Revista Ecuatoriana de Pediatría
Editorial: Sociedad Ecuatoriana de Pediatría (Núcleo de Quito, Ecuador)
Tipo de estudio: Reporte de Caso
Área de estudio: Pediatría
Páginas: 68-73
Codígo DOI: https://doi.org/10.52011/RevSepEc/e271
URL: https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/271

Reporte de Caso

Foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia ¡Una dermatosis infrecuente en pediatría!

Eosinophilic pustular folliculitis of childhood A rare dermatosis in pediatrics!

María Fernanda Ortiz Jaramillo[1], Paola Estefanía Alarcón Andrade[2], Juan Pablo Erazo Cuadrado[3], Moisés Humberto Cáceres Pérez[4], José Andrés Merizalde Guerra[5]

RESUMEN

La foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia es una dermatosis inflamatoria estéril, que afecta generalmente a niños menores de 36 meses de edad. Es una condición autolimitada, con resolución espontánea a la edad de 3 años, en la mayoría de los pacientes. No es claro su mecanismo fisiopatológico, pero se plantea un estímulo antigénico como el causante de una desregulación de los mecanismos inmunitarios. Se caracteriza por la recurrencia de pápulas, pústulas estériles pruriginosas, localizadas en la piel cabelluda, pudiendo afectar también al tronco y extremidades. El diagnóstico es clínico y el estudio histopatológico lo confirma por el hallazgo en dermis de un infiltrado inflamatorio mixto constituido por neutrófilos con predominio de eosinófilos a nivel folicular y perifolicular, lo cual es una característica común, asociada a una eosinofilia periférica. Actualmente los antihistamínicos representan la primera línea de tratamiento por su acción anti eosinofílica. Presentamos el caso clínico de una lactante de 1 año 3 meses con una dermatosis localizada en piel cabelluda caracterizada por algunas pápulas eritematosas, costras, pústulas, escamas blanquecinas de 6 meses de evolución, asociadas a prurito y tratada como Escabiosis. La publicación de este artículo tiene como objetivo ayudar a los médicos de primer contacto al reconocimiento de esta patología, para evitar diagnósticos y prescripciones erróneas. Finalmente podemos concluir que el tratamiento instaurado en nuestra paciente con cetirizina y corticoides tópicos fue satisfactorio.

Palabras clave: foliculitis, pústulas, eosinofilia, cetirizina

1. Hospital General San Francisco de Quito IESS; Quito, Ecuador
2. Hospital General San Francisco de Quito IESS; Quito, Ecuador
3. Hospital General San Francisco de Quito IESS; Quito, Ecuador
4. Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora. Quito, Ecuador
5. Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Quito, Ecuador

María Fernanda Ortiz Jaramillo https://orcid.org/0000-0002-4912-996X
Paola Estefanía Alarcón Andrade https://orcid.org/0000-0003-2602-1283
Juan Pablo Erazo Cuadrado https://orcid.org/0000-0003-3473-5497
Moisés Humberto Cáceres Pérez https://orcid.org/0000-0002-1381-9651
José Andrés Merizalde Guerra https://orcid.org/0000-0003-1881-1031

Correspondencia: Moisés Humberto Cáceres Pérez; Av. Quitumbe Ñan y Quilla Ñan s/n, sector de Guamaní, sur de Quito; Quito, Ecuador; 170701; moisescaceres2111@gmail.com

