



**REVISTA MÉDICA UNIVERSITARIA**  
Facultad de Ciencias Médicas - UNCuyo

Vol 9 – Nº1 – 2013  
ISSN 1669-8991



## **CASO CLÍNICO**

### **HIPERTRICOSIS ADQUIRIDA Y LOCALIZADA EN FASCITIS EOSINOFÍLICA**

Héctor E. Abaca<sup>1</sup>, Emilce Rivarola de Gutierrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo, Hospital Lagomaggiore de Mendoza

Correo electrónico de contacto: [heabaca1@yahoo.com.ar](mailto:heabaca1@yahoo.com.ar)

## **RESUMEN**

La fascitis eosinofílica, se caracteriza por cambios cutáneos símil- esclerodermia y eosinofilia periférica. Describimos un paciente de 54 años, de sexo masculino con diagnóstico de fascitis eosinofílica y seguimiento de 44 meses. Presentaba tumefacción, engrosamiento de la piel de antebrazos, piernas y flancos de abdomen, signo del surco y pérdida del pelo de antebrazos y piernas. El paciente fue tratado con glucocorticoides e hidroxiclороquina con evolución favorable. Concomitante a la remisión de los signos cutáneos observamos una hipertrichosis de las zonas previamente afectadas. Comunicamos esta observación inusual en fascitis eosinofílica, secundaria a la mejoría del proceso inflamatorio cutáneo.

**Palabras clave:** fascitis eosinofílica, folículo piloso, hipertrichosis localizada.

## **ABSTRACT**

Eosinophilic fasciitis is characterized by scleroderma-like indurations of the extremities and peripheral eosinophilia. We report a 54-year-old man with diagnosis of eosinophilic fasciitis and 44-month follow-up. The physical exam showed swelling, thickening in forearms' skin, legs and abdominal flanks. Grooving and loss of hair of forearms and legs. The patient was treated with glucocorticoids and hydroxychloroquine which favourable evolution. Concomitant to the remission of the cutaneous signs, we see a hypertrichosis of the previously affected areas. We communicate this unusual observation in eosinophilic fasciitis, secondary to the improvement of the cutaneous inflammatory process.

**Key words:** eosinophilic fasciitis, hair follicle, localized hypertrichosis.

## Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 54 años, que refería tumefacción y dolorimiento de ambos antebrazos y piernas de tres meses de evolución. Ausencia de fenómeno de Raynaud. No presentaba antecedentes de ejercicios inusuales, enfermedades previas y no tomaba medicamentos. Al examen físico la piel de antebrazos y piernas tenían un aspecto indurado con la piel engrosada y disminución del pelo de antebrazos y piernas, en los flancos de abdomen se observaban y palpaban placas induradas hiperpigmentadas. Presentaba signo del surco (Figura 1).

Laboratorio: hematocrito: 36,5 %, leucocitos 7600 por  $\text{mm}^3$ , eosinófilos 23% (1748 por  $\text{mm}^3$ ), eritrosedimentación 33 mm a la 1ª hora, ANA negativo, Scl70 negativo, complemento hemolítico total normal, factor reumatoide negativo, proteína C reactiva positiva, enzimas hepáticas y musculares normales. Se efectuó una biopsia en cuña profunda que mostró epitelio con queratina en cesta, acantosis moderada e hiperpigmentación basal. El plexo capilar de la dermis muestra un infiltrado a predominio linfomononuclear perivascular con presencia de eosinófilos. La dermis se encuentra engrosada al igual que los tabiques fibrosos interlobulillares del tejido celular subcutáneo, con presencia del infiltrado disperso en todo este colágeno, incluso perianexial, que compromete además la fascia muscular con presencia de eosinófilos también en este nivel, confirmando el diagnóstico de fascitis eosinofílica (Figura 2). Se inició tratamiento con 40 mg/d de metilprednisona con reducción lenta, se agregó hidroxicloroquina 200 mg/d, calcio y vit. D<sub>3</sub>. A los 24 meses de tratamiento el paciente había mejorado. Los exámenes de laboratorio mostraban un hematocrito del 43%, la

eritrosedimentación se normalizó, la proteína C reactiva era negativa y los eosinófilos desaparecieron de sangre periférica. Junto con la mejoría clínica del paciente y desaparición del signo del surco, se observó la presencia de hipertrichosis en antebrazos y piernas (Figura 3), con persistencia de algunas zonas induradas e hiperpigmentadas a nivel de las crestas ilíacas. La hidroxocloroquina fue suspendida al año de iniciada por intolerancia digestiva. El paciente continúa en control clínico desde hace 44 meses, con una dosis de 4mg/d de metilprednisona, calcio y vitamina D<sub>3</sub>.

