

# Histopatología de la dermatitis seborreica

*Histopathology of seborrheic dermatitis*

**Alex Ventura-León<sup>1</sup>, María F. Torres-Bueno<sup>2</sup>**

## DEFINICIÓN

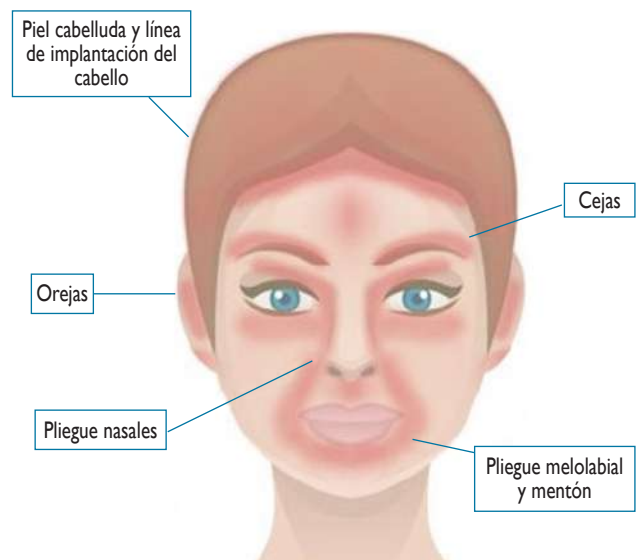
La dermatitis seborreica es una patología inflamatoria con amplia variedad de severidad clínica, caracterizada por lesiones eritemato-pápulo-descamativas distribuidas predominantemente en zonas sebóreas, es decir con alta densidad de glándulas sebáceas activas y folículos pilosos, como, por ejemplo: piel cabelluda, rostro, región superior de tórax y áreas intertriginosas.<sup>1-4</sup>

La enfermedad afecta aproximadamente al 10% de la población general y presenta predilección por el sexo masculino.<sup>1,5</sup> Se ha observado mayor prevalencia en ciertas poblaciones, en pacientes que padecen enfermedad de Parkinson rodea el 60% y en aquellos con VIH/ SIDA rodea el 30-85%.<sup>6,7</sup>

Su comportamiento es bimodal, constituyendo dos presentaciones clínicas con características propias: la dermatitis seborreica del lactante y la dermatitis seborreica del adulto. En este artículo se abordará esta última entidad.

## CLÍNICA

La dermatitis seborreica del adulto inicia habitualmente en la adolescencia. La piel de pacientes con dermatitis seborreica tiende a ser sensible. La manifestación clínica más frecuente durante la enfermedad activa consiste en pápulas, placas o parches blanco grisáceas o eritemato amarillentas descamativas con aperturas foliculares prominentes distribuidas en regiones sebóreas y grandes pliegues corporales. Puede asociarse a molestias leves o moderadas localizados, no presenta síntomas sistémicos. Tiene curso crónico, recidivante y buen pronóstico.<sup>8</sup>



Fuente I : <https://www.dermacaredirect.co.uk/advice/treat-sd>

Además, cabe mencionar que en ciertas poblaciones puede tener características especiales. Se cree que factores endocrinos (ej. MSH incrementada en pacientes con Parkinson), hipomotilidad facial actúan como factores contribuyentes para el desarrollo de dermatitis seborreica en los pacientes con enfermedades neurológicas.<sup>6</sup> Por otro lado, en la infección por virus de la inmunodeficiencia humana puede presentarse como uno de los primeros hallazgos dermatológicos en pacientes con recuento de CD4 + menor a 400 células por milímetro, manifestándose como una erupción centro facial.<sup>7</sup>

