

Dermatitis pustulosa erosiva del cuero cabelludo

Amaia de Mariscal, María Teresa Bordel, Jesús Vega, Cristina Muñoz, Julio Bassas y Alberto Miranda

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

Resumen.—La dermatitis pustulosa del cuero cabelludo es una entidad que se caracteriza por la presencia de lesiones erosivas, costrosas y pustulosas que evolucionan a la formación de una alopecia cicatrizal. Es más frecuente entre los 60 y 90 años. Los hallazgos histopatológicos son inespecíficos; habitualmente aparece una epidermis atrófica y erosionada, con pústulas subcórneas y un infiltrado inflamatorio caracterizado por la presencia de linfocitos, células plasmáticas y, con menos frecuencia, neutrófilos y células gigantes. Los estudios de inmunofluorescencia y microbiológicos son negativos. El diagnóstico diferencial ha de realizarse con infecciones bacterianas y micóticas, lupus eritematoso discoide, liquen plano y penfigoide cicatrizal. El tratamiento de esta entidad es difícil; los mejores resultados se obtienen con la aplicación de corticoides tópicos de alta potencia en cura oclusiva. Se han descrito algunos casos de buena respuesta al tratamiento con sulfato de cinc oral, isotretinoína y dapsona.

Presentamos los casos de 2 pacientes con dermatitis pustulosa erosiva del cuero cabelludo, que desarrollaron lesiones erosivocostrosas, pustulosas en el cuero cabelludo que evolucionaron a la formación de una alopecia cicatrizal. En los estudios realizados a los pacientes no se encontraron hallazgos significativos y las biopsias realizadas fueron inespecíficas. En cuanto al tratamiento, no respondieron a antibióticos, pero sí a corticoides tópicos de alta potencia.

Palabras clave: dermatitis pustulosa erosiva del cuero cabelludo, cuero cabelludo, alopecia cicatrizal.

De Mariscal A, Bordel MT, Vega J, Muñoz C, Bassas J, Miranda A. Dermatitis pustulosa erosiva del cuero cabelludo.

Actas Dermosifiliogr 2003;94(3):161-4.

EROSIVE PUSTULAR DERMATOSIS OF THE SCALP

Abstract.—Erosive pustular dermatitis of the scalp is a disease characterized by eroded, crusted and pustular lesions resulting in scarring alopecia. It usually occurs in 60 to 90 year old patients. Histopathology is nonspecific, showing an atrophic, eroded epidermis, subcorneal pustules, and an infiltrate of lymphocytes, plasmocytes and, less frequently, neutrophils and giant cells. Immunofluorescence and microbiological studies are negative. The differential diagnoses include bacterial or fungal infections, discoid lupus erythematosus, lichen planus, and cicatricial pemphigoid. The treatment is difficult, and potent topical steroids under occlusion are sometimes effective. Oral zinc sulphate, isotretinoin, dapsona have been anecdotally active.

We report two patients with pustular dermatitis confined to the scalp, who developed chronic, extensive, pustular, crusted lesions of the scalp which produced scarring alopecia. Studies were essentially negative and skin biopsies showed only nonspecific changes. The condition did not respond to antibiotics, but was suppressed by potent topical steroids.

Key words: erosive pustular dermatitis of the scalp, scalp, scarring alopecia.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis pustulosa erosiva del cuero cabelludo es una enfermedad caracterizada por la presencia de lesiones pustulosas crónicas en el cuero cabelludo junto a lesiones erosivas y costrosas, que evolucionan a la formación de una alopecia cicatrizal. No se ha encontrado ninguna causa desencadenante y los hallazgos histopatológicos son inespecíficos, y consisten en atrofia e inflamación crónica, predominantemente linfocitaria, aunque también se encuentran células plasmáticas y células gigantes de cuerpo extraño¹.

La primera descripción de esta entidad fue realizada por Pye et al² en 1979, que estudiaron 6 pacientes con esta enfermedad, sin encontrar hallazgos significativos en los estudios realizados, y que no respondieron al tratamiento antibiótico.

Aportamos dos nuevos casos de dermatitis pustulosa erosiva del cuero cabelludo y discutimos sus principales características y diagnóstico diferencial.

DEFINICIÓN DE LOS CASOS

Caso 1. Una mujer de 50 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, acudió a la consulta para valoración de una alopecia en cuero cabelludo que se había iniciado 9 años antes. La lesión fue aumentando de tamaño progresivamente,

Correspondencia:
Amaia de Mariscal. Alameda de Urquijo, 46, 6.º D.
48011 Bilbao. España.