Recibido: 10/oct/2024 - Aceptado: 12/nov/2024 - Publicado: 29/ene/2025

ABSTRACT

Eosinophilic pustular folliculitis of infancy is a sterile inflammatory dermatosis that generally affects children under 36 months of age. It is considered a self-limiting disease and typically resolves spontaneously by 3 years of age in most patients. Although its pathophysiological mechanism is unclear, it is thought to be caused by an antigenic stimulus that leads to a deregulation of the immune mechanisms. It is characterized by recurring papules, pruritic sterile pustules, primarily located on the scalp and may also affect the trunk and extremities. Although its diagnosis is clinical, it can be confirmed through histopathological examination, which reveals a mixed inflammatory infiltrate in the dermis, consisting of neutrophils with a predominance of eosinophils at the follicular and perifollicular level, which is a common characteristic associated with peripheral eosinophilia. Currently, antihistamines represent the first line of treatment due to their anti-eosinophilic effect. This study presents the clinical case of a 1-year-and-3-month-old infant with a dermatosis located on the scalp characterized by some erythematous papules, scabs, pustules, and whitish scales. These symptoms had been developing for 6 months, were associated with itching, and were initially treated as scabies. The publication of this article aims to help primary care physicians to recognize this pathology to avoid erroneous diagnoses and prescriptions. Finally, it can be concluded that the treatment administered to our patient with cetirizine and topical corticosteroids was satisfactory.

Keywords: folliculitis, pustules, eosinophilia, cetirizine.

Introducción

La foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia es una dermatosis pápulo pustular infrecuente de comportamiento benigno y autolimitado en menores de 3 años generalmente[1]. Su mecanismo fisiopatológico no es claro, sin embargo se plantea que puede ser causada por un estímulo antigénico que provoca una desregulación de los mecanismos inmunitarios y una reacción localizada de hipersensibilidad con quimiotaxis selectiva de eosinófilos[2]. Se caracteriza por brotes recurrentes de pústulas estériles de aparición frecuente en la piel cabelluda y menos común en cara, tronco y extremidades[3]. Las lesiones son estériles y contienen un infiltrado de eosinófilos relacionadas con el folículo piloso, por lo que al tener los antihistamínicos una acción anti eosinofílica, representan la primera línea de tratamiento. Se trata de una alteración en la regulación del sistema inmunológico debido a la activación de una de las subpoblaciones linfocitarias, con predominio de la respuesta Th2, dada por las citocinas proinflamatorias[4,5,6]. Suele confundirse con la foliculitis bacteriana, por lo que es fundamental distinguirla de otras lesiones pustulosas para evitar tratamientos innecesarios[7].

Los antihistamínicos sistémicos como la hidroxicina y cetirizina se consideran medicamentos seguros en la población pediátrica, con una importante acción anti eosinofílica, gracias a la inhibición del receptor H1 que impide la migración de eosinófilos. Se considera a la cetirizina como el tratamiento de primera línea, en pacientes con cuadros recurrentes según algunos autores, sin dejar de lado el uso de corticoides, inhibidores de calcineurina y ciertos AINES como la indometacina[4].

Caso Clínico:

Femenina de 1 año 3 meses de edad, con una dermatosis localizada en piel cabelluda a nivel de vertex y región parietal derecha, caracterizada por algunas pápulas eritematosas induradas con costras en su superficie, además de algunas pústulas y escamas blanquecinas, de 6 meses de evolución, asociadas a prurito.