## HISTOPATOLOGÍA

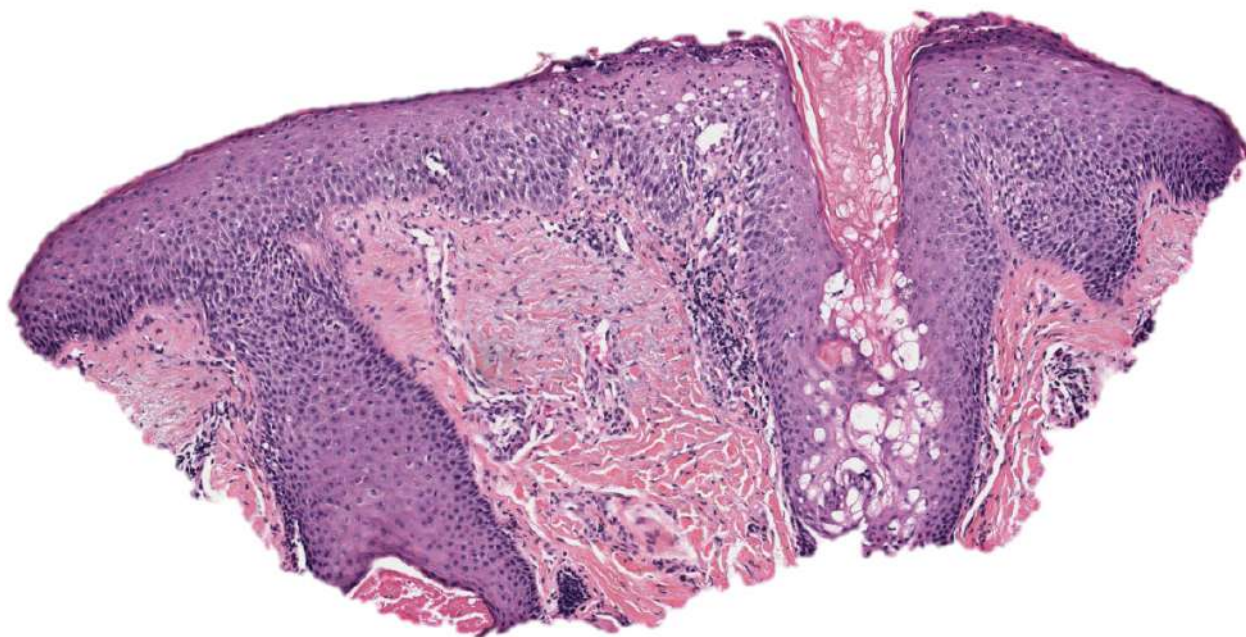
Desde un punto de vista histológico la dermatitis seborreica presenta un patrón espongiótico y psoriasiforme por lo que en ocasiones podría ser confundido con un eccema o con psoriasis dependiendo del patrón que predomine.

1. Médico Patólogo del Hospital Cayetano Heredia y del Laboratorio Unilabs. Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.  
2. MR2 Dermatología Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

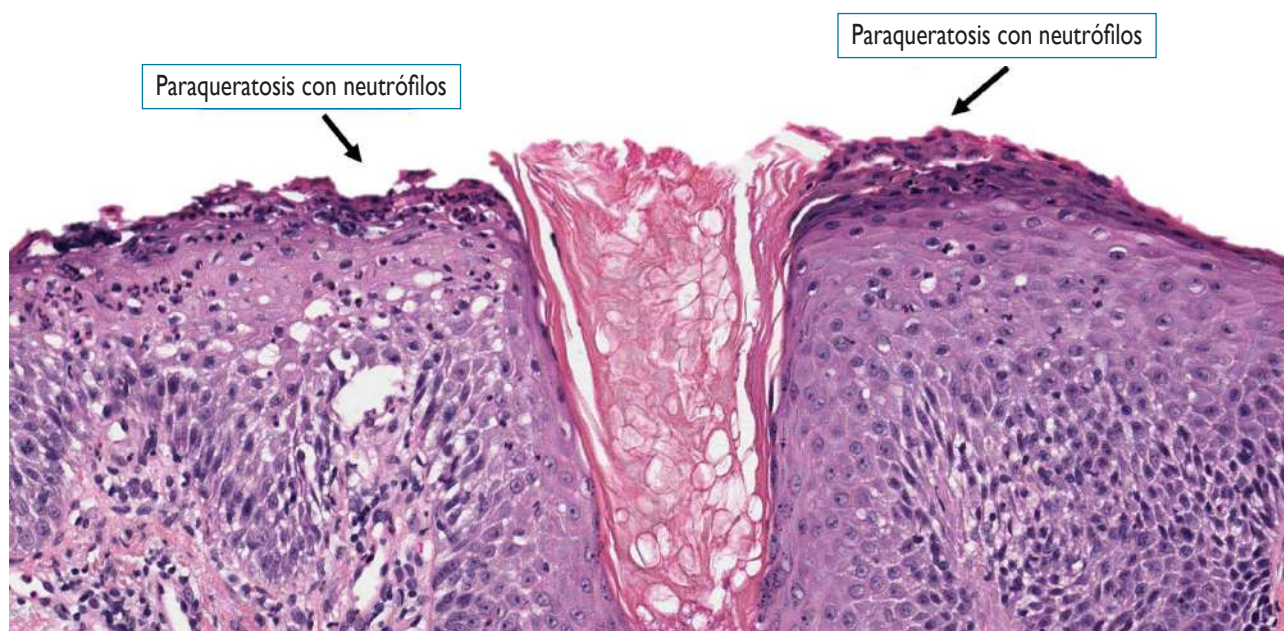
El hallazgo más significativo en la histología es la presencia de paraqueratosis a nivel perifolicular. Este hallazgo es descrito en la literatura como “paraqueratosis en los hombros” o paraqueratosis en los “labios” del infundíbulo. (Ver Figura N° 2)