Aceptado el 7 de febrero de 2003.

cursando con brotes de lesiones pustulosas, de aspecto infeccioso que no respondían al tratamiento antibiótico. La exploración reveló una placa alopécica

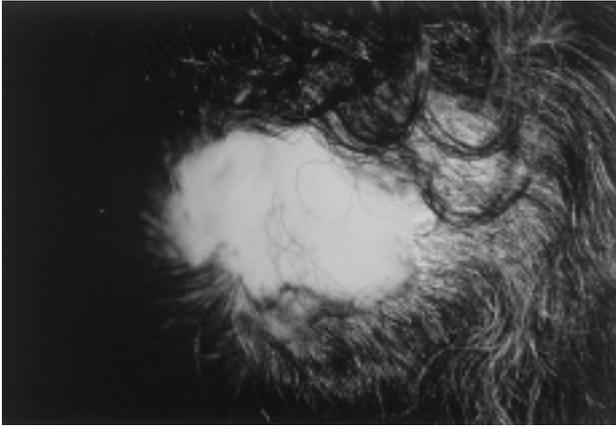


Fig. 1.—Caso 1. Atrofia cutánea con pústulas, áreas erosivas, exudación y costras en periferia.

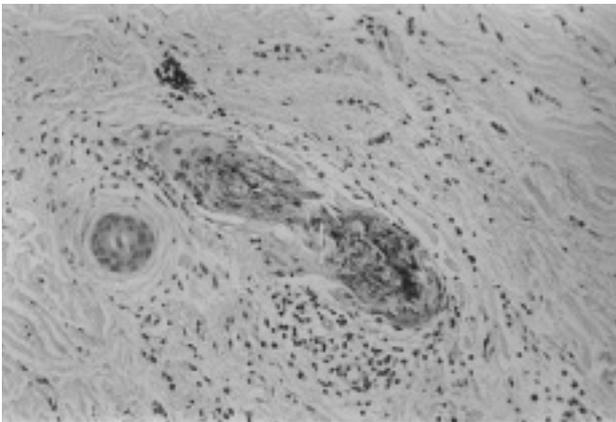


Fig. 2.—Caso 1. Fibrosis con infiltrado, menos intenso a nivel perifollicular.

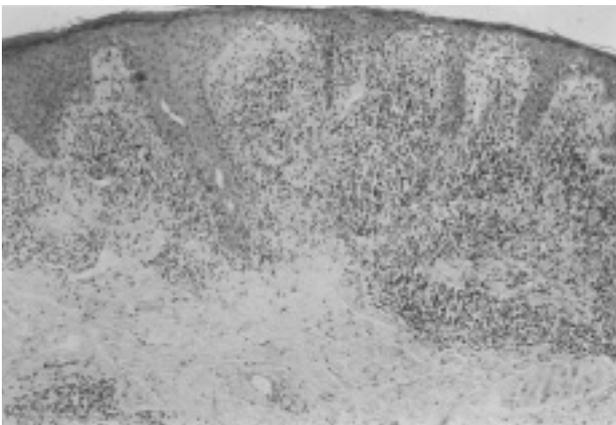


Fig. 3.—Caso 1. Infiltrado difuso en banda en dermis superficial con degeneración hidrónica de la basal.

en vértice de 12 × 8 cm, con bordes activos eritematocostrosos y atrofia cutánea central (fig. 1).

Se realizaron determinaciones analíticas generales, estudio hormonal completo, estudio inmunológico que incluyó autoanticuerpos, complemento e inmunocomplejos sin encontrar alteraciones significativas. También se efectuó cultivo microbiológico del exudado y costras de la zona, y sólo se observó crecimiento de *Staphylococcus epidermidis*; el cultivo micológico fue negativo.

Se practicó una biopsia de la zona central de aspecto cicatrizal en la que destacaba la presencia de un infiltrado inflamatorio predominantemente linfocitario, con desaparición de los folículos pilosos y presencia de fibrosis (fig. 2). En otra biopsia del borde del área alopécica se observaron pequeñas pústulas en el estrato córneo, intenso edema dérmico junto a un infiltrado mixto formado fundamentalmente por linfocitos y células plasmáticas, localizado sobre todo en la zona perifollicular. Este infiltrado originaba la presencia de células gigantes a cuerpo extraño alrededor de los mismos (figs. 3 y 4). La inmunofluorescencia directa fue negativa.

