

6. Korzets Z, Plotkin E, Bernheim J, Zissin R. The clinical spectrum of acute renal infarction. *Isr Med Assoc J*. 2002;4:781-4.
7. Lessman RK, Johnson SR, Coburn JW, Kaufman JJ. Renal artery embolism: Clinical features and long-term follow-up of 17 cases. *Ann Intern Med*. 1978;89:477-82.
8. Hazanov N, Somin M, Attali M, Beilinson N, Thaler M, Mouallem M, et al. Acute renal embolism. Forty-four cases of renal infarction in patients with atrial fibrillation. *Medicine*. 2004;83:292-9.
9. Paris B, Bobrie G, Rossignol P, Le Coz S, Chedid A, Plouin P-F. Blood pressure and renal outcomes in patients with kidney infarction and hypertension. *J Hypertens*. 2006;24:1649-54.
10. Blum U, Billmann P, Krause T, Gabelmann A, Keller E, Moser E, et al. Effect of local low-dose thrombolysis on clinical outcome in acute embolic renal artery occlusion. *Radiology*. 1993;189:549-54.

Marco Zelada Rodríguez^{a,*}, Gloria Izquierdo Zamarriego^a,
Luis Albeniz Aguiriano^b e Isidoro Ruipérez Cantera^a

^a Servicio de Geriátría, Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marco_ger72@hotmail.com

(M. Zelada Rodríguez).

doi:10.1016/j.regg.2009.10.007

Dermatitis erosiva y pustulosa del cuero cabelludo

Erosive pustular dermatosis of the scalp

Sr. Editor:

La dermatitis erosiva y pustulosa del cuero cabelludo (DEPCC) es un trastorno poco frecuente que ocurre en pacientes ancianos y que se caracteriza por pústulas, erosiones y costras que dan lugar a una alopecia cicatricial. Su etiología es desconocida, aunque se relaciona con traumas previos en cuero cabelludo^{1,2}. Presentamos 2 casos de DEPCC en una mujer tras tratamiento quirúrgico de queratosis actínica bowenoide y en un varón después de tratamiento con imiquimod.

Caso n.º 1

Mujer de 79 años de edad con antecedentes personales de tiña capitis por *Microsporum gypseum* en el 2004, con excelente respuesta a tratamiento antifúngico oral. En mayo del 2007 fue intervenida de queratosis actínica bowenoide y cierre del defecto mediante injerto dermoepidérmico con informe anatomopatológico que confirma el diagnóstico clínico y los límites quirúrgicos que están libres de lesión. A los 4 meses de la intervención, comienzan a aparecer en la piel de alrededor del injerto lesiones pustulosas que se erosionan con facilidad y dejan costras adherentes. Se realiza cultivo micológico, que es negativo, y se inicia tratamiento con antibióticos tópicos sin respuesta. Ante la sospecha de DEPCC, se pauta tratamiento con pomada de propionato de clobetasol con muy buena respuesta a las 2 semanas. En los meses siguientes se producen recidivas ocasionales que se controlan bien con champú de propionato de clobetasol al 0,1%, una o 2 veces en semana.

Caso n.º 2

Varón de 75 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica y en seguimiento en nuestra consulta por queratosis actínicas en cara y cuero cabelludo, tratadas en múltiples ocasiones con aplicación de ácido tricloroacético. Finalmente, decidimos pautar tratamiento con imiquimod 3 días a la semana, durante 2 meses. Tras una respuesta inflamatoria intensa en el primer mes, que incluso obliga al paciente a suprimir temporalmente el tratamiento, las lesiones desaparecen completamente. Dos meses después, consulta de nuevo por la aparición de lesiones costrosas que se desprenden con facilidad y dejan erosiones superficiales localizadas en ambas regiones parietales,

coincidiendo con la zona en donde había aplicado el imiquimod (fig. 1A). Con la sospecha clínica de DEPCC, iniciamos tratamiento con pimecrolimus crema con excelente respuesta clínica a las 4 semanas (fig. 1B)

Discusión

La dermatitis erosiva pustulosa del cuero cabelludo fue descrita por Pie et al³ en 1979 y, desde entonces, se han publicado unos 50 casos en la literatura de habla inglesa. Se manifiesta con costras que se desprenden con facilidad y pústulas más o menos íntegras que, en su evolución, dejan áreas de alopecia cicatricial. Aunque su etiología permanece desconocida, se cree que traumas previos podrían actuar como factores desencadenantes. Ejemplo de ello son los casos publicados en relación con cirugía previa de tumores cutáneos⁴⁻⁶, radioterapia, electrocoagulación y otros procesos locales como aplicación de 5-flúoruracilo o ácido tricloroacético, e incluso imiquimod, para tratamiento de queratosis actínicas, siempre sobre una piel con un daño actínico importante⁷. En nuestros pacientes, el trauma previo del injerto cutáneo y la aplicación del imiquimod coinciden con la literatura.

