

# Pápulas pruriginosas en zonas pilosas

## Itching papules on hairy areas

Olga Gabriela Pérez<sup>1</sup>, María Soledad Villoldo<sup>1</sup>, Roberto Schroh<sup>2</sup>

### Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 57 años, viajante.

Antecedentes personales: eutiroides, con dos nódulos tiroideos en lóbulo derecho, cuyo estudio citológico informó negativo para células atípicas, en tratamiento con 50 µg diarios de levotiroxina.

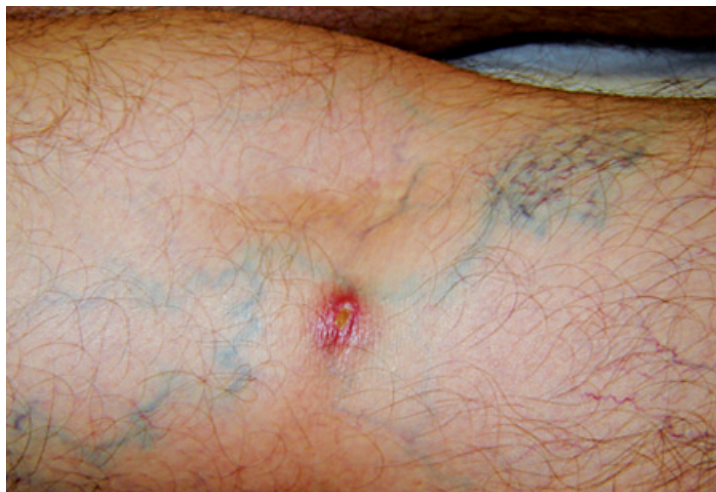
Enfermedad actual: comienza hace 6 meses con intenso prurito en dorso superior y extremidades.

Examen físico: se observan escasas pápulas foliculares eritematosas de 2 a 3 mm (**Foto 1**), algunas con centro umbilicado (**Foto 2**) y otras costroso hemorrágico.

Exámenes complementarios: sin particularidades.

Histopatología: las secciones muestran proceso ulceronecrotico marginal con eliminación de elementos formes de la dermis adventicial (**Fotos 3 y 4**).

Dermatol Argent 2008;14(5):400-402..



**Foto 1.** Pápulas foliculares eritematosas.

Fecha de recepción: 22/4/08 | Fecha de aprobación: 5/6/08

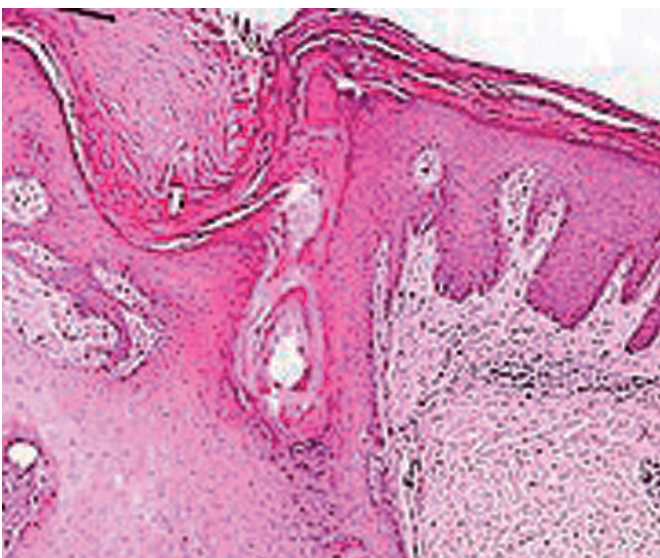
1. Médica dermatóloga.
2. Médico dermatólogo. Docente Autorizado de Patología, Universidad de Buenos Aires. Sanatorio Güemes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Rep. Argentina.

### Correspondencia

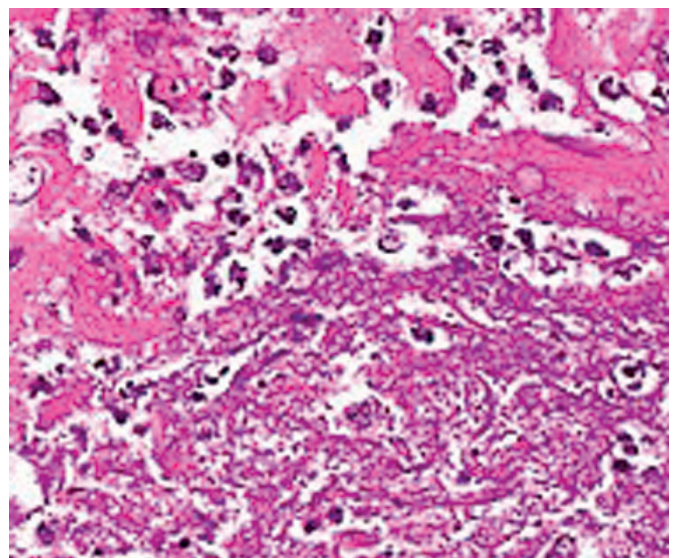
Olga Gabriela Pérez: F. Acuña de Figueroa 1240 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Rep. Argentina.  
Tel: 4- 959-8200 | operez@intramed.net



**Foto 2.** Pápulas eritematosas con depresión central.



**Foto 3.** Infundíbulo folicular dilatado que contiene un tapón queratósico con orto-paraqueratosis, detritus basofílicos y material conectivo alterado (H-E 100 x).



**Foto 4.** Dermis con fibras colágenas y elásticas en proceso de degeneración e infiltrado inflamatorio mixto (H-E 400 x).