### **Comentarios**

La fascitis eosinofílica fue descrita por Shulman en el año 1975.<sup>1</sup> Su causa es desconocida y se la ha atribuida a ejercicios inusuales, medicamentos y *Borrelia burgdorferi*.<sup>2</sup> Se caracteriza por induración simétrica de la piel de antebrazos, piernas y a veces el tronco sin compromiso visceral ni fenómeno de Raynaud. Algunos pacientes presentan artritis, contracturas en flexión, síndrome del túnel carpiano y mialgias<sup>3</sup>. Existe una asociación con enfermedades hematológicas serias. Al inicio los pacientes se presentan con eosinofilia, hipergamaglobulinemia, eritrosedimentación acelerada. Los anticuerpos antinucleares por lo general son negativos. La capilaroscopia no muestra alteraciones<sup>4</sup>. Se está utilizando el diagnóstico por imagen con RNM (resonancia nuclear magnética con gadolinio) para el diagnóstico, elección de la zona a realizar la biopsia y valorar la respuesta al tratamiento<sup>5-6</sup>. Nuestro paciente no recordaba haber realizado ejercicios importantes, no ingería ningún tipo de medicación, ni había estado en zonas endémicas para borreliosis. La evolución fue favorable con persistencia de placas

induradas e hiperpigmentadas en crestas ilíacas. Se ha reportado que en la mayoría de los pacientes la respuesta al tratamiento es incompleta<sup>7</sup>. La hipertrichosis adquirida localizada, puede encontrarse como respuesta a fenómeno inflamatorio. Después de traumatismos repetidos, fricción, irritación o inflamación. En las áreas afectadas el pelo puede volverse más grueso y mas largo<sup>8</sup>. Algunos pacientes con dermatosis pruriginosas también pueden presentar este tipo de hipertrichosis. Se ha descrito casos de hipertrichosis localizada después de terapia con psolarenos y luz ultravioleta A, irritaciones repetidas por cremas con antralina, mercurio o corticoides fluorados potentes<sup>9</sup>. Este fenómeno también se cita entre otras causas como post-morfea, en la esclerodermia melorreostótica, en el mieloma osteoesclerótico, secundario a fármacos como el interferón y el sulfato de tetradecilo sódico, debajo de yesos, por picadura de insectos, secundario a éstasis y linfedema, en la varicela, áreas quemadas periféricas<sup>10</sup>. El mecanismo íntimo por el cual se genera la hipertrichosis post-inflamatoria permanece incierto. Respecto a la histología en nuestro paciente los folículos pilosos están presentes en la biopsia realizada antes del inicio del tratamiento. Si bien se observa presencia de infiltrado linfomononuclear, con presencia de eosinófilos, este no tiene una distribución folículocéntrica. Sugerimos incluir la hipertrichosis adquirida y localizada en fascitis eosinofílica como observación en la fase de remisión de la enfermedad.



Figura 1: Antebrazo con signo del surco y disminución del pelo. Obsérvese la depresión de la piel en el trayecto de las venas.

