

MUCINOSIS FOLICULAR BENIGNA

*Arroyabe Correa, Sergio
Barrera Arenales, Antonio*

RESUMEN

Es el caso de una paciente de 13 años de edad que desarrolló placas eczematoideas de gran tamaño y muy diseminadas; la histopatología fue compatible con mucinosis folicular. Se publica por ser una presentación clínica inusual en esta edad.

Sergio Arroyabe C. MD Residente II, Dermatología
Antonio Barrera A MD Jefe Departamento de Patología, Jefe Postgrado.
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Universidad Javeriana,
Santafé de Bogotá, D.C.
Trabajo presentado en el XIX Congreso Colombiano de Dermatología. San
Andrés (Islas), Septiembre de 1992

(**Palabras Claves:** Mucinosis folicular, alopecia mucinosa).

INTRODUCCION

La mucinosis folicular (MuF) es de etiología desconocida.

Clínicamente se ha clasificado en:

1. Primaria: MuF benigna aguda
 MuF benigna crónica.
 2. Secundaria: Asociada a linfoma.
- Histopatológicamente se ha clasificado en:

- a. Primaria: - Alopecia mucinosa (benigna)
- MuF urticarioide.

- b. Secundaria, o asociada a enfermedades con depósito de mucina:

Linfoma; Pseudolinfoma; Leucemia cutis; Dermatitis Espongiforme; Lupus eritematoso; Liquen plano hipertrófico; Picaduras de artrópodos; Hiperplasia angioliñoide con eosinofilia; Enfermedad de Hodgkin; Liquen Striatus; Sarcoidosis; Erupciones fotoinducidas; Reticulo endoteliosis familiar.

Se presenta un caso de MuF benigna (primaria).

HISTORIA CLINICA

Paciente femenino, 13 años, natural y residente en Bogotá, estudiante; consultó en Marzo de 1992 al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, por dermatosis no pruriginosa de 2 meses de evolución para la cual se aplicaba esteroide y antimicótico tópicos sin mejoría. No había hallazgos positivos a la revisión de sistemas ni antecedentes. Se observaba una placa infiltrada que ocupaba glabella, cejas (con pérdida del 80% de la derecha y 30% de la izquierda), y dorso nasal. Además presentaba 21 placas más que comprometían orejas y regiones subauriculares, cuello, brazos, muslos y en el tronco, regiones escapulares y lumbares; lesiones no infiltradas, circinadas, con descamación, micropápulas foliculares, eritema; borde neto, elevado y queratósico; con alopecia y los pocos vellos presentes caían fácilmente a la tracción, sin dolor; su tamaño variaba desde numulares hasta 15 por 8 cm. El resto del examen físico fue normal.

Exámenes de Laboratorio: Micológico: 8 días sin tratamiento, directo y cultivo negativos de lesiones de brazo y muslo.

Bacteriológico: Lesiones brazo y muslo: estafilococo epidermidis.

Faringe: estreptococo alfa-hemolítico.

Cuadro hemático, V.S.G. y parcial de orina: en límites normales Antiestreptolisina "O": 833 U. Toad (U.N.: hasta 250).

Histopatología: La microscopía de luz reveló un proceso esencialmente folicular, positivo al PAS; dentro del folículo un moderado infiltrado linfocitario a su alrededor.

Tratamiento: Con los datos anteriores se hizo un diagnóstico de MuF benigna, posiblemente crónica por su gran extensión y se formuló penicilina procainica 800.000 U., IM, 1 vez al día por 8 días, seguidos de penicilina benzatinica 1'200.000 U., IM, cada 20 días y 17-propionato de clobetasol tópico, 2 veces al día en lesiones de rostro y cuello.

A los 20 días se observó una mejoría similar en todas las placas.

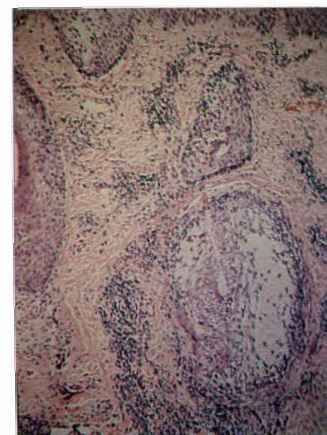
COMENTARIOS

En 1957 Pinkus publicó los primeros casos con el nombre de alopecia mucinosa y anotó que las alteraciones se hallaban en la glándula sebácea, donde las células suspendían su usual lipidización y se tornaban estrelladas o separadas y redondeadas por el edema y luego se desintegraban; lo propio ocurría en la vaina radicular externa del pelo; estas estructuras se convertían en sacos edematosos que recordaban tejidos mixodermatosos, espacios quísticos. El bulbo piloso conservaba un aspecto más o menos normal y el infundíbulo estaba menos afectado; en la luz folicular podía verse un tapón de queratina y material amorfo. Más tarde, en el microscopio electrónico se observó en las células de la vaina radicular externa, un retículo endoplásmico rugoso prominente, con material fila-

mentoso granular, que pasaba a los espacios intercelulares, lo que indica que la mucina se produce en ellos.

En reportes de seguimiento de casos se han tenido en cuenta algunos criterios para diferenciarla de la MuF asociada a linfoma (secundaria): Microscópicos: mucina folicular abundante, porcentaje de eosinófilos, grado de infiltrado perianaxial e infiltrado en banda. Clínicos: edad menor de 30 años; antes era de 40, pero incluso ya se han reportado 2 casos asociados con enfermedad de Hodgkin a los 16 años; compromiso de cabeza y cuello, hoy también revaluado. Pero ahora sabemos que es indispensable un seguimiento clínico prolongado y en ocasiones biopsias seriadas para diagnosticar la totalidad de los pacientes con MuF asociada a linfoma.

No está claro si la MuF se pueda transformar a linfoma en algunas ocasiones o si más bien es que la MuF se pueda presentar en sus primeros estadios, algunas veces, como una



entidad indistinguible de la MuF benigna; quizás esto último sea lo más probable.

Sólo Borda et al. han publicado casos en los que se asoció la queratosis pilar estafilógena con MuF, lo cual no se ha podido confirmar con la microscopía electrónica.

En nuestra práctica vemos pacientes con MuF primaria con alguna frecuencia (1 caso cada 2 meses en promedio), los cuales presentan lesiones de pequeño tamaño, poca cantidad y sin aspecto eccematoide. En este caso había placas eccematoides de gran tamaño y cantidad, agrupadas alrededor del cuello, hombros y pelvis; y otra en la frente con la alopecia característica. Existía estafilococo epidermidis en lesiones de brazo y muslo.

El tratamiento antibiótico, asociado o no a esteroides tópicos, mostró ser beneficioso.

SUMMARY

We present a case of a 13 year old patient who presents eccematoid plaques of considerable size, very disseminated; the hispathology reports follicular mucinosis.

Is is published be cause of the unusual clinical presentation at this age.

BIBLIOGRAFIA

- Pinkus H. Alopecia mucinosa. Arch Dermatol 1957; 76: 419.
- Lever WF, Schamburg Lever G. Inflammatory diseases of the epidermal appendages ad of cartilage. In Histopathology of the skin, 6th Ed Philadelphia, JB Lippincott, 1983; 205.
- Plotnick H, Abbrech M. Alopecia mucinosa and Lymphoma. Arch Dermatol 1965; 92: 137.
- Trueb R, Bruckner-Tuderman L. Generalisierte mucinosis follicularis idiopathica. Hautarzt 1990; 41(11): 625-7.