



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**MUCINOSIS FOLICULAR. REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: MARÍA EUGENIA CORDERO VELÍN**

**DIRECTOR: DR. CARLOS ROLANDO ESPINOZA CÁRDENAS**

**CUENCA - ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**MUCINOSIS FOLICULAR. REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: MARÍA EUGENIA CORDERO VELÍN**

**DIRECTOR: DR. CARLOS ROLANDO ESPINOZA CÁRDENAS**

**CUENCA - ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**María Eugenia Cordero Velín** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0104553508**. Declaro ser el autor de la obra: “**Mucinosis Folicular. Reporte de Caso**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 06 de Febrero de 2025



**F:** .....

**María Eugenia Cordero Velín**

**C.I. 0104553508**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "MUCINOSIS FOLICULAR. REPORTE DE CASO" realizado por María Eugenia Cordero Velín con documento de identidad No. 0104553508, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 04 de febrero de 2025



F .....

Dr. Carlos Rolando Espinoza  
Cárdenas DIRECTOR / TUTOR

## DEDICATORIA

Dedico mi tesis principalmente a Dios por darme la sabiduría, vida y fortaleza para poder culminar esta meta.

A mi esposo Gabriel, que, con su apoyo incondicional, perseverancia, en todos los aspectos de nuestras vidas, hace posible que nuestros sueños como familia y pareja se vean cristalizados, y por sobre todo por siempre creer en mí.

A mis hijos David y Margarita, por ser mi inspiración para ser el mejor ejemplo cada día.

A mi padre Telmo que fue y será siempre el ejemplo de vida, y por motivarme a seguir adelante sin importar las circunstancias. A mi madre Mirian que, con todo su amor, siempre es el apoyo indispensable para dar cada paso.

## **AGRADECIMIENTO**

Con profunda estima y reconocimiento, extendiendo mi más sincera gratitud a mi director de tesis, que con su dedicación, guía y paciencia han sido el pilar fundamental en la dirección y enriquecimiento de esta investigación.

Mi gratitud se extiende a la universidad católica de cuenca, alma mater de excelencia académica, que ha fomentado el desarrollo de un espíritu crítico esencial, para el desempeño sobre todo en mi carrera, la medicina.

Reconozco con aprecio al departamento de titulación, por abrir sus puertas y permitirme su gentil asesoría, indispensable para la construcción de este estudio

## RESUMEN

La presente investigación explora la mucinosis folicular se caracteriza por depósito anómalo de mucina, en los folículos pilosos y glándulas sebáceas. Puede corresponder a un trastorno idiopático benigno y auto-limitado, especialmente en niños o representar un cuadro secundario a un trastorno mielo-proliferativo, generalmente un linfoma cutáneo-T. El objetivo del estudio se centró en presentar un estudio de caso clínico de un paciente con mucinosis folicular. Desde la metodología el estudio posee un enfoque cualitativo, de carácter descriptivo, teniendo como método, la presentación de un estudio de caso clínico de un paciente de sexo masculino de 19 años, que acude a consulta con dos semanas de evolución, que presenta en placas hipocrómicas de bordes irregulares con ligera descamación en la región de la piel de la espalda a nivel cervical, dorsal y con proyecciones hacia la región lumbar o espalda baja. De igual manera, en el cuero cabelludo, en la región occipital, se observan placas de alopecias con ligera descamación asociadas al diagnóstico presuntivo de tiña corporis. Se concluye que, la mucinosis folicular es una afección cutánea con diversas manifestaciones clínicas, como lesiones cutáneas definidas, placas eritematosas con hiperqueratosis folicular y pérdida de cabello. Los hallazgos histopatológicos incluyen mucina en folículos pilosos y microabscesos de Pautrier. El tratamiento varía según el paciente, siendo efectivos el tacrolimus tópico, acetónido de metilprednisolona, claritromicina, fototerapia UVA-1, isotretinoína y tazaroteno. Es crucial personalizar el tratamiento según la respuesta del paciente y la presentación clínica.

**Palabras clave:** mucinosis folicular, depósito de mucina, tiña corporal, alopecia, reporte de caso.

## ABSTRACT

This research explores follicular mucinosis, characterized by abnormal mucin deposition in hair follicles and sebaceous glands. It may correspond to a benign, self-limiting idiopathic disorder, especially in children, or represent a secondary condition to a myeloproliferative disorder, generally a cutaneous T-cell lymphoma. The aim of the study focused on presenting a clinical case study of a patient with follicular mucinosis. The methodology employed a qualitative, descriptive approach, utilizing a clinical case study method of a 19-year-old male patient who presented for consultation with a two-week history of hypochromic plaques with irregular borders and slight scaling on the skin of the back at the cervical and dorsal levels, extending to the lumbar region or lower back. Similarly, in the scalp, in the occipital region, alopecic plaques with slight scaling were observed, associated with a presumptive diagnosis of tinea corporis. It is concluded that follicular mucinosis is a skin condition with various clinical manifestations, such as defined skin lesions, erythematous plaques with follicular hyperkeratosis, and hair loss. Histopathological findings include mucin in hair follicles and Pautrier microabscesses. Treatment varies according to the patient, with topical tacrolimus, methylprednisolone acetate, clarithromycin, UVA-1 phototherapy, isotretinoin, and tazarotene being effective. It is crucial to personalize treatment based on the patient's response and clinical presentation.

