

CASO CLÍNICO

Una alopecia que deja huella: a propósito de un caso de foliculitis decalvante



Alopecia that Leaves its Mark: A Case of Folliculitis Decalvans

 **César Emiliano Jiménez Limón**
Universidad Autónoma de Aguascalientes, México
cesar4722@hotmail.com

 **Aurelio Alejandro Ramírez Delgadillo**
Universidad Autónoma de Aguascalientes, México
alejandro23@outlook.com

Lux Médica

vol. 21, núm. 62, 2026
Universidad Autónoma de Aguascalientes, México
ISSN-E: 2007-8714
Periodicidad: Cuatrimestral
revistaluxmedica@edu.uaa.mx

Recepción: 29 agosto 2025
Aprobación: 12 febrero 2026

URL: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/486/4865616001/>

Resumen: La foliculitis decalvante (FD) es una alopecia cicatricial primaria de origen neutrofílico, caracterizada por una inflamación crónica del cuero cabelludo que ocasiona la destrucción permanente del folículo piloso y su reemplazo por tejido fibroso. Clínicamente, se manifiesta como una placa alopecica central cicatricial con pústulas periféricas activas, con localización predominante en vértice y región parietal. Su prevalencia se estima entre 9 y 11.2% de todas las alopecias cicatriciales, afectando principalmente a varones jóvenes entre los 20 y 40 años. Aunque su patogénesis exacta permanece incierta, se ha propuesto un origen multifactorial con participación de una respuesta inmune alterada frente a *Staphylococcus aureus* y otras bacterias, lo que desencadena una inflamación crónica sostenida que culmina en alopecia irreversible. El diagnóstico se fundamenta en los hallazgos clínicos, dermatoscópicos (como el signo de pelos en penacho) y se confirma mediante biopsia del cuero cabelludo. El tratamiento continúa siendo un reto, sin un esquema estandarizado; sin embargo, se han propuesto antibióticos, corticoesteroides y, más recientemente, agentes biológicos como adalimumab con resultados prometedores. Se presenta el caso clínico de un adolescente de 16 años con lesiones compatibles con FD, destacando aspectos como la epidemiología, fisiopatología, presentación clínica, diagnóstico y tratamiento de esta entidad dermatológica poco común.

Palabras clave: Foliculitis decalvante, Alopecia cicatricial, Inflamación crónica, Piodermias, Cuero cabelludo.

Abstract: Folliculitis decalvans (FD) is a primary scarring alopecia of neutrophilic origin, characterized by chronic inflammation of the scalp that leads to permanent destruction

Notas de autor

cesar4722@hotmail.com

of the hair follicle and its replacement by fibrous tissue. Clinically, it manifests as a central scarring alopecia plaque with active peripheral pustules, predominantly located on the vertex and parietal region. Its prevalence is estimated at 9% to 11.2% of all scarring alopecias, primarily affecting young men between 20 and 40 years of age. Although its exact pathogenesis remains uncertain, a multifactorial origin has been proposed, involving an altered immune response to *Staphylococcus aureus* and other bacteria, triggering sustained chronic inflammation that culminates in irreversible alopecia. The diagnosis is based on clinical and dermoscopic findings (such as the tufted hair sign) and is confirmed by scalp biopsy. Treatment remains challenging, with no standardized regimen; however, antibiotics, corticosteroids, and, more recently, biologic agents such as adalimumab have been proposed with promising results. We present the clinical case of a 16-year-old adolescent with lesions consistent with FD, highlighting aspects such as epidemiology, pathophysiology, clinical presentation, diagnosis, and treatment of this rare dermatological entity.

Keywords: Folliculitis decalvans, Cicatricial alopecia, Chronic inflammation, Pyoderma, Scalp.

