

Mucinosi s folicular

Gerardo Arellano Sánchez

Amparo Ochoa Bravo

Natalia Velásquez Gómez

Luis Alfonso Correa Londoño

Juan Carlos Wolff Idárraga

Gustavo Acevedo Merino

RESUMEN

Desde 1957 se han descrito pacientes con alopecia localizada, caracterizada en la histopatología por el depósito de mucina dentro de los folículos pilosos (mucinosi s folicular). Presentamos el caso de una niña de siete años con diagnóstico de mucinosi s folicular, quien recibió tratamiento con isotretinoína oral.

Palabras clave: mucinosi s folicular, alopecia mucinosa, isotretinoína

CASO CLÍNICO

Niña de siete años, con brote en mejillas de catorce meses de evolución, había sido tratada con esteroides tópicos y orales, y con queratolíticos, con recidiva después de suspender el tratamiento. En los antecedentes personales se refería síndrome convulsivo e infección urinaria, controlados. No recibía ninguna medicación.

Al examen físico presentaba micropápulas en mejillas, de color piel, algunas eritematosas, foliculares, que confluían formando placas (Figura 1). No se hallaron adenopatías ni visceromegalias.

Gerardo Arellano Sánchez, Residente Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Amparo Ochoa Bravo, Docente Dermatología Pediátrica, Universidad de Antioquia.

Natalia Velásquez Gomez, Docente Dermatología Pediátrica, Universidad de Antioquia.

Luis Alfonso Correa Londoño, Docente Dermatopatología, Universidad de Antioquia.

Juan Carlos Wolff Idárraga, Docente Dermatopatología, Universidad de Antioquia.

Gustavo Acevedo Merino, Dermatólogo, Medellín

Correspondencia: Gerardo Arellano, Hospital San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia. E-mail: artuarellanos@hotmail.com



Figura 1. Micropápulas foliculares color piel y eritematosas con formación de placas

El estudio histopatológico mostraba degeneración reticular del epitelio folicular, rodeado por infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario. La coloración con hierro coloidal fue positiva para mucinas (Figura 2).

Se hizo diagnóstico de mucinosi s folicular y se empezó manejo con isotretinoína oral.

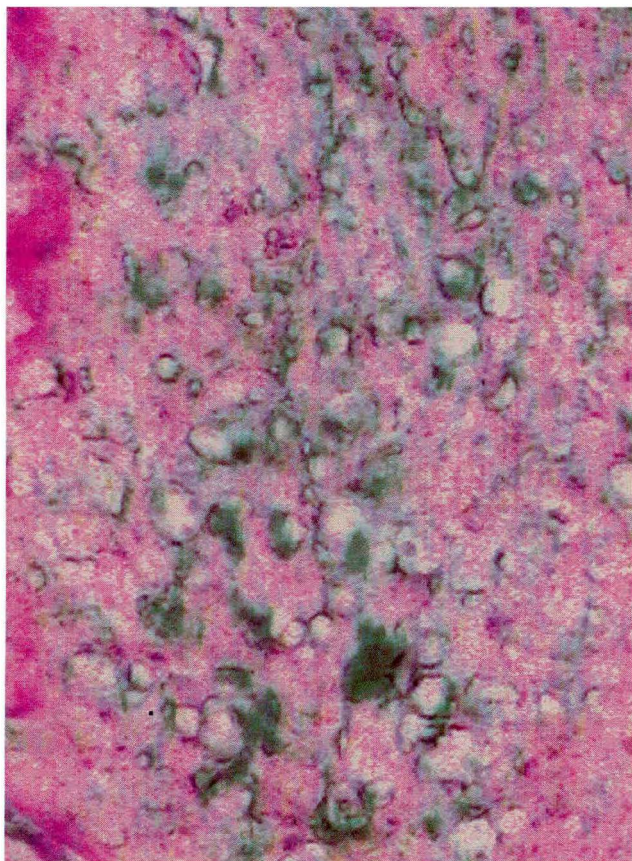


Figura 2 Coloración de hierro coloidal positiva para mucina.