**Key words:** follicular mucinosis, mucin deposition, tinea corporis, alopecia, case report.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>8</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>12</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>14</b>
<b>MARCO TEORICO</b> .....	<b>15</b>
Antecedentes de la investigación.....	15
Mucosinosis folicular .....	17
Características clínicas .....	18
Métodos de diagnóstico.....	20
Tratamiento .....	20
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
Objetivo general.....	22
Objetivos específicos .....	22
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>23</b>
<b>REPORTE DEL CASO</b> .....	<b>24</b>
Datos de identificación .....	24
Motivo de consulta .....	24
Historia de la enfermedad actual.....	25
Antecedentes personales .....	25
Antecedentes familiares .....	25
Examen físico .....	25
Estudios complementarios .....	25
Tratamiento .....	26
Tratamiento .....	27
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>28</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>30</b>
<b>CONFLICTO DE INTERESES</b> .....	<b>30</b>

**BIBLIOGRAFÍA.....31**  
**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL .....34**

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación explora la mucinosis folicular se caracteriza por depósito anómalo de mucina, en los folículos pilosos y glándulas sebáceas. Puede corresponder a un trastorno idiopático benigno y auto-limitado, especialmente en niños o representar un cuadro secundario a un trastorno mielo-proliferativo, generalmente un linfoma cutáneo-T (1). La clínica, los hallazgos histológicos y las técnicas de biología molecular orientadas a determinar la clonalidad de células T no son definitivos en la diferenciación de una forma u otra (2).

Clínicamente puede observarse como una o múltiples placas inflamatorias en la cara y la piel cabelluda, con o sin alopecia asociada. Tiene múltiples variantes clínicas y dos formas de manifestación, primaria y secundaria, esta última progresa a diversas enfermedades autoinmunitarias y neoplásicas, la más frecuente es la micosis fungoide (3).

La etiopatogenia de las mucinosis cutáneas es desconocida o idiopáticas, aunque algunas citocinas, como el factor de necrosis tumoral  $\alpha$  y  $\beta$ , la interleucina 1, la interleucina 6 y el factor de crecimiento transformante  $\beta$  y/o ciertas inmunoglobulinas policlonales y monoclonales, y otros factores no identificados en el suero de los pacientes pueden producir una estimulación patológica de la síntesis de glucosaminoglucanos (4).

En relación al tratamiento, las lesiones pueden persistir durante meses o años y resolverse de forma espontánea sin necesidad de terapia farmacológica. Hasta la actualidad, no se ha demostrado consistencia en la literatura en cuanto a tratamientos basados en evidencia y guiados por pautas; sin embargo, se han documentado casos de resolución con minociclina, medicamentos contra la lepra, dapsona, esteroides / retinoides tópicos y luz ultravioleta (5).

En base a lo anterior desarrollado, el propósito de la investigación se centra en presentar un estudio de caso clínico de un paciente con mucinosis folicular, además de identificar las características clínicas del paciente con mucinosis folicular, establecer las características

histopatológicas y métodos de diagnóstico definitivo, por último; evaluar el tratamiento farmacológico aplicado, los mismos que serán comparados con la bibliografía analizada.

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La mucinosis folicular es un trastorno cutáneo infrecuente caracterizado por la acumulación de mucina en los folículos pilosos y glándulas sebáceas, lo que provoca una variedad de manifestaciones clínicas (1). A pesar de su rareza, la mucinosis folicular sigue siendo un desafío diagnóstico y terapéutico para los dermatólogos debido a su presentación clínica variable y a la falta de comprensión sobre sus mecanismos patogénicos subyacentes (4).

Existen diferentes formas clínicas de mucinosis folicular, como la localizada, difusa, acneiforme y urticarial. Estas variantes se diferencian en la edad de presentación, distribución de las lesiones, curso evolutivo y características histológicas. En la práctica clínica diaria, las formas clásicamente descritas no siempre son reconocibles, ya que los datos clínicos pueden diferir de las formas típicas (6).

Un estudio que muestra estadísticas sobre la mucinosis folicular entre 2014 y 2024 evidencia un aumento en el número de casos reportados, con un total de 1,136 casos en 2024 (7), mientras que otro realizado en 2020 contiene datos que muestran un total de 102 casos en el primer trimestre de ese año, lo cual deja ver el incremento de esta patología (8).

En el caso específico de la mucinosis folicular facial en niños, los datos muestran un total de 142 casos en octubre de 2023 y 123 casos en noviembre de 2023 (9), en tanto que en otro estudio se destaca la asociación entre la mucinosis folicular y el desarrollo de linfoma, especialmente la micosis fungoide ubicándose entre un 14% y un 66% de los casos de mucinosis folicular asociados con linfoma (10).