Además, la paraqueratosis se puede acompañar de neutrófilos lo que siempre nos debe plantear el diferencial de psoriasis y tiña.

En la dermis el infiltrado es inespecífico y suele estar conformado por linfocitos y en ocasiones neutrófilos.<sup>9</sup>



**Figura N° 1.** En esta biopsia punch se observa una epidermis con leve acantosis y focos de paraqueratosis hacia ambos lados del infundíbulo folicular.



**Figura N° 2.** La paraqueratosis se acompaña de neutrófilos y está localizada en los “hombros” del infundíbulo folicular.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLÍNICO

Si bien es cierto en la mayoría de ocasiones el diagnóstico es clínico, se debe prestar especial atención a algunos hallazgos que nos permitan descartar otras patologías. En tal sentido, es útil diferenciar las lesiones según su localización<sup>8</sup>:

*En piel cabelluda* se considera como diferenciales psoriasis, dermatitis atópica y micosis. Las lesiones eritematosas descamativas tanto de la DS como de psoriasis presentan hallazgos clinicopatológicos similares, constituyendo un reto diagnóstico si estas lesiones están localizadas únicamente en cuero cabelludo. En este contexto, la dermatoscopia es de utilidad.<sup>10,11</sup>

*En el rostro* se debe distinguir de psoriasis, rosácea, dermatitis de contacto, lupus eritematoso. Si se limita al párpado las principales posibilidades son dermatitis de contacto, atópica, psoriasis o infección por demodex. Si está circunscrito a conducto auditivo externo las probabilidades serían psoriasis y dermatitis de contacto.

*En tronco* los diagnósticos diferenciales principales son psoriasis, pitiriasis (rosada y versicolor), pénfigo (foliáceo, seborreico) y lupus subagudo.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL HISTOLÓGICO