Se aplicó tratamiento tópico con corticoides de alta potencia, ácido fusídico y sulfato de cobre, con lo que las lesiones pustulosas, las costras y el eritema remitieron a los pocos meses. La placa de alopecia de aspecto cicatrizal permaneció sin cambios durante las revisiones periódicas efectuadas a la paciente.

Caso 2. Paciente varón de 57 años de edad con alopecia androgenética grado IV, que consultó por presentar, desde hacía aproximadamente 4 años, episodios de lesiones costrosas en cuero cabelludo. No tenía antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración se encontraron grandes costras serohemorrágicas sobre una base eritematosa y erosiva en la que se apreciaba la presencia de alguna

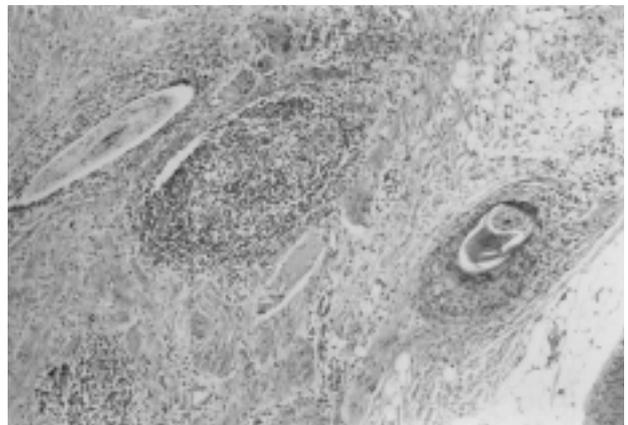


Fig. 4.—Caso 1. A mayor detalle folículo atrófico con infiltrado peri y perifollicular.

pústula en su superficie, localizada en la zona parietal izquierda (fig. 5).

Se realizaron las mismas pruebas diagnósticas que en la paciente anterior y tampoco se encontraron hallazgos significativos, a excepción de *S. aureus* en el cultivo realizado del exudado de las lesiones. En el estudio histológico realizado destacó la presencia de atrofia epidérmica, intensa elastosis, infiltrado linfocitario fundamentalmente perivascular, con algunas células plasmáticas y mastocitos. En el lugar de los folículos pilosos existía fibrosis con muy poca actividad inflamatoria. El estudio de inmunofluorescencia directa fue negativo.

Se pautó tratamiento por vía tópica con corticoides de alta potencia, ácido fusídico y sulfato de cobre, y aunque han desaparecido las costras y la lesión no aumenta de tamaño, en una ocasión se presentó un nuevo episodio de lesiones pustulosas erosivas, menos intenso que el inicial.

DISCUSIÓN

La dermatitis pustulosa erosiva del cuero cabelludo es un proceso poco frecuente que consiste en la presencia de lesiones inflamatorias, erosivas y costrosas e, incluso, pustulosas que acaban desarrollando un área de alopecia cicatrizal. Es más frecuente entre los 60 y 90 años y sólo se han descrito 5 casos en menores de 40 años. La proporción entre mujeres y varones^{3,4} es de 2:1.

Aunque la etiopatogenia de esta enfermedad es desconocida, parece estar clara la implicación de los traumatismos locales en su desarrollo. De los 47 casos publicados en la actualidad, en 35 se hacía referencia a este hecho. En la mayor parte de ellos existían antecedentes de traumatismo accidental, 14 pacientes tenían antecedentes de intervención en el cuero cabelludo (craneotomía, injerto cutáneo, expansores e implante de fibra sintética, crioterapia y radioterapia, aplicación de ácido retinoico y solución irritante) y 9 pacientes habían padecido herpes oftálmico³⁻⁷. También se ha postulado el efecto de la exposición prolongada a la radiación ultravioleta^{5,8}.

A pesar de que la dermatitis pustulosa erosiva del cuero cabelludo se considera un proceso no infeccioso, es frecuente la existencia de una sobreinfección secundaria (aparecida en 18 casos). Los microorganismos aislados con más frecuencia han sido *S. aureus* y *Candida albicans*^{4,5,8,9}.