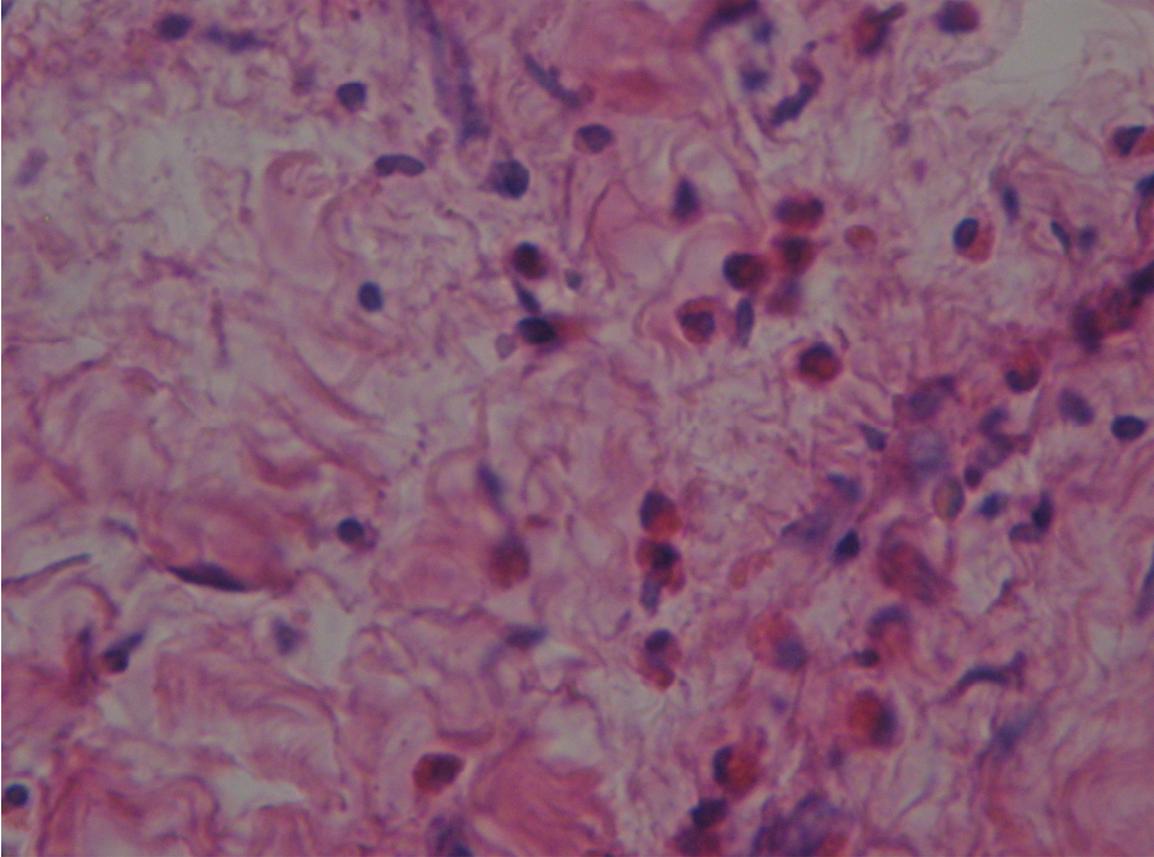


Figura 2: Presencia de eosinófilos y engrosamiento de la fascia. ( x 40)



Figura 3: Hipertrichosis adquirida localizada en antebrazos durante la remisión de la enfermedad. Obsérvese la desaparición del signo del surco.

## Referencias bibliográficas

---

- <sup>1</sup> Shulman LE. Diffuse fasciitis with eosinophilia: a new syndrome? Transaction of the Association of American Physician. 1975; 88: 70-86.
- <sup>2</sup> Granter SR, Barnhill RL, Duray PH. Borrelial fasciitis: diffuse fasciitis and peripheral eosinophilia associated with Borrelia infection. Am J Dermatopathol. 1996; 18: 465-73
- <sup>3</sup> Lakhampal S, Ginsburg WW, Michet CJ et al. Eosinophilic fasciitis: clinical spectrum and therapeutic response in 52 cases. Semin Arthritis Rheum. 1988; 17: 221-31.
- <sup>4</sup> Herson S, Brechignac S, Piette JC et al. Capillary microscopy during eosinophilic fasciitis in 15 patients: distinction from systemic scleroderma. Am J Med. 1990; 88: 598-600.
- <sup>5</sup> al-Shaikh A, Freeman C, Auruch L et al. Use of magnetic resonance imaging in diagnosing eosinophilic fasciitis. Report of two cases. Arthritis Rheum. 1994; 37: 1602-8.
- <sup>6</sup> Baumann F, Brahlmann P, Andreise KG et al. MRI for diagnosis and monitoring of patients with eosinophilic fasciitis. Am J Roentgenol. 2005; 184: 169-74.
- <sup>7</sup> Trallero Araguas E, O'Callaghan AS, Simeón Aznar CP et al. Fascitis eosinofílica: estudio de 10 pacientes. Med Clin (Barc). 2005; 125: 145-8.
- <sup>8</sup> Camacho F. Acquired circumscribed hypertrichosis in the "costaleros" who bear the "pasos" during Holy Week in Seville, Spain. Arch Dermatol. 1995; 131: 361-3.

---

<sup>9</sup>Camacho Martínez F. Pelo, uñas y membranas. Hipertrichosis e hirsutismo. En Bologna JL, Jarizzo JL, Rapini RP, eds. Dermatología 1ra ed. Madrid. Elsevier España, 2004, p 1052.

<sup>10</sup>Olsen EA. Trastorno de los anexos epidérmicos y enfermedades relacionadas. En Fitzpatrick ed. Dermatología en Medicina General, 5ta ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana, 2001, p 769-92.