

Relato de Caso

Autores:

Nurimar Conceição Fernandes¹
Taissa Cañedo Magalhães¹
Danielle Carvalho Quintella²
Tullia Cuzzi²

¹ Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência para:

Nurimar C. Fernandes
Rua Alexandre de Gusmão, nº 28/201
Tijuca
200520-120, Rio de Janeiro - RJ, Brasil
E-mail: nurimarfernandes@terra.com.br

Data de recebimento: 30/05/2016

Data de aprovação: 26/02/2017

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Suporte financeiro: Nenhum
Conflito de interesse: Nenhum



Foliculite supurativa crônica de couro cabeludo: desafio terapêutico

Chronic suppurative folliculitis of the scalp: a therapeutic challenge

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20181031831>

RESUMO

A foliculite de couro cabeludo é condição comum na prática dermatológica e um desafio diagnóstico e terapêutico. Relata-se caso de foliculite supurativa crônica em homem de 53 anos evoluindo há 18 anos. O controle da infecção crônica estafilocócica com sulfametoxazol-trimetoprim (8-10mg/kg/dia/VO de TMP) por sete meses, *shaving* progressivo das lesões queloidianas (cinco sessões), aplicação de ácido tricloroacético a 90% nas áreas cruentas até reepitelização (sete meses) lograram êxito.

Palavras-chave: Ácido tricloroacético; Foliculite; *Staphylococcus aureus*

ABSTRACT

Scalp folliculitis is a common condition in dermatological practice and a diagnostic and therapeutic challenge. The authors describe a case of chronic suppurative folliculitis in a 53-year-old man who had bore the condition for 18 years. The control of chronic staphylococcal infection with sulfamethoxazole-trimethoprim for 7 months, with progressive shaving of keloid lesions (5 sessions) and application of 90% trichloroacetic acid on wounds up until re-epithelialization (7 months), were successful in treating the disease.

Keywords: *Folliculitis; Staphylococcus aureus; Trichloroacetic acid*

INTRODUÇÃO

A foliculite decalvante é alopecia inflamatória caracterizada por induração de couro cabeludo com pústulas, erosões, crostas e escamas. Embora o *Staphylococcus aureus* seja isolado dessas pústulas, é interrogado se o processo é primário ou secundário. Histologicamente se observa abscesso centrado no infundíbulo folicular acometido, seguido de infiltrado inflamatório perifolicular predominantemente linfocitário com plasmócitos, neutrófilos, eosinófilos e células gigantes, destruição folicular e fibrose dérmica difusa, com possibilidade de hiperqueratose e oclusão (plug) folicular. Antibióticos, corticoides tópicos/sistêmicos e retinoides sistêmicos podem ser benéficos. A foliculite dissecante do couro cabeludo começa com nódulos inflamatórios na região occipital que progridem para alopecia cicatricial. Histologicamente há hiperqueratose com obstrução e dilatação do folículo, infiltrado inflamatório constituído por neutrófilos, linfócitos e histiócitos, destruição das estruturas anexais, tecido de granulação, reação gigantocitária tipo corpo estranho, formação de fístulas e fibrose extensa. Incisões cirúrgicas/drenagem, excisão/enxertia, epilação por Rx são empregadas nos casos refratários. A foliculite queloidiana da nuca, mais comum em negros, evolui com pápulas, pústulas, queloides e placas cicatri-

ciais principalmente na região occipital. A histopatologia revela processo inflamatório crônico com numerosos plasmócitos relacionado à estrutura folicular, destruição folicular, microabscessos e reação gigantocitária tipo corpo estranho ao redor de hastes avulsas, fistulas e fibrose dérmica intensa com fibras queloidianas. Antibióticos e infiltrações intralesionais com triamcinolona estão indicados.¹⁻⁴

Objetiva-se destacar a dificuldade terapêutica das foliculites supurativas crônicas e o resultado excelente obtido com o *shaving* progressivo associado ao controle da infecção com sulfametoxazol-trimetoprim.⁵

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 53 anos, pardo, cozinheiro, natural do estado do Rio de Janeiro, veio ao Serviço de Dermatologia - HUCFF em janeiro de 2014, relatando doença em couro cabeludo evoluindo há 18 anos e que se iniciou com pústulas na região cervical, progredindo para as regiões temporais e culminando com cicatrizes queloidianas em todo o couro cabeludo. Ao exame, apresentava pus fétido drenando na região occipital principalmente em decúbito dorsal; alopecia cicatricial permeada por pequenos tufos de cabelos na região occipital (Figura 1: A, B e C). Com a impressão de foliculite supurativa crônica de couro cabeludo foi internado (45 dias) e submetido à seguinte rotina de investigação: hemograma, bioquímica, urina tipo I e exame parasitológico de fezes sem alterações; biópsia profunda em couro cabeludo para exames histopatológico, microbiológico (isolado *Staphylococcus aureus*) e micológico (negativo).