PREVIEW VERSION

Resumen

La foliculitis decalvante (FD) es una alopecia cicatricial primaria de origen neutrofílico, caracterizada por una inflamación crónica del cuero cabelludo que ocasiona la destrucción permanente del folículo piloso y su reemplazo por tejido fibroso. Clínicamente, se manifiesta como una placa alopécica central cicatricial con pústulas periféricas activas, con localización predominante en vértice y región parietal. Su prevalencia se estima entre 9 y 11.2% de todas las alopecias cicatriciales, afectando principalmente a varones jóvenes entre los 20 y 40 años. Aunque su patogénesis exacta permanece incierta, se ha propuesto un origen multifactorial con participación de una respuesta inmune alterada frente a *Staphylococcus aureus* y otras bacterias, lo que desencadena una inflamación crónica sostenida que culmina en alopecia irreversible. El diagnóstico se fundamenta en los hallazgos clínicos, dermatoscópicos (como el signo de pelos en penacho) y se confirma mediante biopsia del cuero cabelludo. El tratamiento continúa siendo un reto, sin un esquema estandarizado; sin embargo, se han propuesto antibióticos, corticoesteroides y, más recientemente, agentes biológicos como adalimumab con resultados prometedores. Se presenta el caso clínico de un adolescente de 16 años con lesiones compatibles con FD, destacando aspectos como la epidemiología, fisiopatología, presentación clínica, diagnóstico y tratamiento de esta entidad dermatológica poco común.

Palabras clave: Foliculitis decalvante, Alopecia cicatricial, Inflamación crónica, Piodermias, Cuero cabelludo.

Introducción

El término de alopecia cicatricial hace alusión a un daño ocasionado directamente en el folículo piloso que tiene como consecuencia la destrucción y el reemplazo del complejo pilosebáceo por tejido fibroso correspondiente a un proceso inflamatorio crónico con cicatrización¹.

La foliculitis decalvante (FD) es una patología inusual perteneciente a las alopecias cicatriciales primarias neutrofílicas definida como una enfermedad inflamatoria crónica del cuero cabelludo caracterizada por una placa alopécica cicatrizal central con presencia de pústulas de localización periférica, con localización predominante en vértices y región temporoparietal de la piel cabelluda que la distingue de los demás tipos de alopecias².

Se estima una prevalencia de entre 9 a 11.2% de todas las alopecias cicatriciales primarias, afecta con mayor frecuencia a adultos jóvenes de entre 20-40 años del sexo masculino^{3,4}.

Si bien la patogénesis no ha sido esclarecida con exactitud, se cree que tiene un origen multifactorial en donde se han implicado dos componentes principales: una respuesta inmunitaria alterada contra *Staphylococcus aureus* y una incompetencia de la inmunidad en el reconocimiento de superantígenos y/o citotoxinas que son expresadas por distintos microorganismos para posteriormente ser reconocidos por el complejo mayor de histocompatibilidad II (MHCII). Estos mecanismos desencadenan una inflamación crónica sostenida que contribuye a la destrucción de las células pluripotenciales foliculares y su reemplazo por tejido fibroso, ocasionando una pérdida permanente del folículo y subsecuente a esto la formación de la zona de alopecia característica de dicha enfermedad dermatológica^{3,5}.

La sospecha diagnóstica de esta patología es predominantemente clínica a partir de las lesiones presentadas por el paciente, la evolución, así como los hallazgos obtenidos a través de la tricoscopia en donde se encuentra el signo de pelos en penacho y el diagnóstico es confirmado por medio de biopsia de cuero cabelludo. Debido al desconocimiento exacto de la patogénesis y etiología de la misma, no existe un tratamiento estandarizado, pero sí existiendo diversas implementaciones terapéuticas que cuentan con éxito variable como la terapia con adalimumab, constituyendo de esa forma un reto terapéutico en el área de la dermatología clínica actual⁶.

Se documenta el caso de un masculino de 16 años con lesiones compatibles con foliculitis decalvante, abordando aspectos como la definición, epidemiología, fisiopatología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento de dicha patología.

Objetivo

Describir un caso de FD en un paciente adolescente diagnosticado mediante correlación clínica y tricoscópica y resumir consideraciones diagnósticas y terapéuticas relevantes.

Presentación del caso clínico

Masculino de 16 años que acude a consulta por presentar lesiones pustuloeritematosas múltiples en el cuero cabelludo acompañadas de dolor y prurito, que evolucionaron a placas alopécicas de bordes irregulares con lesiones activas localizadas en la región parietoccipital de un año de evolución con respuesta desfavorable a tratamiento tópico previo a base de antibióticos y corticoesteroides.