La mucinosis folicular puede desarrollarse como un proceso primario que se considera idiopático y se describe más comúnmente en pacientes mayores con una erupción distribuida de forma difusa. La mucinosis folicular asociada a micosis fungoide y la mucinosis folicular idiopática con frecuencia tienen un aspecto clínico similar, y sus características histopatológicas, fenotipo inmunohistoquímico y estado de reordenamiento del gen del receptor de células T se superponen, por lo que el diagnóstico se basa en una combinación de datos clínicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y moleculares (11).

La literatura médica ha descrito una amplia gama de presentaciones clínicas de la mucinosis folicular, incluyendo pápulas, placas, lesiones acneiformes y urticariformes (12). Sin embargo, la relación entre estas manifestaciones clínicas y las características patológicas de la enfermedad sigue siendo poco clara. La comprensión de esta relación es crucial para desarrollar estrategias diagnósticas y terapéuticas efectivas. Por consiguiente, surge como interrogante: ¿Cuál es la relación entre las manifestaciones clínicas y las características patológicas de mucinosis folicular?

## JUSTIFICACIÓN

La mucinosis folicular, un trastorno cutáneo infrecuente, representa un desafío tanto diagnóstico como terapéutico para los dermatólogos debido a su presentación clínica variable y a la falta de comprensión sobre sus mecanismos patogénicos subyacentes. La escasez de claridad en la relación entre la presentación clínica y las características patológicas de la mucinosis folicular plantea una barrera significativa en el abordaje efectivo de esta enfermedad en la práctica clínica diaria.

Desde una perspectiva teórica, la falta de estudios sistemáticos y exhaustivos que aborden esta relación en la literatura actual subraya la necesidad imperiosa de investigaciones que aporten evidencia sólida y fundamentada. La comprensión de esta relación es crucial para el desarrollo de estrategias diagnósticas y terapéuticas eficaces, lo que permitirá a los médicos dermatólogos tomar decisiones informadas y personalizadas en el manejo de la mucinosis folicular.

En términos metodológicos, la presentación de estudios de caso, serie de casos o estudios bibliográficos/sistemáticos que investiguen la relación entre la presentación clínica y las características patológicas de la mucinosis folicular contribuirá a llenar un vacío significativo en el conocimiento actual sobre esta enfermedad. Estas investigaciones podrían aportar datos sólidos que respalden la identificación de marcadores clínicos y patológicos clave, facilitando así un diagnóstico más preciso y un enfoque terapéutico más efectivo.

Desde una perspectiva práctica y clínica, es fundamental considerar que la mucinosis folicular puede tener un impacto considerable en la calidad de vida de los pacientes, debido al cuadro clínico variable, que puede ir desde el dolor, prurito y presentar alteraciones dermatológicas. En este sentido, el desarrollo de estrategias diagnósticas y terapéuticas efectivas no solo contribuirá a mejorar el pronóstico de los pacientes, sino que también les permitirá gestionar de manera más efectiva los síntomas y las implicaciones físicas y emocionales de la enfermedad.

## MARCO TEORICO

### **Antecedentes de la investigación**

De acuerdo al estudio de Pérez y cols. (3) en donde se describe el caso de una niña de 10 años con un diagnóstico sospechoso de tiña corporal diseminada. A pesar de recibir tratamiento con ketoconazol por vía oral y tópica durante 150 días, no hubo mejoría. La paciente presentaba pérdida de cabello difusa y poco definida, una pequeña erosión rojiza circular y varias placas redondeadas con bordes precisos. Los análisis directos y cultivos micológicos no detectaron la presencia ni el crecimiento de dermatofitos. El examen anatomopatológico reveló una epidermis normal, un denso infiltrado inflamatorio linfocitario alrededor de los folículos pilosos y vasos sanguíneos en la dermis superficial y media, con degeneración mucinosa de la vaina radicular externa de los folículos pilosos, lo que fue consistente con mucinosis folicular. Se decidió tratar a la paciente con un ungüento de tacrolimus al 0.1% dos veces al día durante cuatro meses, lo que resultó en una mejoría significativa, con la desaparición de las lesiones y un lento crecimiento del cabello en las áreas afectadas por la alopecia.

Asimismo, el estudio de Navarro y cols. (13) presentó el caso de una niña de 8 años sin historial médico relevante que fue referida debido a una lesión en la parte posterior de la nariz que había surgido dos meses antes. A pesar de haber recibido tratamiento con una crema de hidrocortisona al 1% recetada por su médico de atención primaria, no experimentó mejoría. La lesión era una placa eritematosa bien definida, de crecimiento lento, prominente, pruriginosa y ligeramente infiltrada con hiperqueratosis folicular. El análisis patológico reveló la presencia de mucina intraepitelial en varios folículos pilosos en la dermis, sin evidencia de inflamación o signos de malignidad. Estos resultados confirmaron el diagnóstico de mucinosis folicular. Tras recibir tratamiento con crema de acetónido de metilprednisolona al 1% dos veces al día durante una

semana, la lesión desapareció por completo y no se observaron signos de reaparición durante el seguimiento de un año.