O exame histopatológico revelou processo inflamatório agudo e crônico dérmico associado a lesão folicular (hastes foliculares avulsas eventualmente envolvidas por reação gigantocitária tipo corpo estranho) e fibrose dérmica (Figura 2); para controle da infecção crônica, foi indicado sulfametoxazol-trimetoprim (8-10mg/kg/dia/VO de TMP) em duas doses durante 60 dias e, a seguir, metade da dose. A escolha do SMZ-TMP (após dosagem da G6PD negativa) se baseou na boa tolerância à droga nessas doses e por tempo prolongado em pacientes com paracoccidiodomicose, bem como em sua ação reconhecida frente aos estafilococos da comunidade, embora o antibiograma apontasse vários antibióticos; prednisona - 40mg/dia/VO durante 14 dias com a finalidade de redução da inflamação na área, facilitando a abordagem cirúrgica conforme nossa experiência na hidradenite supurativa;⁵

Posteriormente as glicemias se mantiveram elevadas, sendo tratado com insulina regular e metformina (850mg/VO após as três refeições). Desenvolveu anemia multifatorial (em associação à doença crônica), megaloblástica e ferropriva, sendo tratado com sulfato ferroso (109mg [2 drágeas] 3x ao dia e ácido fólico (5mg/dia/VO). Permaneceu internado e submetido à exérese de massa queloidiana (semanal, no total de cinco procedimentos) (Figura 3). Os curativos consistiram em limpeza com clorexidina degermante pela manhã, aplicação de ácido tricloroacético (ATA) a 90% diariamente⁶ e sulfadiazina de prata a 1% à noite. Trinta minutos antes da aplicação do ATA (muito dolorosa),



FIGURAS 1: A E B: Massas queloidianas extensas e deformantes, entremeadas por tufos de pelos, abrangendo regiões occipital e parietotemporais

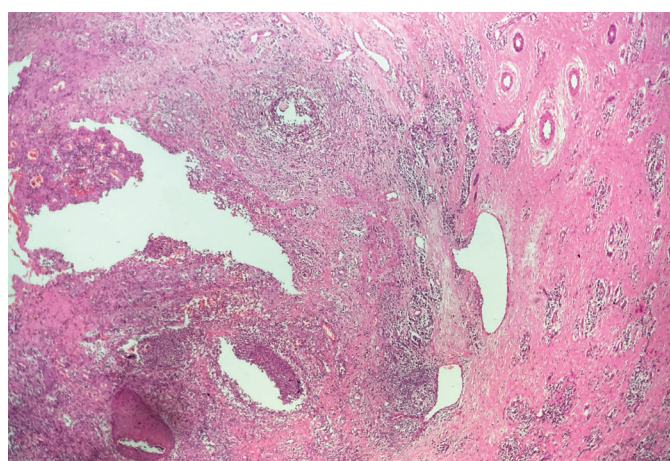


FIGURA 2: Fragmentos de epitélio folicular circundados por células inflamatórias, adjacentes a espaço claro, que sugere fistula; notam-se ainda microabscessos, haste folicular avulsa circundada por leucócitos e fibrose dérmica (Hematoxilina & eosina, 100x)

1g de dipirona mais um comprimido de codeína paracetamol (30/500), além de analgesia regular com os mesmos medicamentos. Após alta, aplicações semanais de TCA a 90%;⁶ SMZ-TMP até reepitelização completa (sete meses) (Figura 4). Alta ambulatorial após seguimento de um ano. Destacam-se a dor intensa no pós-operatório, um episódio de sangramento moderado e um episódio de sangramento abundante, resolvidos com curativo compressivo.

DISCUSSÃO

A foliculite de couro cabeludo é condição comum na prática dermatológica e um desafio diagnóstico/terapêutico por falta de diretrizes exatas. No caso em discussão, pensamos em superposição das foliculites dissecante/queloidiana pelos dados da anamnese, aspectos clínicos e histopatológicos. Em recente estudo retrospectivo de 23 casos de foliculite decalvante, os autores apontam que não há tratamentos *standard*, preconizam vários antibióticos em seqüência, injeções intralesionais de triamcino-

lona, com remissão em metade dos casos e baixa recorrência/recaída; mas admitem que são necessários anos para descontinuar os antibióticos em alguns pacientes, bem como, há casos recalcitrantes.¹⁻³ Outros autores⁴ consideram que a isotretinoína oral foi a melhor opção no estudo de 28 pacientes,⁴ levando à remissão estável até dois anos após interrupção do tratamento. No caso em apreço, a droga se mostrou totalmente ineficaz.