DISCUSIÓN

En 1957 Hermann Pinkus¹ hizo la primera descripción de pacientes con alopecia localizada y con depósito de mucina dentro de los folículos pilosos como característica en la histopatología.² Hay tres variantes clínicas de la enfermedad, donde se incluyen la enfermedad primaria localizada que afecta a menores de 40 años, principalmente la población pediátrica; la enfermedad primaria generalizada que compromete a personas mayores de 40 años; y la secundaria con asociación benigna o maligna que usualmente se presenta entre la 5ª y la 8ª décadas de la vida.

La alopecia mucinosa es una condición rara, más frecuente en hombres, aunque no hay datos precisos de su ocurrencia ni predilección racial.

La alopecia mucinosa se caracteriza por la presencia de pápulas foliculares, placas eritematosas o nódulos con ausencia de pelo. El polimorfismo de las lesiones es un hallazgo común. Las lesiones son más frecuentes en la cabeza y en el tronco, pero también puede afectar las extremidades. La enfermedad, especialmente en los niños, puede involucionar espontáneamente en 2 a 22 meses, pero hay casos que pueden durar hasta 18 años. Algunos autores describen alteraciones en la sensibilidad (disestesias).

La alopecia mucinosa se define en la histopatología por depósitos de mucina en los folículos pilosos y en las glándulas sebáceas, lo que conlleva a una degeneración epitelial. Existe además un infiltrado de linfocitos y eosinófilos alrededor del folículo piloso. La mucina está compuesta por glucosaminoglicanos, especialmente ácido hialurónico. Estudios de microscopía electrónica sugieren que la mucina es producida por los queratinocitos foliculares, quizá en respuesta al infiltrado de células T. La patogénesis exacta es desconocida, aunque se ha considerado el rol de los complejos inmunes circulantes y la inmunidad mediada por células.

La progresión de alopecia mucinosa a micosis fungoide está descrita en adultos y en niños.³ No hay un criterio clínico ni histológico que permita predecir cuáles pacientes desarrollarán micosis fungoide u otro desorden linfoproliferativo.⁴ Es necesario un seguimiento cuidadoso de todos los pacientes y realizar biopsias repetidas, si es necesario, especialmente en casos crónicos.

Los diagnósticos diferenciales incluyen: infecciones bacterianas y micóticas, eczema, dermatitis seborreica, sarcoidosis, lupus eritematoso, liquen espinuloso, pitiriasis rubra pilaris, lepra, pitiriasis alba, queratosis pilaris y micosis fungoide folicular.⁵

No existe una terapia efectiva para la alopecia mucinosa, aunque son varios los tratamientos habitualmente usados. Los tratamientos incluyen corticosteroides tópicos, intralesionales y sistémicos, terapia PUVA tópica y sistémica, retinoides orales, mostaza nitrogenada y radioterapia. Se mencionan también casos aislados tratados con indometacina, dapsona e interferón.

El pronóstico de la alopecia mucinosa depende de la variante clínica.¹ La variante aguda primaria usualmente desaparece en los primeros dos años. La enfermedad crónica primaria puede tardar varios años, y la alopecia mucinosa secundaria tiene el pronóstico menos favorable cuando se asocia con malignidades coexistentes.

Mucinosi follicular

SUMMARY

Patients with localized alopecia, characterized by mucin deposition in hair follicles (follicular mucinosis) and sebaceous glands have been described since 1957. We pre-

sent the case of a 7 year-old girl with diagnosis of follicular mucinosis; she receives oral isotretinoin and is improving.

Key words: follicular mucinosis, alopecia mucinosa, isotretinoin

BIBLIOGRAFÍA

1. Gervaise L. Alopecia mucinosa. www.emedicine.com/derm/topic15.htm
2. Cerroni L. Follicular Mucinosis. Arch Dermatol 2002; 138:182-189.
3. Robin Carder K. Self-healing juvenile cutaneous mucinosis. Ped Dermatol 2003; 20:35-39.
4. Fink-Puches R. Mycosis fungoides and follicular mucinosis. Arch Dermatol 2002; 138:1613-1615.
5. Oliveira V. Infiltrated lesions on a child's face. Ped Dermatol 1999; 16:326-329.