De igual manera, el estudio de caso Ávila y cols. (2) en donde se presenta un paciente de 28 años con evolución de dos años con tres placas alopecias normocrómicas con foliculitis prominente en el dorso de la mano, brazo y región lumbosacra derecha, a veces acompañadas de prurito, que mostraron mejoría parcial con el uso de esteroides tópicos, tacrolimus y dapsona tópica. El primer estudio histopatológico e inmunohistoquímico no arrojó un diagnóstico concluyente de micosis fungoide. Seis meses más tarde, con progresión de las placas y resistencia al tratamiento, se realizó una nueva biopsia con resultados similares a la primera. Dada la evolución clínica desfavorable y la escasa respuesta al tratamiento, se optó por un enfoque terapéutico más agresivo, considerando la posibilidad de micosis fungoide foliculotropa. Se inició un tratamiento con fototerapia UVA-1, isotretinoína y tazaroteno, que resultó en una buena respuesta.

Por otro lado, el estudio Steinmann y cols. (12) realizado con la finalidad de comparar la mucina dérmica con la folicular para determinar su posible origen a nivel unicelular. Este estudio incluyó a 31 pacientes diagnosticados con mucinosis cutáneas primarias entre 2010 y 2020, de los cuales 14 presentaban mucinosis folicular, 8 mucinosis eritematosa reticular, 2 pacientes con escleredema, 6 mixedema pretibial y un paciente con liquen mixedematoso. Se pudo observar que distintos tipos de células parecen contribuir a la producción de mucina en mucinosis cutáneas primarias. A través de la técnica de fluorescencia multiplex, se evidenció que las células T CD8+ están más implicadas en la producción de mucina en la mucinosis folicular que en las mucinosis dérmicas, lo que sugiere que la mucina en las mucinosis dérmicas y foliculares podría tener orígenes distintos.

Finalmente, el estudio de Bohórquez y cols. (14) en el mismo que se presenta a una paciente de 14 años de edad, residente en Bolívar, Antioquia, consultó por tener dos lesiones faciales de 10

meses de evolución. En el pasado, a los 7 años, tuvo una placa en la mejilla izquierda que dejó una cicatriz atrófica. En el examen físico, se observaron placas numulares en la frente y en la región malar derecha, así como placas eritematosas atróficas con comedones abiertos en la región malar izquierda. El informe de histopatología diagnosticó mucinosis folicular, mostrando degeneración mucinosa y un infiltrado inflamatorio en los folículos pilosos. El tratamiento con esteroides intralesionales y tópicos de alta potencia resultó en mejoría de las lesiones.

### **Mucosinosis folicular**

Inicialmente descrita por Pinkus en 1957 como alopecia mucinosa y posteriormente por Jablonska y colaboradores con el nombre actual, la mucinosis folicular (epitelial) se caracteriza por un patrón reactivo inflamatorio del epitelio y/o del tejido subyacente, que se manifiesta mediante la acumulación anormal de mucina en el aparato folículo-sebáceo o en la dermis circundante. Aunque hay controversia al respecto, se distinguen dos formas de presentación: la primaria, de curso benigno y autolimitado, que se observa con mayor frecuencia en la población infantil y cuyo diagnóstico definitivo se establece mediante estudio histopatológico. Por otro lado, la forma secundaria, más común en adultos, se considera una manifestación clínico-morfológica temprana del linfoma cutáneo de células T, presente en alrededor del 20% de los casos, lo que requiere un seguimiento médico periódico a largo plazo (3).

En general, la mucinosis folicular idiopática no se asocia con ninguna enfermedad orgánica específica, mientras que la forma no esencial está relacionada con trastornos como los procesos mieloproliferativos, el lupus eritematoso sistémico, el liquen plano o la sarcoidosis, entre otros. Hasta la fecha, el origen de la enfermedad sigue siendo desconocido, y Wittenberg y sus colegas sugieren que la liberación de material mucinoso por parte del epitelio folicular, bajo la

influencia de citocinas linfocitarias perifoliculares y frente a diversos estímulos aún desconocidos, podría desempeñar un papel en su desarrollo. (14,15).

De manera específica, las mucinosis cutáneas primarias son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por el depósito anormal de glucosaminoglicanos (mucina) en la piel. Esta es la principal pista histopatológica que da lugar a presentaciones clínicas distintivas. Suelen ser enfermedades de la edad adulta y son poco frecuentes en niños, en quienes el diagnóstico y manejo son tareas difíciles. El diagnóstico y el tratamiento de los pacientes pediátricos con mucinosis cutáneas también son difíciles, ya que estas enfermedades rara vez se ven en niños (16).

### **Características clínicas**

Se han propuesto diversas clasificaciones de la mucinosis folicular, siendo la más aceptada aquella que distingue entre formas primarias o idiopáticas (donde no se identifica ninguna enfermedad asociada) y formas secundarias (donde la mucinosis folicular aparece acompañando o precediendo a procesos linfoproliferativos, principalmente micosis fungoide) (17).

La mucinosis folicular primaria o idiopática se divide a su vez en dos formas: la forma aguda, localizada, que se caracteriza por una o dos lesiones en forma de placa inflamatoria en la región cefálica, con una edad media de afectación de 21 años y tendencia a la resolución espontánea; y la forma crónica, diseminada, que se manifiesta con múltiples lesiones dispersas en forma de pápulas, placas o nódulos eritematosos en tronco, extremidades y cara, con una edad media de afectación de 31 años y tendencia a persistir o recurrir tras la remisión espontánea (2).