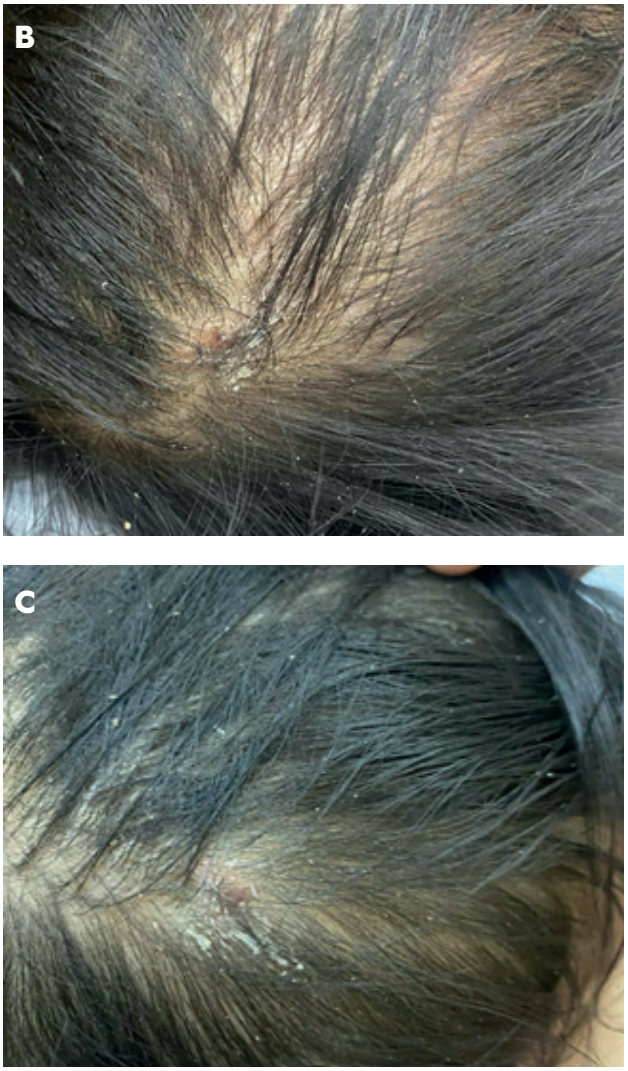


Figura 1. A,B,C. Pápulas eritematosas y escamas blanquecinas en piel cabelluda.

Se realiza exámenes de laboratorio debido a que estaba cursando una neumonía, la biometría hemática reportó: Leucocitos 29.800, neutrófilos 68.8 %, linfocitos 24.7 %, eosinófilos 1.3 %, cayados 1 %, hemoglobina 8.2, hematocrito 25.5%, plaquetas 478.000, PCR 170.9, procalcitonina 82.6. Se realiza un control en 4 días, luego de recibir ceftriaxona, reportando una mejoría en sus paraclínicos, pero se identifica una eosinofilia periférica importante de 15.1%.l

Dermatología Pediátrica realiza una biopsia cutánea a nivel de piel cabelluda con sacabocado # 4.0, encontrando en el estudio histopatológico a nivel de epidermis, áreas de acantosis, presencia en dermis de folículos pilosos con un denso infiltrado inflamatorio mixto constituido por linfocitos, histiocitos, polimorfonucleares con predominio de eosinófilos que se extienden en toda la vaina radicular externa hasta la inserción del conducto sebáceo.