Resultados

A la exploración física se observaron múltiples placas alopécicas cicatriciales difusas con bordes irregulares, eritema y pústulas, algunas con costras (Figura 1). La tricoscopia mostró el signo de pelos en penacho, eritema perifolicular y descamación blanco-amarillenta (Figuras 2 y 3), hallazgos altamente compatibles con FD.

Con base en la clínica, evolución y los hallazgos dermatoscópicos se logra establecer el diagnóstico de dicha enfermedad. Se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 8 semanas, asociado a clobetasol propionato 0.05% aplicado una vez al día en las zonas activas. A las cuatro semanas de seguimiento se observó disminución del eritema perifolicular y reducción significativa de la actividad inflamatoria, con estabilización de la progresión al término del esquema antibiótico.



Figura 1

Placa alopécica eritematoescamosa de bordes irregulares acompañada de pústulas con costras melicéricas con disposición parietoccipital

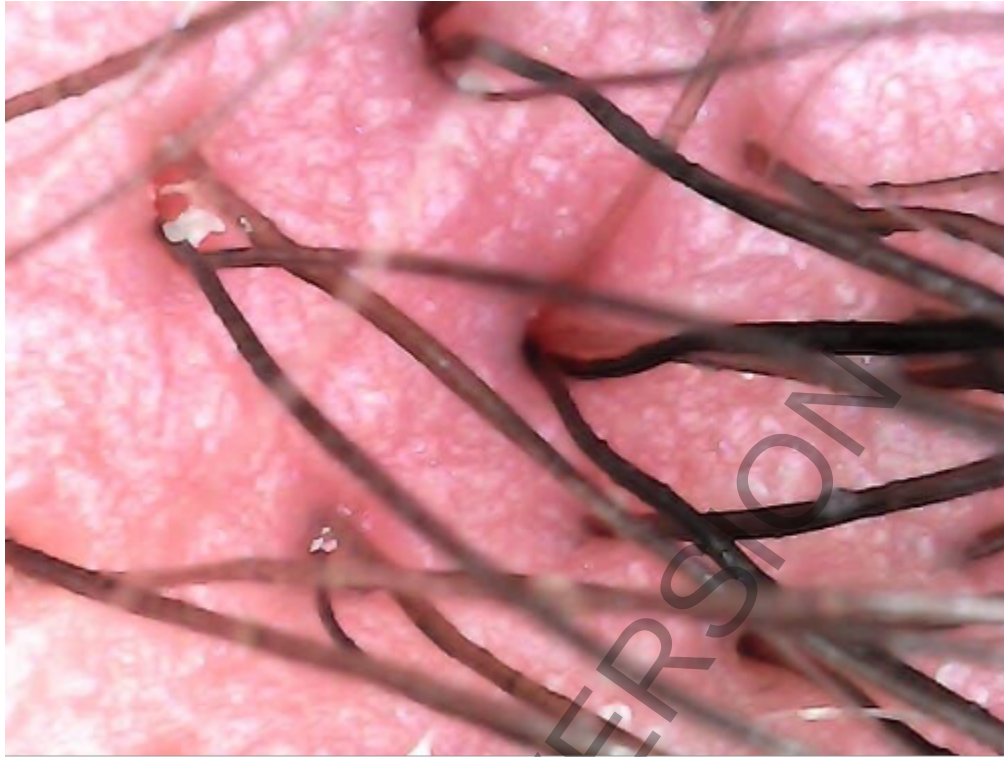


Figura 2

Hallazgos a la tricoscopia: se observa signo de penacho en donde emergen varios pelos de un solo orificio folicular, acompañado de eritema folicular y descamación blanca-amarillenta



Figura 3

Hallazgos a la tricoscopia: se observa signo de penacho en donde emergen varios pelos de un solo orificio folicular, acompañado de eritema folicular y descamación blanca-amarillenta

Discusión

La foliculitis decalvante es considerada como una alopecia cicatricial neutrofilica crónica poco frecuente, cuya prevalencia representa 9-11.2% de todas las alopecias cicatriciales primarias. Aunque se reporta con mayor frecuencia en varones adultos jóvenes, puede presentarse fuera del grupo etario clásico, por ello, el reconocimiento en adolescentes evita retrasos diagnósticos y, potencialmente, progresión cicatricial. Asimismo, la incidencia de la enfermedad puede ser mayor en hombres^{3,4}.