No obstante, existen numerosas excepciones a esta clasificación clásica de la mucinosis folicular. Se han descrito formas localizadas de mucinosis folicular que no muestran tendencia a la resolución espontánea, así como lesiones dispersas que se resuelven de forma espontánea.

También se han reportado otras formas poco comunes de presentación de la mucinosis folicular primaria, como formas fotoinducidas, lesiones quísticas en la cara y formas eritrodérmicas (3).

Un número significativo de casos de mucinosis folicular se asocia o da lugar al desarrollo de un linfoma, generalmente de tipo cutáneo, lo que se conoce como mucinosis folicular secundaria o maligna. El porcentaje de casos asociados a linfoma varía entre el 14% en EE.UU. y el 66% en Japón. La mucinosis folicular puede preceder al desarrollo del linfoma varios años, aunque en la mayoría de los casos aparece al mismo tiempo o después del diagnóstico del linfoma. La micosis fungoide es el linfoma más frecuentemente asociado a la mucinosis folicular, y se ha demostrado que la presencia de mucinosis folicular en una micosis fungoide es un indicador de mal pronóstico (17).

Asimismo, el estudio de Pérez y cols. (3) para facilitar la protocolización de estos casos se han categorizado en tres presentaciones:

- **Mucinosis folicular primaria o benigna:** se presenta con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes, con pocas lesiones cutáneas que se localizan principalmente en la cabeza, el cuello y la parte superior del tronco. Esta forma de mucinosis folicular tiene un curso benigno y autolimitado.
- **Mucinosis folicular secundaria o maligna:** se manifiesta en adultos de mediana a avanzada edad, con lesiones más extensas y de mayor tamaño. Esta forma de mucinosis folicular suele estar asociada comúnmente con la proliferación maligna de linfocitos, linfoma o el síndrome de Sézary.
- **Mucinosis folicular persistente:** esta forma de mucinosis folicular corresponde a una combinación de los hallazgos clínico-patológicos de las formas anteriores, con lesiones generalizadas y persistentes. Se observa una asociación con el linfoma cutáneo de células T o la micosis fungoide en aproximadamente el 15 al 30% de los casos, y la

mayoría de los pacientes afectados son adultos. Estas condiciones pueden presentarse de forma simultánea con trastornos mieloproliferativos, precederlos o desarrollarse años después del inicio de los síntomas de mucinosis.

### **Métodos de diagnóstico**

El diagnóstico de mucinosis folicular se realiza mediante evaluación clínica e histopatológica. En la microscopía, se pueden observar depósitos de mucina en el epitelio folicular y en las glándulas sebáceas, lo que resulta en una separación entre los queratinocitos y un infiltrado inflamatorio linfocitario. En algunos casos, los folículos pilosos pueden transformarse en cavidades quísticas. La inmunomarcación puede ser útil para confirmar el diagnóstico de linfoma. Sin embargo, algunos estudios han concluido que no hay datos clínicopatológicos definitivos que permitan diferenciar entre la mucinosis folicular primaria y secundaria (8).

El diagnóstico diferencial de la mucinosis folicular debe considerar condiciones como alopecia areata, alopecia cicatricial, eccema crónico y erupciones acneiformes. La histopatología desempeña un papel crucial en el diagnóstico, ya que revela la acumulación de mucina en el folículo piloso y la glándula sebácea, así como una inflamación principalmente compuesta por linfocitos, macrófagos y eosinófilos. Una de las principales dificultades en el diagnóstico de las mucinosis foliculares radica en la falta de características clínicas o histopatológicas distintivas, así como en la ausencia de criterios claros para diferenciar de manera definitiva entre las formas benignas y aquellas asociadas a un proceso maligno (19).

### **Tratamiento**

El manejo de las formas localizadas puede ser expectante. Para lesiones persistentes o extendidas, hay diversas opciones terapéuticas disponibles, como antibióticos tópicos y orales,

retinoides tópicos, isotretinoína, esteroides (tópicos, intralesionales, orales), dapsona, metotrexato, interferón  $\alpha$ -2b, PUVA, UVA1, terapia fotodinámica, resección y radioterapia, entre otros. Varios estudios han mostrado la remisión completa de la enfermedad con dosis de 200 mg al día de minociclina. El tratamiento de la mucinosis folicular asociada a una neoplasia se enfoca en el proceso maligno subyacente (19).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Presentar un estudio de caso clínico de un paciente con mucinosis folicular.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las características clínicas del paciente con mucinosis folicular.
- Establecer las características histopatológicas y métodos de diagnóstico definitivo
- Evaluar el tratamiento farmacológico aplicado para de acuerdo a las características clínicas presentas en paciente con mucinosis folicular.

## METODOLOGÍA

El presente estudio posee un enfoque cualitativo, de carácter descriptivo, teniendo como método, la presentación de un estudio de caso clínico de un paciente de 19 años de sexo masculino con diagnóstico presuntivo de *tiña corporis*. Para la selección del mismo en el presente estudio, se solicitó el consentimiento informado, para participar en la investigación y presentar su estudio ante la academia e investigación.