## Diagnóstico: foliculitis perforante.

### Comentario

La foliculitis perforante pertenece al grupo de los “desórdenes de eliminación transepidermica” caracterizados por la extrusión de material dérmico alterado a través de los canales epidermicos.<sup>1,2</sup> En este grupo se encuentran otras dermatosis perforantes primarias y adquiridas (**Cuadro 1**).<sup>3</sup>

La dermatosis se caracteriza por la disrupción de la porción infundibular de la pared folicular, con eliminación transepidermica (transfolicular) de detritus celulares y constituyentes del tejido conectivo.

Clínicamente se manifiesta como pápulas foliculares, queratósicas, de asintomáticas a severamente pruriginosas, localizadas en los sitios cubiertos de pelos, más frecuente en extremidades. Las pápulas contienen detritus de queratinas y/o pelo ondulado o sus fragmentos.<sup>2,4</sup>

Histopatológicamente puede observarse un infundíbulo folicular dilatado lleno de detritus necróticos, orto-paraqueratosis y células inflamatorias con cambios degenerativos. La porción infundibular del folículo puede mostrar una o más perforaciones. La dermis exhibe cambios degenerativos o una leve reacción granulomatosa. En el interior de la perforación existen fibras elásticas eosinofílicas y colágeno. A veces se encuentra un pelo incurvado.<sup>5</sup>

Aunque la etiología es desconocida, el hallazgo de un pelo distorsionado, incurvado dentro de un folículo dilatado, o de fragmentos de pelos en la dermis subyacente, sugiere que la disrupción mecánica del epitelio folicular por el pelo podría ser la causa de esta condición. El hecho de que la foliculitis perforante ocurra en superficies sometidas a fricción crónica, sugiere que el trauma es el principal agente causal.<sup>6</sup> El formaldehído, un químico presente en tinturas de la ropa, estaría también involucrado.<sup>3</sup> Otros trabajos hablan del probable rol de la fibronectina, cuya concentración elevada tanto en suero como tisular provocaría un incremento en la migración y proliferación epitelial, culminando en la perforación.<sup>7</sup> Se ha observado un incremento de la actividad degradante de metaloproteinasas presentes en la matriz extracelular. Asimismo se demostró una sobreexpresión del factor de crecimiento transformante- $\beta$ 3, un importante modificador de la activación de metaloproteinasas de la matriz, suceso compartido con otras dermatosis perforantes.<sup>8</sup>

Existen numerosas asociaciones: insuficiencia renal crónica, diabetes, hipertensión, aterosclerosis, acantosis nigricans, psoriasis, hepatitis y colangitis esclerosante.<sup>9,10</sup>

La terapéutica de los “desórdenes de eliminación transepider-

mica” es bastante difícil, ya que la condición presenta mejorías transitorias con rebrotes. Se citan los retinoides tanto tópicos como sistémicos,<sup>3</sup> queratolíticos, corticoides tópicos, antihistamínicos sistémicos y crioterapia.<sup>11</sup> El uso de fototerapia PUVA<sup>3</sup> y más reciente UVB de banda angosta ha demostrado ser beneficioso en los casos extensos.<sup>11,12</sup> En nuestro paciente se indicó ácido retinoico al 0,05% y clobetasol propionato 0,05%, evolucionando con marcada disminución del prurito, y lesiones hiperpigmentadas seculares.

El interés del caso radica en la escasez de lesiones que presentaba nuestro paciente y la ausencia de antecedentes mórbidos ante una patología benigna crónica.

CUADRO 1.<sup>3</sup>

Desórdenes perforantes primarios	Desórdenes perforantes adquiridos
Enfermedad de Kyrle	Dermatosis perforante adquirida (insuficiencia renal con o sin diálisis, diabetes, hepatopatía, hipotiroidismo, etc.)
Foliculitis perforante	
Colagenosis perforante reactiva	
Elastosis perforante serpiginosa	

### Referencias

- Patterson JW. The perforating disorders. *J Am Acad Dermatol* 1984;10: 561-581.
- Mehregan AH, Coskey RJ. Perforating folliculitis. *Arch Dermatol* 1968; 97:394-399.
- Sehgal VN, Jain S, Tapa DM, Bhattacharya SN, et al. Perforating dermatosis: a review and report four cases. *J Dermatol* 1993;20:329-340.
- Smalik AV, Spitalieri C. Foliculitis perforante. *Dermatol Argent* 1995; 76:108-110.
- McKee PH (edit). *Pathology of the skin*. 2nd ed. Chicago, Ill: Mosby-Wolfe; 1996: 6.17.
- Pavlovic MD, Zecevic RD, Stamenkovic M, Stojadinovic O, et al. Trauma-induced perforating folliculitis. *Eur J Dermatol* 2003;13:592.
- Morgan MB, Truitt CA, Taira J, Somach S, et al. Fibronectin and extracellular matrix in the perforating disorders of the skin. *Am J Dermatopathol* 1998;20:147-154.
- Gonul M, Cakmak SK, Gul U, Kilic A, et al. Two cases of acquired perforating dermatosis treated with doxycycline therapy. *Int J Dermatol*. 2006;45:1461-1463.
- Achenbach RE, Schroh RG, Mayor J, Palacios AM. Foliculitis perforante y eritema nudoso atípico en el curso de una hepatitis crónica persistente a virus no A- no B. *Dermatol Argent* 1990;71:134-139.
- Mahajan S, Koranne RV, Sardana K, Mendiratta V, et al. Perforating folliculitis with jaundice in an Indian male: a rare case with sclerosing cholangitis. *Br J Dermatol* 2004;150:614-616.
- Ohe S, Danno K, Sasaki H, Isei T, et al. Treatment of acquired perforating dermatosis with narrowband ultraviolet B. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:892-894.
- Gambichler T, Altmeyer P, Kreuter A. Treatment of acquired perforating dermatosis with narrowband ultraviolet B. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52:363-364.