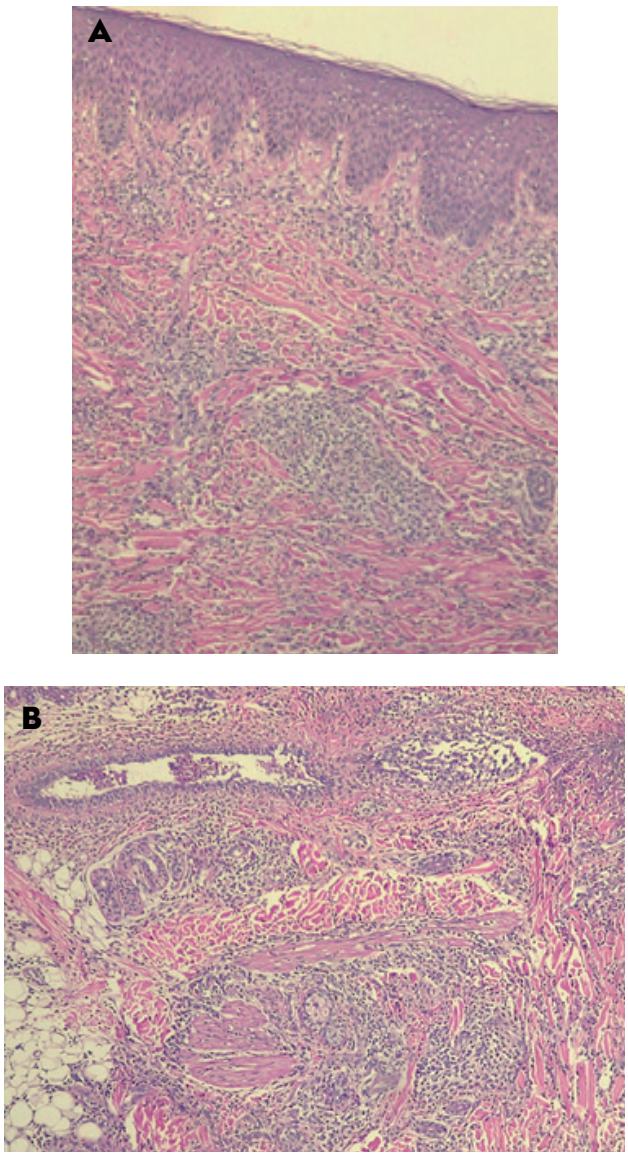


Figura 2. A. Epidermis: Acantosis. Dermis papilar: Moderado infiltrado inflamatorio mixto. (HE) 10 X. **B.** Dermis Reticular: Denso infiltrado inflamatorio mixto de predominio polimorfonuclear, perianexial (HE) 10 X.

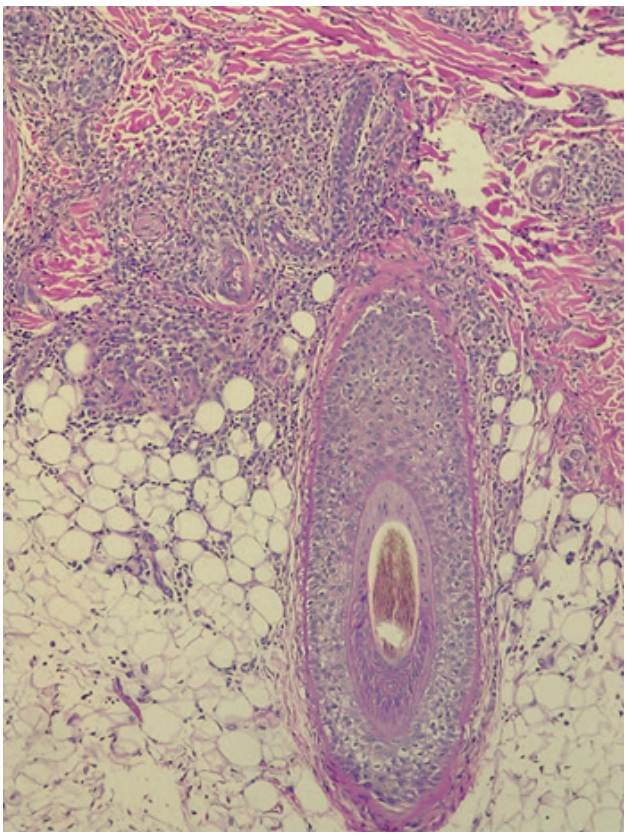


Figura 3. Dermis reticular: Denso infiltrado inflamatorio mixto de predominio polimorfonuclear con extensión hacia tejido celular subcutáneo. (HE) 10X.