Los hallazgos histológicos son inespecíficos. La epidermis puede aparecer erosionada, hiperqueratósica o atrófica, y en algunos casos se encuentran pequeñas pústulas subcórneas. En la dermis existe un infiltrado inflamatorio con linfocitos y células plasmáticas, más intenso en los folículos pilosebáceos. En estadios más avanzados este infiltrado acaba destruyendo los folículos y en su lugar

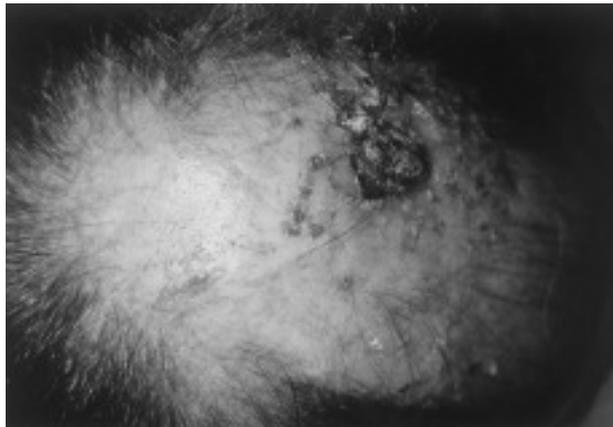


Fig. 5.—Caso 2. Alopecia cicatrizal con área activa de lesiones pustulosas, erosivas y costrosas.

aparecerá un grado mayor o menor de fibrosis, junto a la presencia de células gigantes de cuerpo extraño. En la mayor parte de los casos descritos no se han encontrado hallazgos en la inmunofluorescencia directa^{2,5,10}.

Entre las entidades con las que hay que establecer el diagnóstico diferencial destacan las infecciones bacterianas y micóticas y ciertos procesos autoinmunes como lupus eritematoso discoide, liquen plano, pénfigo y penfigoide cicatrizal. Otros procesos que deben tenerse en cuenta son la dermatitis artefacta, la psoriasis pustulosa, la dermatitis pustulosa subcórnea, el eccema sobreinfectado, el carcinoma epidermoide y el pioderma gangrenoso^{2,3,10}.

La respuesta al tratamiento de la dermatitis pustulosa erosiva del cuero cabelludo es variable. Aunque se han descrito algunos casos en los que se ha observado buena respuesta a sulfato de cinc oral, isotretinoína y dapsona, los mejores resultados se obtienen con la aplicación de corticosteroides tópicos de alta potencia. La terapia antibacteriana y antifúngica no tiene ningún efecto en la evolución del proceso, aunque puede ayudar en los casos en los que exista sobreinfección^{2-4,8,11,12}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jacyk WK. Pustular ulcerative dermatitis of the scalp. Br J Dermatol 1988;118:441-4.
2. Pye RJ, Peachey RDG, Burton JL. Erosive pustular dermatitis of the scalp. Br J Dermatol 1979;100:559-66.
3. Rongioletti F, Delmonte S. Erosive pustular dermatitis of the scalp following cryotherapy and topical tretinoin for actinic keratoses. Clin Exp Dermatol 1999;24:499-500.

4. Bielsa I, Paradelo C, Ribera M, Ferrándiz C. Dermatitis erosiva pustulosa del cuero cabelludo. Descripción de siete casos. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:397-401.
5. Ena P, Lissia M, Doneddu GME, Campus GV. Erosive pustular dermatosis of the scalp in skin grafts: Report of three cases. *Dermatology* 1997;194:80-4.
6. Trueb RM, Krasovec MK. Erosive pustular dermatosis of the scalp following radiation therapy for solar Keratoses. *Br J Dermatol* 1999;141:747-76.
7. Drovin CA, Cloutier RA. Récidive après greffe cutanée d'une dermatose érosive et pustuleuse du cuir chevelu. *Ann Dermatol Venereol* 1999;126:335-8.
8. Grattan CEH, Peachey RD, Boon A. Evidence for a role of local trauma in the pathogenesis of erosive pustular dermatosis of the scalp. *Clin Exp Dermatol* 1988;13:7-10.
9. Parodi A, Ciaccio M, Rebora A. Erosive pustular dermatosis of the scalp. *Int J Dermatol* 1990;29:517-8.
10. Caputo R, Veraldi S. Erosive pustular dermatosis of the scalp. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:96-8.
11. Noé C, Grob JJ, Choux R, Bonerandi JJ. Pustulose érosive du cuir chevelu. Une dermatose pustuleuse spongiforme? *Ann Dermatol Venereol* 1993;120:693-5.
12. Ikeda M, Arata J, Isaka H. Erosive pustular dermatosis of the scalp successfully treated with oral zinc sulphate. *Br J Dermatol* 1982;106:742-3.