El diagnóstico diferencial es amplio, incluyendo procesos infecciosos, procesos tumorales como carcinoma espinocelular y queratosis actínica o incluso enfermedades ampollasas, como el pénfigo vulgar. Sin embargo, la aparición de las lesiones características en el cuero cabelludo de un paciente anciano con trauma previo y daño actínico debe hacernos pensar en esta entidad. La histología de las lesiones es inespecífica y en los cultivos del material purulento pueden crecer diversos microorganismos que no se consideran agentes causales, ya que los antibióticos no son eficaces. En cuanto al tratamiento de elección, son los corticoides tópicos de potencia elevada, como el propionato de clobetasol, durante periodos de tiempo variable⁶. En nuestra paciente n.º 1, la respuesta fue muy buena a las 3 semanas, pero en ocasiones hay que mantenerlo durante más tiempo y el riesgo de atrofia cutánea es elevado, por lo que se puede utilizar tanto el tacrólimus como el pimecrolimus por su mecanismo de acción similar al propionato de clobetasol y sin los efectos secundarios de éste último⁸. Otros tratamientos empleados son el calcipotriol y los retinoides tópicos⁹. Hemos de tener en cuenta que las recidivas tras suspender el tratamiento son frecuentes, por lo que estos pacientes deben ser revisados y más aún por el riesgo de carcinogénesis que conlleva el marcado daño actínico que tienen.

Presentamos 2 nuevos casos de DEPCC y creemos que, aunque no es una dermatosis frecuente, la participación de geriatras y dermatólogos es fundamental para evitar pruebas diagnósticas



Figura 1. Paciente n.º 2. A) Costras y pústulas en cuero cabelludo. B) Excelente respuesta a tratamiento con pimecrólimus durante 4 semanas.

invasivas en estos pacientes de edad avanzada en los que la respuesta al tratamiento tópico va a ser excelente

Bibliografía

1. Patton D, Lynch PJ, Fung MA, Fazel N. Chronic atrophic erosive dermatosis of the scalp and extremities: A recharacterization of erosive pustular dermatosis. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:421-7.
2. Vaccaro M, Guarneri C, Barbuza O, Guarneri B. Erosive pustular dermatosis of the scalp: an uncommon condition typical of elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:761-2.
3. Pye RJ, Peachey RDG, Burton JL. Erosive pustular dermatosis of the scalp. *Br J Dermatol.* 1979;100:559-66.
4. Mehmi M, Abdullah A. Erosive pustular dermatosis of the scalp occurring after partial thickness skin graft for squamous cell carcinoma. *Br J Plast Surg.* 2004;57:806-7.
5. Laffitte E, Panizon RG, Saurat JH. Delayed wound healing on the scalp following treatment of actinic keratoses: Erosive pustular dermatosis of the scalp. *Dermatol Surg.* 2004;30:1610.
6. Ena P, Iissia M, Doneddu GME, Campus GV. Erosive pustular dermatosis of the scalp in skin grafts: report of three cases. *Dermatology.* 1997;194:80-4.

7. Rubio Flores C, Feito Rodríguez M, González Beato-Merino MJ, Vidaurrázaga Díaz-Arcaya C, Casado Jiménez M. Dermatitis erosiva y pustulosa del cuero cabelludo: dos nuevos casos. *Piel.* 2008;23:544-6.
8. Cenkowski MJ, Silver S. Topical tacrolimus in the treatment of erosive pustular dermatosis of the scalp. *J Cutan Med Surg.* 2007;11:222-5.
9. Petersen BO, Bygum A. Erosive pustular dermatosis of the scalp: a case treated successfully with isotretinoin. *Acta Derm Venereol.* 2008;88:300-1.

María Antonia Fernández-Pugnaire *, Salvador Arias-Santiago y Carmen Dulanto-Campos

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marian.fer@telefonica.net
(M.A. Fernández-Pugnaire).

doi:10.1016/j.regg.2009.12.001