La patogénesis de la enfermedad sigue considerándose un enigma debido a que no es conocida con exactitud, se ha propuesto un origen multifactorial en donde se han visto implicados dos componentes principales: 1) una respuesta inmunitaria deficiente contra el *S. aureus*, 2) inmunidad incompetente en el reconocimiento de superantígenos y/o citotoxinas que están presentes en distintos

microorganismos a través del reconocimiento de por el complejo mayor de histocompatibilidad II (MHCII). Ambos factores tienen como confluencia final la destrucción de células madre en el folículo piloso, determinando un depósito de tejido fibrótico en el mismo con la pérdida total y permanente del folículo piloso generando una placa alopecica que distingue a esta enfermedad⁵.

Se ha identificado el *S. aureus* en 32.5% de los casos, sin embargo, también se han aislado otras bacterias como *Cutibacterium* sp., *Bacteroides* sp., *Dysgonomas* sp., *Alistipes* sp., *Soleaferrea* sp., *Fusobacterium* sp., *Desulfovibrio* sp., *Klebsiella* sp. y *Enterobacteriaceae* no especificada. Los patrones de susceptibilidad antimicrobiana apoyan la hipótesis de una respuesta inmunológica deficiente del huésped⁵.

Clínicamente se incluyen lesiones eritematoescamosas con la presencia de pústulas en los folículos que se acompañan de una sensación de prurito y dolor, las cuales son localizadas en mayor parte en la región occipital y el vértice de la piel cabelluda. Éstas posteriormente evolucionan a una placa alopecica cicatricial de aspecto irregular y atrófica, además de acompañarse o no de pústulas activas en la periferia, en las cuales el material de la lesión puede drenar y secarse para dar origen a costras melicéricas^{1,3}.

El diagnóstico presuntivo de la enfermedad tiene una base principal en la clínica y el patrón evolutivo, así como los hallazgos obtenidos tras la tricoscopia, con confirmación diagnóstica a través de una biopsia folicular. Aunque la biopsia cutánea constituye el estándar de oro para la confirmación diagnóstica, en el presente caso el diagnóstico se estableció con base en los hallazgos clínicos y tricoscópicos característicos. Diversos estudios han demostrado una alta correlación entre los hallazgos tricoscópicos y los cambios histopatológicos en esta entidad^{5,6}.

En la actualidad, no ha logrado establecerse un tratamiento específico para esta entidad nosológica, sin embargo, a lo largo de la historia se han propuesto distintas terapias farmacológicas a base de antibióticos sistémicos, tópicos y el uso de corticoides de la misma presentación que la antibioticoterapia. Actualmente, el uso de terapia dual de isotretinoína en combinación con dapsona ha sido una terapia propuesta para esta patología, sin embargo, en la actualidad existe muy poca evidencia documentada en la literatura sobre sus resultados. Si bien hasta la fecha la terapia con alta tasa de éxito no se ha descubierto hasta el momento, se le puede ofrecer al paciente distintas alternativas terapéuticas, así como con los reportes de tratamientos recientes con evolución favorable de FD como el uso de adalimumab, por lo tanto, esta patología representa un reto terapéutico en el área de dermatología clínica actual^{6,7,8}.

Dentro de los principales diagnósticos diferenciales de las alopecias cicatriciales neutrofilicas deben considerarse la celulitis disecante del cuero cabelludo y el acné queiloideo de la nuca. La celulitis disecante suele presentarse con nódulos inflamatorios profundos, abscesos y trayectos fistulosos, mientras que el acné queiloideo predomina en la región occipital con pápulas y placas queiloideas firmes. La ausencia de trayectos fistulosos, así como la presencia del signo de pelos en penacho y pústulas foliculares superficiales, orientaron el diagnóstico hacia foliculitis decalvante en este paciente⁹.

Es importante recalcar que tiene un gran peso la identificación temprana de los signos clínicos característicos, así como el seguimiento estrecho y abordaje multidisciplinario para evitar la progresión del daño folicular irreversible^{9,10,11}.