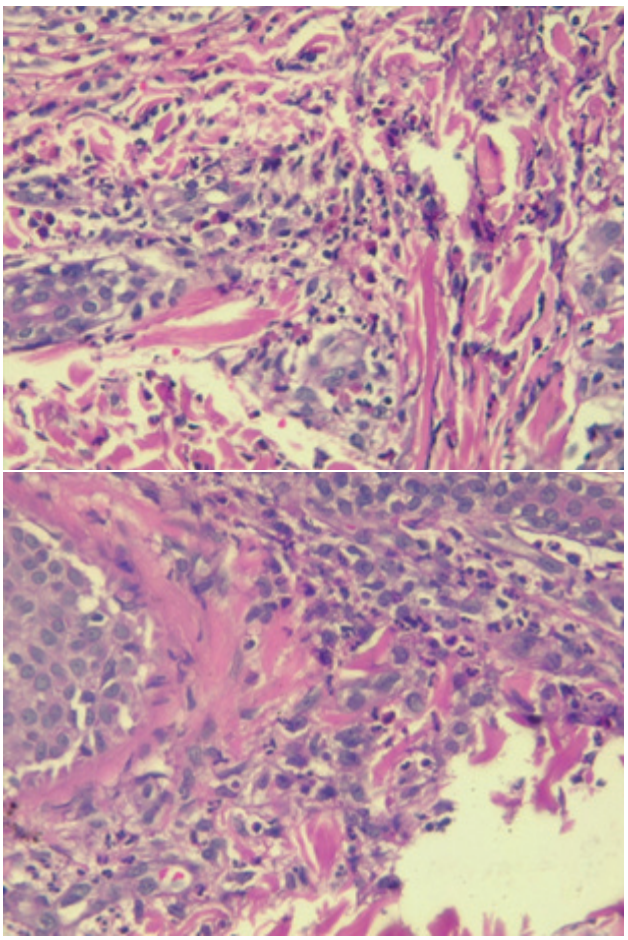


Figura 4 y 5. Dermis papilar: Denso infiltrado inflamatorio mixto con abundantes eosinófilos. (HE) 10X.

La paciente recibió cetirizina 2.5 ml vía oral una vez al día por 4 semanas, clobetasol en shampoo lavado diario del cabello por 2 semanas, betametasona + ácido fusídico (crema) cada 12 horas en lesiones de piel cabelluda de manera localizada por 15 días, evidenciando mejoría y desaparición de las lesiones.

Discusión

La foliculitis pustulosa eosinofílica es una dermatosis inflamatoria que pertenece a las enfermedades cutáneas eosinofílicas, se clasifica como clásica y de la infancia[8]. Anne W Lucky informó el primer caso infantil en 1984[9].

Es una dermatosis rara de etiología desconocida, que afecta a recién nacidos e infantes, alrededor del 70% comienza antes de los 6 meses de edad, mientras que el 5% aparece por primera vez a los 14 meses de edad[9]. Se caracteriza por pápulas, vesículas, pústulas de 1-3 mm que confluyen en placas con costras y descamación en la piel cabelluda predominantemente, asociadas a prurito en el 84% de los casos 10,11. Pueden presentarse también en cara, tronco y extremidades incluido palmas y plantas, sin dejar cicatriz[3,12]. En nuestra paciente sólo se observó pápulas, pústulas con costras y escamas blanquecinas en piel cabelluda, las cuales constituyen lesiones clásicas de esta enfermedad.

Se ha reportado una relación 4 hombre 1 mujer[13].

Los casos suelen ser recurrentes con períodos de remisión en intervalos de 1 a 12 semanas, siendo la resolución de 1 a 4 semanas, con curación completa de la enfermedad a la edad de 3 años aproximadamente en la mayoría de niños[13].

Por su morfología puede confundirse con procesos infecciosos bacterianos, virales o micóticos, los cultivos bacterianos, fúngicos y virales resultan negativos[14], lo que lleva a una prescripción incorrecta e innecesaria

de antibióticos, antivirales y antimicóticos. Es por ello que en nuestra paciente no se realizó ningún cultivo ya que no se sospechó de ningún cuadro cutáneo de etiología infecciosa, a diferencia de otros reportes en la literatura, en los cuales erróneamente administraron varios antibióticos.

La etiología no es bien conocida, se cree que puede existir una susceptibilidad genética por la preferencia en caucásicos y varones[6]. Se considera una manifestación tisular secundaria a un estímulo antigénico responsable de la alteración en los mecanismos inmunológicos, en la que se presenta una activación de linfocitos TH2 y su respectiva elevación de citocinas como la IL5, que resulta quimiotáctica para eosinófilos[2,15]. Por otra parte la vía del ácido araquidónico pudiera estar involucrada en la infiltración eosinofílica tanto en la forma clásica como en la de la infancia[8].