As entidades denominadas foliculite decalvante, foliculite queloidiana da nuca e celulite dissecante do couro cabeludo são consideradas foliculites profundas cicatriciais e apresentam quadro histopatológico semelhante, caracterizado por processo inflamatório agudo e crônico relacionado às estruturas foliculares e fibrose, com variações muitas vezes sutis na intensidade das alterações. Microscopicamente notam-se infiltrado inflamatório misto com plasmócitos, eventual formação de microabscessos e fístulas, ruptura folicular, liberação de seu conteúdo (material córneo e haste folicular), reação gigantocitária tipo corpo estranho, eliminação transepidérmica dos debris celulares e fibrose, às vezes com fibras queloidianas.



FIGURA 3: A e B: Abordagem cirúrgica em cinco tempos com *shaving* por eletrocirurgia de massas queloidianas



FIGURAS 4: A e B Completa cicatrização do couro cabeludo

Relata-se caso de foliculite decalvante com 20 anos de evolução (abscesso folicular *plus* alopecia cicatricial) com cabelos de aspecto em tufos. Não houve resposta ao esquema empregado: corticoides tópicos e sistêmicos, isotretinoína oral e sistêmica. Paciente, então, decidiu raspar a cabeça notando interrupção na formação de pústulas.⁷ Os autores postularam que alguma modificação ocorreu no couro cabeludo com essa medida, influenciando a inflamação: mais ventilação e redução da colonização microbiana.⁷ Para os queloides são preconizadas: excisões cirúrgicas com fechamento primário em um ou múltiplos estágios e excisão com cicatrização por segunda intenção.⁸⁻¹⁰


CONCLUSÃO

No caso descrito, a interrupção da possível interação entre a bactéria (*Staphylococcus aureus*) e o hospedeiro com o esquema prolongado SMZ-TMP permitiu a ressecção das massas queloidianas com resultados satisfatórios. ●

REFERÊNCIAS

1. Rigopoulos D, Stamatios G, Ioannides D. Primary scarring alopecias. *Curr Probl Dermatol*. 2015;47:76-86.
2. Lugović-Mihic L, Barisic F, Bulat V, Buljan M, Situm M, Bradic L, et al. Differential diagnosis of the scalp hair folliculitis. *Acta Clin Croat*. 2011;50(3):395-402.
3. Brunagan MJ, Banka N, Shapiro J. Retrospective review of folliculites decalvans in 23 patients with course and treatment analysis of long-standing cases. *J Cutan Med Surg*. 2015;19(1):45-9.
4. Tietze JK, Heppt MV, von Preu A, Wolf U, Ruzicka T, Wolff H, 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):1816-21.
5. Fernandes NC, Franco CPA, Lima CMO. Hidradenitis suppurativa: retrospective study of 20 cases. *An Bras Dermatol*. 2013;88(3):480-1.
6. Gouveia BM, Cañedo T, Fernandes NC. Aplicação de ácido tricloroacético no tratamento da úlcra crônica. *Rev SPDV*. 2014;72(2):277-81.
7. Walker SL, Smith HR, Lun K, Griffiths WA. Improvement of folliculitis decalvans following shaving of the scalp. *Br J Dermatol*. 2000;142(6):1245-6.
8. Tchernev G. Folliculitis et perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens controlled with a combination therapy: systemic antibiotics (metronidazole plus clindamycin) dermatosurgical approach, and high-dose isotretinoin. *Indian J Dermatol*. 2011;56(3):318-20.
9. Gloster H Jr. The surgical management of extensive cases of acne keloidalis nuchae. *Arch Dermatol*. 2000;136(11):1376-9.
10. Califano J, Miller S, Frodel J. Treatment of occipital acne keloidalis by excision followed by secondary intention healing. *Arch Facial Plast Surg*. 1999;1(4):308-11.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Nurimar Conceição Fernandes |  ORCID 0000-0002-1819-5630

Concepção, planejamento, elaboração e redação; obtenção, análise dos dados; participação intelectual na conduta terapêutica do caso; revisão crítica da literatura e do texto; aprovação da versão final do artigo

Taissa Cañedo Magalhães |  ORCID 0000-0003-2125-9436

Indicação e execução do procedimento cirúrgico; participação intelectual na terapêutica do caso; documentação fotográfica

Danielle Carvalho Quintella |  ORCID 0000-0001-9013-9417

Discussão e emissão dos laudos histopatológicos

Tullia Cuzzi |  ORCID 0000-0002-3331-5290

Discussão e emissão dos laudos histopatológicos