Dentro de los instrumentos utilizados se utilizó la historia clínica, además de los estudios dermatológicos-histopatológicos y evolución durante el proceso de atención. Desde el punto de vista bioético, se garantizó la protección de su identidad, así como la anonimización de los resultados obtenidos, permitiendo de esta manera, salvaguardar los derechos del paciente, basando su estudio en los principios de la bioética; es decir, el respeto a la autonomía, no maleficencia y beneficencia.

De igual manera, se realizará una revisión bibliográfica, la misma que tiene como finalidad, el comparar los resultados obtenidos en el presente estudio con estudios de caso, series de caso, estudios de revisión bibliográfica/sistemática, artículos publicados en Scielo, Elsevier, Dialnet, Pubmed, e investigaciones realizadas en los últimos catorce años y publicadas en repositorios y estudios presentes en *Google Academic*, que aborden la presentación clínica de mucinosis folicular, así como las características histopatológicas, métodos de diagnóstico y tratamiento utilizado.

## REPORTE DEL CASO

### Datos de identificación

N.N.

### Motivo de consulta

Paciente de sexo masculino de 19 años, que acude a consulta con dos semanas de evolución, que presenta en placas hipocrómicas de bordes irregulares con ligera descamación en la región de la piel de la espalda a nivel cervical, dorsal y con proyecciones hacia la región lumbar o espalda baja. De igual manera, en el cuero cabelludo, en la región occipital, se observan placas de alopecias con ligera descamación asociadas al diagnóstico presuntivo de *tiña corporis*.

**Figura 1.** Presencia de lesiones dermatológicas asociadas a mucinosis folicular.



*Nota.* En la figura se muestran placas hipocrómicas en la región de la piel de la espalda y placas de alopecias con ligera descamación en el cabello de la región occipital.

### **Historia de la enfermedad actual**

El paciente de sexo masculino de 19 años acude a consulta con dos semanas de evolución de lesiones cutáneas. Presenta placas hipocrómicas de bordes irregulares con ligera descamación en la región de la piel de la espalda a nivel cervical, dorsal y con proyecciones hacia la región lumbar. También se observan placas alopécicas con descamación en el cuero cabelludo en la región occipital. Se sospecha un diagnóstico de tiña corporis.

### **Antecedentes personales**

El paciente no refiere antecedentes médicos relevantes, no tiene alergias conocidas a medicamentos o alimentos, no está tomando medicamentos actualmente, no hay antecedentes de cirugías previas. No fuma ni consume alcohol de manera habitual.

### **Antecedentes familiares**

No hay antecedentes familiares de enfermedades cutáneas similares, no hay antecedentes de enfermedades infecciosas de la piel en la familia.

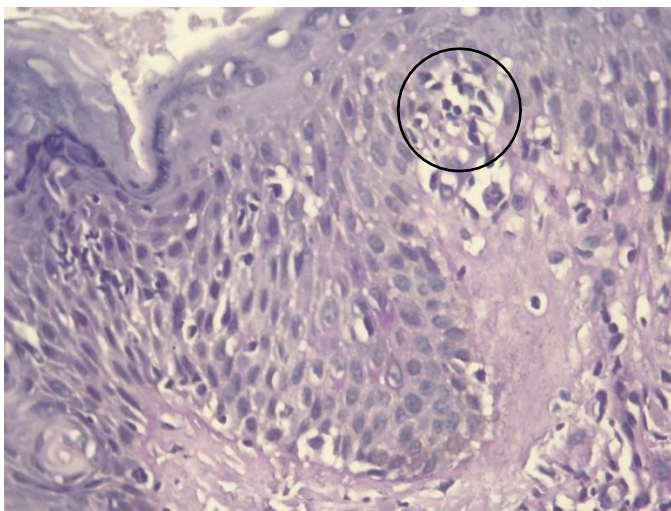
### **Examen físico**

El paciente se encuentra en buen estado general, consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Se observan placas hipocrómicas de bordes irregulares con ligera descamación en la región cervical, dorsal y lumbar. En el cuero cabelludo en la región occipital se observan placas alopécicas con descamación. No se palpan adenopatías cervicales, axilares o inguinales. Sin hallazgos relevantes en la auscultación cardiopulmonar y abdominal.

### **Estudios complementarios**

Previo aseo regional de una de las lesiones cutáneas, con torunda alcoholada e infiltración local de preparado anestésico-vasoconstrictor; se realiza toma de biopsia en la región occipital del cuero cabelludo y piel de la ceja derecha para análisis anátomo-patológico.