El diagnóstico se lo realiza a través de la morfología de las lesiones cutáneas y la demostración en el estudio histopatológico de una eosinofilia tisular como hallazgo universal, así como también una eosinofilia periférica, la cual se presenta hasta en el 70% de los casos. Las pústulas contienen abundantes eosinófilos y están acompañadas de infiltración dérmica de células inflamatorias predominantemente eosinofílicas, alrededor de los folículos pilosos[2,9]. En esta paciente se confirmó el hallazgo descrito por la literatura, ya que presentó un 15% de eosinófilos en sangre periférica, así como también eosinófilos en la dermis.

Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran el impétigo, foliculitis, escabiosis, tiña capitis inflamatoria, histiocitosis de células de langerhans. En el período neonatal la melanosis pustulosa neonatal transitoria, eritema tóxico, dermatitis seborreica, acropustulosis infantil puede asemejarse a estas lesiones[13,16,17]. En el caso presentado la paciente tuvo un diagnóstico erróneo de escabiosis con tratamiento por 2 años y sin resolución, por ello es importante que los médicos de primer contacto conozcan esta patología para que puedan diagnosticarla de manera oportuna y tratarla adecuadamente.

Aunque su comportamiento es autolimitado y benigno, actualmente la indometacina tópica es una alternativa de tratamiento junto con antihistamínicos, corticoides tópicos, inhibidores de calcineurina y dapsona[2,8,17].

Actualmente en la literatura se reportan 2 casos con buena respuesta a indometacina tópica, por ser un medicamento antiinflamatorio no esteroideo, que inhibe la producción de prostaglandinas, detiene la proliferación de células endoteliales, además de modular el ciclo celular[7], así como también inhibe la vía del ácido araquidónico responsable de la infiltración eosinofílica[18].

Existen 3 casos de pacientes con foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia con excelente respuesta a cetirizina atribuida a su acción anti eosinofílica proporcionada por la inhibición de la migración de eosinófilos a través del bloqueo del receptor H1[12,19]. En este caso la terapéutica instaurada con cetirizina y corticoides tópicos fue satisfactoria, ya que se resolvieron las lesiones luego de 4 semanas de tratamiento.

Consideraciones éticas

Para este reporte de caso se contó con el consentimiento informado por parte del representante legal del menor.

Conflicto de interés

Los autores no tienen ningún conflicto de interés.

Financiamiento

Financiamiento propio de los autores.

Contribución de autores

Concepción y diseño del trabajo. Todos los autores.

Recolección de datos y obtención de resultados. Todos los autores.

Análisis e interpretación de datos. Todos los autores.

Redacción del manuscrito. Todos los autores.

