea se encuentran los corticoides tópicos de alta potencia como el clobetasol al 0,05% y retinoides orales, otros tratamientos propuestos incluyen corticoides tópicos, tacrolimus tópico, dapsona oral, calcipotriol tópico, dapsona gel al 5%, terapia con Sulfato de Zinc oral. Estos han demostrado buenos resultados con algunos meses de tratamiento³⁻⁷. Se encuentran también en la literatura tratamientos exitosos con terapia fotodinámica con Ácido 5-Aminolevulínico⁸. El uso de antibióticos tópicos y sistémicos en ausencia de sobreinfección no han demostrado efectividad. En nuestro caso se decidió utilizar dapsona en gel, buscándose efecto antiinflamatorio y antineutrofílico; basados en el éxito de dapsona oral en otras publicaciones que apoyaran su uso.

El curso clínico es variable, en general tiene un curso lento y progresivo con erosiones, pústulas y costras que tienden a la cronicidad, que en meses o años pueden afectar extensas áreas de la piel, llevando a provocar alopecia cicatricial⁹. Excepcionalmente, en casos de muchos años de evolución se ha descrito la presencia de carcinoma sobre este proceso¹⁰, por lo que es recomendable la detección, tratamiento y seguimiento oportuno de esta patología.

CONCLUSIÓN

La Pustulosis Erosiva Aguda es una patología de etiología aún desconocida, infrecuente, de patogenia aún en

estudio, que ha sido relacionada con traumas locales en el cuero cabelludo. Al poseer una histopatología no patognomónica, obliga al clínico a realizar un diagnóstico de exclusión, considerando en sus diagnósticos diferenciales patologías como: lupus eritematoso discoide, psoriasis pustulosa, carcinoma epidermoide, eccema sobreinfectado, liquen plano.

Si bien se han probado múltiples esquemas terapéuticos, los tratamientos que han demostrado mejores resultados se basan en el uso de corticoesteroides tópicos y retinoides orales, también el uso de tacrolimus tópico, dapsona oral, terapia con Sulfato de Zinc oral, los que han demostrado buenos resultados a mediano – largo plazo. En nuestro caso la asociación de sulfato de zinc oral más dapsona gel al 5% ha permitido mantener el cuadro en remisión.

REFERENCIAS

1. Pye RJ, Peachey RD, Burton JL: Erosive pustular dermatosis of the scalp. *Br J Dermatol*. 1979 May; 100(5):559-66
2. Parodi A, Ciaccio M, Rebora A: Erosive pustular dermatosis of the scalp. *Int J Dermatol*. 1990 Sep; 29(7):517-8
3. Broussard KC, Berjer TG, Roseblum M, Murase JE. Erosive pustular dermatosis of the scalp: a review with a focus on dapsone therapy. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66:680-6
4. Van Exel CE, English JC 3rd. Erosive pustular dermatosis of the scalp and non-scalp. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(2):11-14
5. Allevato M, Clerc C, del Sel JM, Donatti L, Cabrera H, Juárez M. Erosive pustular dermatosis of the scalp. *Int J Dermatol*. 2009; 48:1213-6
6. Noe C; Grob J; Choux R; Bonerandi: Pustulose érosive du cuir chevelu, une dermatose pustuleuse spongiiforme. *Ann. Dermatol. Venerol*. 1993; 120:693-695
7. Erosive pustular dermatosis of the scalp successfully treated with oral zinc sulphate. Ikeda M, Arata J, Isaka H. *Br J Dermatol* 1982; 106: 742-3
8. Meyer, T., López-Navarro, N., Herrera-Acosta, E., José, A. and Herrera, E. (2010). Erosive pustular dermatosis of the scalp: a successful treatment with photodynamic therapy. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine*, 26(1), pp.44-45
9. Zahdi MR, Seidel GB, Soares VC, Freitas CFNP, Mulinari-Brenner FA. Erosive pustular dermatosis of the scalp successfully treated with oral prednisone and topical tacrolimus. *An Bras Dermatol*. 2013;88(5):796-8
10. Lovell CR, Harman RR, Bradfield JW. Cutaneous carcinoma arising in erosive pustular dermatosis of the scalp. *Br J Dermatol* 1980; 102:325-8