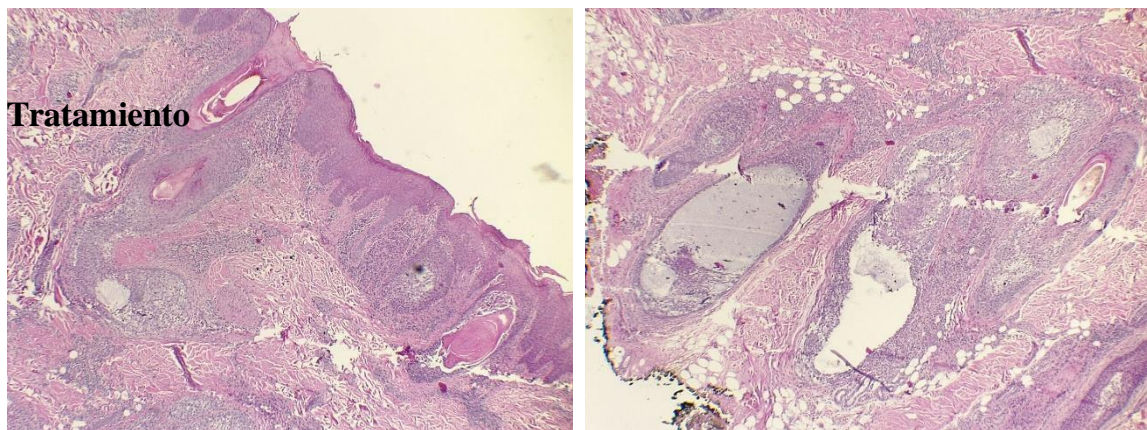
**Figura 2.** Piel de ceja derecha



*Nota.* En la figura se observa la biopsia realizada en la piel de la ceja derecha con tinción con azul alcían en donde se observan micro abscesos de Pautrier.

Los microabscesos de Pautrier son agregados de células malignas en la epidermis que se observan en ciertos tipos de linfomas cutáneos de células T, como la micosis fungoide y el síndrome de Sézary. Estos microabscesos son característicos de estas enfermedades y pueden ser un hallazgo importante en el diagnóstico y la evaluación de los linfomas cutáneos. La presencia de microabscesos de Pautrier puede ser un indicador importante para diferenciar entre las enfermedades benignas de la piel y los linfomas cutáneos de células T, ya que es un hallazgo característico de estos últimos.

**Figura 3.** Piel del cuero cabelludo



*Nota.* En la figura 3<sup>a</sup> se observa la presencia de tapones foliculares, mientras que en la figura 3<sup>b</sup> se identifica la degeneración mucinosa.

Los tapones foliculares, también conocidos como tapones de queratina, son estructuras que se forman en el folículo piloso de la piel. Por otro lado, la degeneración mucinosa es un término utilizado en medicina para describir un cambio en el tejido que implica la acumulación de mucina, que es una sustancia gelatinosa y transparente compuesta principalmente por carbohidratos y agua.

### **Tratamiento**

Se prescribió claritromicina después de la biopsia, y se notó una notable reducción en el tamaño de la lesión después de 15 días, con una continua mejoría progresiva hasta el momento actual.

## DISCUSIÓN

La mucinosis folicular es una condición cutánea poco común que puede presentar desafíos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Los estudios de Pérez et al. (3), Navarro et al. (13) y Ávila et al. (2) presentan casos de pacientes con mucinosis folicular y detallan diferentes aspectos clínicos, histopatológicos y terapéuticos de la enfermedad. En mi estudio clínico, se describen las características clínicas de un paciente masculino de 19 años con placas hipocrómicas y alopecicas en la región de la piel de la espalda y cuero cabelludo, sugestivas de tiña corporis.

Al comparar los casos de los estudios previos con el caso presentado en mi estudio clínico, se pueden identificar similitudes y diferencias significativas. En cuanto a las características clínicas, los pacientes en los estudios de Pérez et al. (3) y Ávila et al. (2) presentaban lesiones cutáneas bien definidas y características de mucinosis folicular, mientras que en el estudio de Navarro et al. (13) se observaron placas eritematosas con hiperqueratosis folicular. En contraste, en mi estudio clínico, el paciente mostraba placas hipocrómicas y alopecicas, lo que sugiere una presentación clínica diferente de la mucinosis folicular.

En términos de características histopatológicas y métodos de diagnóstico definitivo, los estudios previos revelaron hallazgos distintivos en las biopsias de los pacientes, como la presencia de mucina en los folículos pilosos y degeneración mucinosa. En el estudio clínico, se identificaron microabscesos de Pautrier, que son característicos de linfomas cutáneos de células T, lo que sugiere una posible asociación con la micosis fungoide.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los estudios de Pérez et al. (3) y Ávila et al. (2) destacan la eficacia del tacrolimus tópico en el tratamiento de la mucinosis folicular, mientras que en el estudio de Navarro et al. (13) se utilizó acetónido de metilprednisolona con resultados positivos.

En mi estudio clínico, se prescribió claritromicina después de la biopsia, lo que resultó en una mejoría significativa en el paciente.

## CONCLUSIONES

La mucinosis folicular puede presentarse con una variedad de manifestaciones clínicas, como lesiones cutáneas bien definidas, placas eritematosas con hiperqueratosis folicular, alopécicas, hipocrómicas, entre otras. Estas variaciones subrayan la importancia de considerar una amplia gama de presentaciones clínicas al diagnosticar y tratar la mucinosis folicular.