Bibliografía

1. Fertitta L, Bodemer C, Molina T, Frassati-Biaggi A, Fraitag S, Leclerc-Mercier S. Eosinophilic Pustular Folliculitis of Infancy: A Histologic Assessment of 43 Cases. Pubmed [Internet]. el 1 de junio de 2022; Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35583404/
2. Yoshida S, Yatsuzuka K, Chigyo K, Kuroo Y, Takemoto K, Sayama K. A Case of Eosinophilic Pustular Folliculitis since Birth. Pubmed [Internet]. el 8 de enero de 2021; Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/children8010030
3. García-Patos V, Pujol RM, De Moragas JM. Infantile Eosinophilic Pustular Folliculitis. Clinical and Laboratory Investigations. 1994;133–8.
4. Odyakmaz Demirsoy E, Demirsoy U, Ozod U, Kiran R. Eosinophilic pustular folliculitis of infancy suppressed with cetirizine. Pubmed [Internet]. mayo de 2019; Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30791150/
5. Morales A, Matheu R, González Y, Yanguasb J, Caballero M, Torio B, et al. Pustulosis eosinofílica infantil [Internet]. Academia Española de Dermatología y Venereología; 2024. Disponible en: https://www.actasdermo.org/es-pustulosis-eosinofilica-infantil-articulo-13071108
6. Luelmo Aguilar J, Sáez Artacho A. Foliculitis pustulosa eosinofílica en el lactante. Anales Españoles de Pediatría; 2001.
7. Nomura T, Katoh M, Yamamoto Y, Miyachi Y, Kabashima K. Eosinophilic pustular folliculitis: A proposal of diagnostic and therapeutic algorithms. Pubmed. noviembre de 2016;1301–6.
8. Takei S, Hayashi R, Tomii K, Deguchi T, Fujikawa H, Shinkuma S, et al. Two cases of infancy associated eosinophilic pustular folliculitis (I-EPF) comparing the profile of infiltrating cells with classic EPF by immunohistochemical study. Pubmed. enero de 2024;125–9.
9. Guo W, Qian G, Zhang C. Eosinophilic pustular folliculitis of infancy. National library of med. julio de 2023;429.
10. Hernández-Martín Á, Nuño-González A, Colmenero I, Torrelo A. Eosinophilic pustular folliculitis of infancy: A series of 15 cases and review of the literature. Journal of the american academy of derma. el 7 de otoño de 2013;68:150–5.
11. Duarte A, Kramer J, Yusk J, Paller A, Schachner L. Eosinophilic Pustular Folliculitis in Infancy and Childhood. University of California - San Diego. febrero de 1993;
12. Mathes E, Kittler N. Vesicular, pustular, and bullous lesions in the newborn and infant. Uptodate [Internet]. el 22 de enero de 2024; Disponible en: https://www-uptodate-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/contents/vesicular-pustular-and-bullous-lesions-in-the-newborn-and-infant
13. Saylam Kurtipek G, Zekey E, Tuncez Akyurek F, Demirbas A, Harmankaya İ. Infantile Eosinophilic Pustular Folliculitis: A Case Report. National library of medicin. marzo de 2022;1143–6.
14. Hyun Lee J, Hee Kang J, Kee Cho B, Jeong Park H. Generalized Eosinophilic Pustular Folliculitis of Infancy Responding to Hydroxyzine. National Library of Medicine. agosto de 2015;458–60.
15. Buckley D, Munn S, Higgins E. Neonatal eosinophilic pustular folliculitis. National library of medici. mayo de 2001;251–5.
16. Giard F, Marcoux D, McCuaig C, Powell J, Russo P. Eosinophilic pustular folliculitis (Ofuji disease) in childhood: a review of four cases. National library of medicine. septiembre de 1991;189–93.
17. Frølunde AS, Braae Olesen A, Riber-Hansen R, Uldall Pallesen K. Eosinophilic pustular folliculitis of infancy: A rare diagnosis in children. National library of medicine [Internet]. mayo de 2021; Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.4167
18. Solomon D. NSAIDs (including aspirin): Pharmacology and mechanism of action. Pubmed [Internet]. el 11 de junio de 2024; Disponible en: https://www-uptodate-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/contents/nsaids-including-aspirin-pharmacology-and-mechanism-of-action?search=indometacina&source=search_result&selectedTitle=8%7E150&usage_type=default&display_rank=7
19. Harris D, Ostlere L, Buckley C, Johnson M, Rustin M. Eosinophilic pustular folliculitis in an HIV-positive man: response to cetirizine. National library of medicine. abril de 1992;392–4.

Para referenciar aplique esta cita:
Ortiz Jaramillo MF, Alarcón Andrade PE, Erazo Cuadrado JP, Caceres Perez MH, Merizalde Guerra JA. Foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia ¡Una dermatosis infrecuente en pediatría!. REV-SEP [Internet]. 30 de enero de 2025; 26(1):68-73. Disponible en: https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/271