

ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesiones foliculares en el área de la barba

Follicular Lesions of the Beard Area

Historia clínica

Varón de 62 años de edad, con antecedentes personales de poliposis intestinal, que consultó por lesiones pruriginosas de 6 días de evolución en la mejilla izquierda. Las lesiones progresaron y aparecieron también en la mejilla contralateral y en el cuello asociando fiebre de 38 °C. Había realizado tratamiento, sin mejoría, con prednicartrato crema al 0,25% durante 3 días. No refería episodios previos similares.

Exploración física

En la exploración dermatológica se observaban pápulas foliculares eritematosas de aproximadamente 3 mm de diámetro con una zona central erosivocostrosa que se distribuían individualmente o agrupadas por el área de la barba (fig. 1). Se evidenciaba también la presencia de algunas vesículas intactas (fig. 2).

Histopatología

Se realizó estudio histológico de una de las lesiones que puso de manifiesto una lesión vesiculosa intraepidérmica con



Figura 1

presencia de células grandes agrupadas, con moldeamiento nuclear, pérdida de la relación núcleo/citoplasma y presencia de inclusiones virales nucleares en vidrio deslustrado. Además se observaba una inflamación mixta de predominio linfocitario en la dermis y en el folículo piloso adyacente, en el cual se apreciaban queratinocitos necróticos (fig. 3A).

Otras pruebas complementarias

Los estudios de laboratorio, que incluían hemograma y bioquímica completa fueron normales.



Figura 2

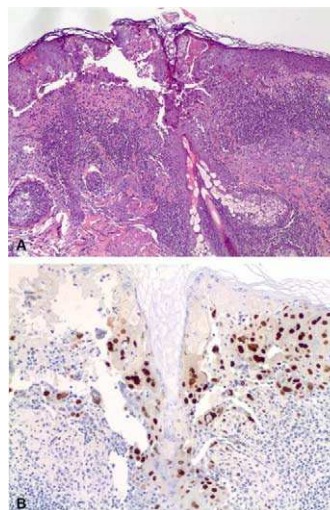


Figura 3 (A) Hematoxilina-eosina x4. (B) Inmunohistoquímica x10.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Basándonos en los hallazgos clínicos e histopatológicos, se estableció el diagnóstico de foliculitis herpética.

Evolución y tratamiento

Se realizó también un estudio inmunohistoquímico que fue positivo para virus herpes simple de tipo 1 (fig. 3B).

Mediante tratamiento con aciclovir oral (200 mg 5 veces al día) y la aplicación de solución acuosa astringente de sulfato de zinc al 1:1.000 durante 5 días el paciente experimentó una resolución completa de las lesiones.

Comentario

La foliculitis herpética es una manifestación infrecuente de la infección por virus herpes (VHS-1, VHS-2 y VVZ), siendo pocos los casos notificados en la literatura. Se puede tratar de una entidad infradiagnosticada debido a la tendencia natural de las lesiones a la resolución en menos de 2 semanas¹. En 1972 Izumi et al introdujeron el término de sicosis herpética para designar la foliculitis por virus del herpes simple que afectaba al área de la barba². Este cuadro se caracteriza por el rápido desarrollo de lesiones papulovesiculares precedidas por quemazón o prurito en pacientes con antecedentes de herpes simple facial y afeitado con maquinillas manuales, que no respondan a tratamiento con antifúngicos o antibacterianos¹⁻³. Se han descrito formas extensas y necrotizantes en pacientes inmunodeprimidos o en el contexto de primoinfección herpética^{1,4}. En la histología los cambios más frecuentes son un infiltrado linfocitario denso intra y perianexial junto con extravasación eritrocitaria. En la epidermis se encontrarán cambios citopáticos tales como fenómenos de balonización, células gigantes multinucleadas y queratinocitos necróticos^{3,5}. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y puede apoyarse en la correlación histopatológica, en técnicas de inmunohistoquímica o en la reacción en cadena de la polimerasa para una correcta identificación del subtipo viral^{5,6}. El diagnóstico diferencial se debe establecer sobre todo con foliculitis bacterianas y fúngicas, demodicidosis, picaduras de insectos o foliculitis eosinofílica^{1,3,4}. El tratamiento de elección es

aciclovir 200 mg 5 veces al día durante 5 días o valaciclovir 500 mg 2 veces al día durante 5 días^{1,6}. Es importante conocer esta forma infrecuente de presentación de la infección por virus herpes y mantener un alto grado de sospecha en pacientes con factores de riesgo y lesiones foliculares vesiculosas de presentación aguda en el área de la barba.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Weinberg JM, Mysliwiec A, Turiansky GW, Redfield R, James WD. Viral Folliculitis. Atypical presentations of herpes simplex, herpes zoster and molluscum contagiosum. Arch Dermatol. 1997;133:983-6.
- Izumi AK, Kim R, Arnold Jr H. Herpetic sycosis. Report of two cases. Arch Dermatology. 1972;106:372-4.
- Jang KA, Kim SH, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Viral folliculitis on the face. Br J Dermatol. 2000;142:555-9.
- Campanelli A, Marazza G, Stucki L, Abraham S, Prins C, Kaya G, et al. Fulminant Herpetic Sycosis: Atypical Presentation of Primary Herpetic Infection. Dermatology. 2004;208:284-6.
- Böer A, Herder N, Winter K, Falk T. Herpes folliculitis: clinical, histopathological, and molecular pathologic observations. Br J Dermatol. 2006;154:743-6.
- Foti C, Filotico R, Calvario A, Conserva A, Antelmi A, Angelini G. Relapsing herpes simplex-2 folliculitis in the beard area. Eur J Dermatol. 2004;14:421-3.

F. Moreno-Suárez Crespo^{a,*}, R. Barabash^a, J. Bernabeu-Wittel^a, Á. Pulpillo^a, R. Cabrera^b y J. Conejo-Mir^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fatimacordoba@hotmail.com (F. Moreno-Suárez Crespo).

Disponible en Internet el 19 de febrero de 2011