Los hallazgos histopatológicos característicos de la mucinosis folicular incluyen la presencia de mucina en los folículos pilosos, degeneración mucinosa y microabscesos de Pautrier en ciertos casos. Estos hallazgos son fundamentales para el diagnóstico definitivo de la enfermedad y resaltan la importancia de realizar biopsias cutáneas para confirmar el diagnóstico.

El tratamiento de la mucinosis folicular puede variar y debe adaptarse a las características clínicas específicas de cada paciente. En los casos revisados, se observó que el tacrolimus tópico, acetónido de metilprednisolona, claritromicina, fototerapia UVA-1, isotretinoína y tazaroteno fueron efectivos en mejorar las lesiones cutáneas asociadas con la mucinosis folicular. Estos hallazgos resaltan la importancia de individualizar el tratamiento según la presentación clínica y respuesta del paciente.

## CONFLICTO DE INTERESES

No existe algún conflicto de interés por parte de los investigadores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Perez A, López N. Mucinosiis folicular primaria presentación de un caso clínico tratado con tacrolimus unguento al 0.1%. Rev. argent. dermatol. 2016; 97(1): p. 34-41.
2. Ávila AM, Aguirre LM, Londoño Á. Mucinosiis folicular. Tres escenarios para su enfoque. Med Cutan Iber Lat Am. 2019; 47(3): p. 205-208.
3. Pérez DO, Guevara E, Vega ME. Mucinosiis folicular primaria crónica diseminada. Dermatol Rev Mex. 2021; 65(2): p. 229-234.
4. Rongioletti F. Mucinosiis cutáneas. EMC - Dermatología. 2022; 56(4): p. 1-7.
5. Casey S, Raj S, Aadil A. Skin nontumor. Pathology outlines. 2024.
6. Sanmartín O, Rodríguez M, Botella R, Guillén C, Aliaga A. Mucinosiis folicular: nuevas entidades clínico-patológicas. Estudio clínico, histológico, inmunohistoquímico e inmunogenotípico de 23 pacientes. Actas Dermosifiliogr. 2002; 93(2): p. 102-113.
7. Khalil J, Kurban M, Abbas O. Follicular mucinosiis: a review. International Journal of Dermatology. 2020.
8. Plaza M, D'Agostino A, Verdi M, Zusaeta M. Mucinosiis folicular. A propósito de dos casos. Rev argent dermatol. 2010.
9. Bauer F, Almeida J, Sementilli A, Mattos E, Dinato S. Idiopathic follicular mucinosiis in childhood. An Bras Dermatol. 2020; 95(2): p. 268-270.
10. Geller S, Gomez C, Myskowski P, Pulitzer M. Follicular mucinosiis in patients with hematologic malignancies other than mycosis fungoides: A clinicopathologic study. J Am Acad Dermatol. 2019; 80(6): p. 1704-1711.

11. Emge D, Lewis D, Aung P. How to Discern Folliculotropic Mycosis Fungoides From Follicular Mucinosis Using a Pediatric Case. *J Cutan Med Surg*. 2018; 22(3): p. 336-340.
12. Steinmann S, Guillet C, Cheng P, Levesque M, Dummer R, Kolm I, et al. Identifying the potential origin of mucin in primary cutaneous mucinosis—A retrospective study and analysis using histopathology and multiplex fluorescence stainin. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023; 37(7): p. 1302-1310.
13. Navarro B, Fajardo M, Martín JM. Follicular Mucinosis in Childhood: A Case Report and Review of the Literature. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2012; 103(4): p. 335-336.
14. Bohórquez L, Ruiz AC, Vásquez LA, Arredondo MI, Molina V, Arroyave JE. Mucinosis folicular primaria. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2010;(18): p. 239-241.
15. Parker S, E. M. Follicular mucinosis: Clinical, histologic, and molecular remission with minocycline. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 62: p. 139-141.
16. Ferreli C, Pinna AL, Pilloni L, Corbeddu M, Rongioletti F. Obesity-Associated Lymphedematous Mucinosis: Two Further Cases and Review of the Literature. *Dermatopathology (Basel)*. 2018; 5(1): p. 16-20.
17. Rongioletti F. Primary paediatric cutaneous mucinosis. *Br J Dermatol*. 2020; 182(1): p. 29-38.
18. Sanmartín O, Rodríguez M, Botella R, Guillén C, Aliaga A. Mucinosis folicular: nuevas entidades clínico-patológicas. *Actas Dermosifiliogr*. 2002; 93(2): p. 102-13.
19. Cameras SE, Aquino CJ, Aquino MÁ. Follicular Mucinosis: A Case Report.

20. Parker SR ME. Follicular mucinosis: Clinical, histologic, and molecular remission with minocycline. *J Am Acad Dermatol.* 2010;(62): p. 139-41.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**María Eugenia Cordero Velín**, portadora de la cédula de ciudadanía N° 0104553508. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación “**Mucinosis Folicular. Reporte de Caso**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 06 de febrero de 2025



Firmado electrónicamente por:  
**MARIA EUGENIA  
CORDERO VELIN**

**F:** .....

**María Eugenia Cordero Velín**

**C.I. 0104553508**