Conclusión

La foliculitis decalvante representa un desafío terapéutico en donde la detección temprana de la afección juega un papel crucial debido a que un diagnóstico y tratamiento oportuno evita la progresión de este tipo de alopecia cicatricial, así como los signos, síntomas y complicaciones que esta patología supone, para lograr de esa forma una mejora en la calidad de vida de los pacientes, así como en el pronóstico de esta entidad dermatológica.

En el caso presentado se demuestra la importancia de una intervención terapéutica que contemple tanto el control infeccioso como la modulación inmunológica para prevenir mayor daño cicatricial.

Es crucial que tanto los médicos en formación como ya formados tengan una noción clara y amplia de este tipo de condiciones médicas poco comunes para estar actualizados en el correcto abordaje y opciones terapéuticas individualizando al paciente para garantizar la mejor de las evoluciones posibles para esta enfermedad.

Aspectos éticos

El paciente otorgó su consentimiento para la publicación del presente caso clínico, asegurando el respeto a su confidencialidad y anonimato. Se garantizó en todo momento la protección de la identidad del paciente conforme a los principios de confidencialidad médica. Este reporte fue elaborado conforme a los principios de la bioética médica.

Referencias

1. Aguilera F, Arias O, Bustamante C, Guglielmetti A. Folliculitis decalvante: caso clínico y revisión de la literatura. *Bol Hosp Viña del Mar*. 2017;73(2):57-61
2. Filbrandt R, Rufaut N, Jones L, Sinclair R. Primary cicatricial alopecia: diagnosis and treatment. *CMAJ*. 2013;185(18):1579-85. doi:10.1503/cmaj.111570
3. Whiting DA. Cicatricial alopecia: clinico-pathological findings and treatment. *Clin Dermatol*. 2001;19(2):211-25. doi:10.1016/S0738-081X(00)00132-2
4. Otberg N, Kang H, Alzolibani AA, Shapiro J. Folliculitis decalvans. *Dermatol Ther*. 2008;21(4):238-44. doi:10.1111/j.1529-8019.2008.00204.x
5. Chandrawansa PH, Giam YC. Folliculitis decalvans: a retrospective study in a tertiary referred centre, over five years. *Singapore Med J*. 2003;44(2):84-87. PMID:14503782
6. Vañó-Galván S, Molina-Ruiz AM, Fernández-Crehuet P, et al. Folliculitis decalvans: a multicentre review of 82 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(9):1750-1757. doi:10.1111/jdv.12993
7. Tietze JK, Heppt MV, von Preußen A, et al. Oral isotretinoin as the most effective treatment in folliculitis decalvans: a retrospective comparison of different treatment regimens in 28 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(9):1816-1821. doi:10.1111/jdv.13052
8. Fernández-Crehuet P, Vañó-Galván S, Molina-Ruiz AM, et al. Trichoscopic features of folliculitis decalvans: results in 58 patients. *Int J Trichology*. 2017;9(3):140-141. doi:10.4103/ijt.ijt_85_16
9. Bunagan MJK, Banka N, Shapiro J. Retrospective review of folliculitis decalvans in 23 patients with course and treatment analysis of long-standing cases. *J Cutan Med Surg*. 2015;19(1):45-49. doi:10.2310/7750.2014.13218
10. Rambhia PH, Conic RZ, Murad A, et al. Updates in therapeutics for folliculitis decalvans: a systematic review with evidence-based analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(3):794-801.e1. doi:10.1016/j.jaad.2018.07.050
11. Alhameedy M, Alsantali A. Therapy-recalcitrant folliculitis decalvans controlled successfully with adalimumab. *Int J Trichology*. 2019;11(6):241-243. doi:10.4103/ijt.ijt_43_19

PREVIEW VERSION

AmeliCA

Disponible en:

<https://portal.amelica.org/amei/amei/journal/486/4865616001/4865616001.pdf>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en portal.amelica.org

AmeliCA
Ciencia Abierta para el Bien Común

César Emiliano Jiménez Limón,
Aurelio Alejandro Ramírez Delgadillo

Una alopecia que deja huella: a propósito de un caso de foliculitis decalvante

Alopecia that Leaves its Mark: A Case of Folliculitis Decalvans

Lux Médica

vol. 21, núm. 62, 2026

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México
revistaluxmedica@edu.uaa.mx

ISSN-E: 2007-8714