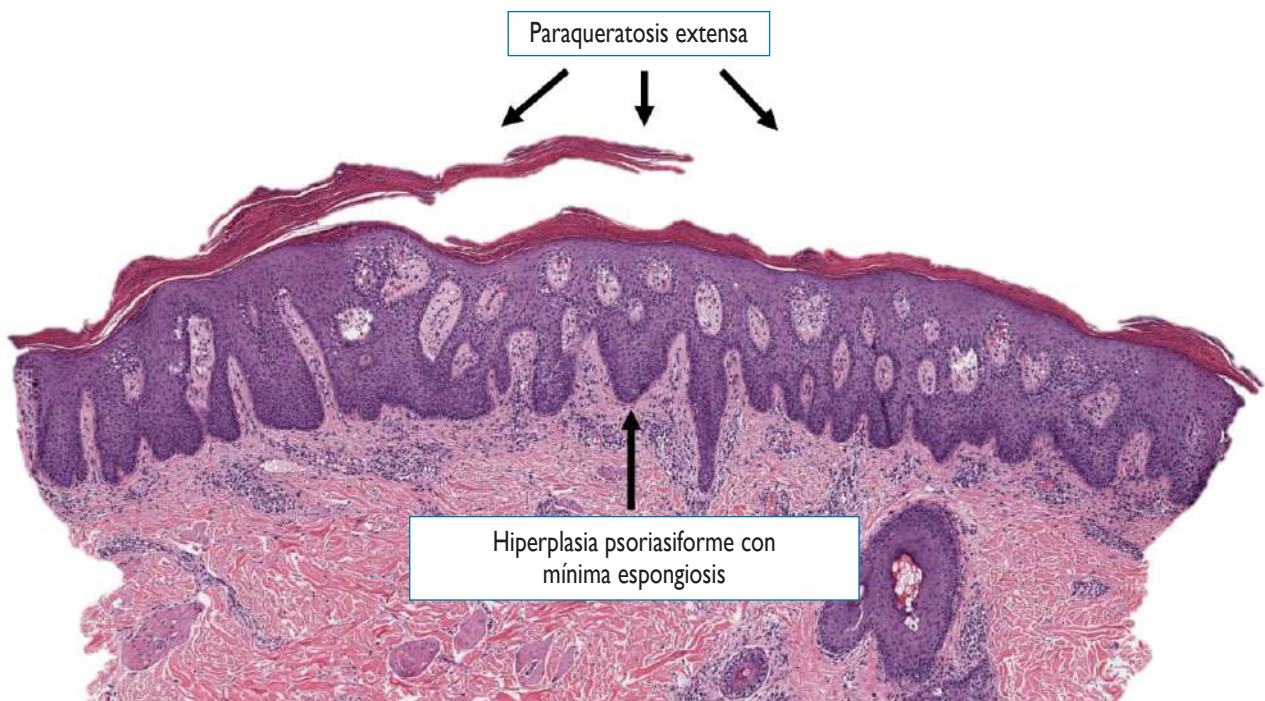
Los principales diagnósticos a considerar serán la Psoriasis, y dermatofitosis.

En cuanto a la *Psoriasis* usualmente la paraqueratosis que presenta es extensa y no focal como en la dermatitis seborreica. Además, la espongiosis no es un hallazgo común en la psoriasis y si lo puede ser en una dermatitis seborreica.

Es importante mencionar que en ocasiones la distinción histológica entre psoriasis y dermatitis seborreica puede ser muy complicada. En dichos casos la correlación clínico patológica será muy importante para favorecer un diagnóstico sobre otro. El siguiente cuadro puede ayudar en la distinción histológica de estas entidades.

| Psoriasis  | Dermatitis seborreica   |
|--|---|
| ▲ El estrato corneo tiene paraqueratosis extensa con neutrófilos.        | ▲ El estrato corneo tiene paraqueratosis que suele ser focal y de distribución perifolicular. |
| ▲ La hiperplasia epidérmica es regular y suele haber mínima espongiosis. | ▲ Puede contener neutrófilos intracorneales.  |
| ▲ Suele haber hipogranulosis debajo de la paraqueratosis.                | ▲ La capa granulosa suele estar preservada.   |
|  | ▲ La hiperplasia epidérmica puede ser psoriasiforme, pero con regular grado de espongiosis.   |

Por último, siempre que veamos neutrófilos en el estrato corneo se debe realizar una tinción P.A.S para descartar la presencia de estructuras fúngicas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ijaz N, Fitzgerald D. Seborrhoeic dermatitis. Br J Hosp Med (Lond). 2017 Jun 2; 78(6): C88-C91
2. Falusi OO. Seborrhea. Pediatr Rev 2019; 40: 93
3. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. Clin Dermatol. 2013 Jul-Aug;31(4): 343-351
4. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. Am Fam Physician. 2015 Feb 1;91(3):185-190
5. Naldi L (2010) Seborrheic dermatitis. BMJ Clin Evid 2010: 1713
6. Arsenijevic VSA, Milobratovic D, Barac AM, Vekic B, Marinkovic J, Kostic VS (2014) A laboratorybased study on patients with Parkinson's disease and seborrheic dermatitis: the presence and density of Malassezia yeasts, their different species and enzymes production. BMC Dermatol 14: 5
7. Amado Y, Patiño-Uzcátegui A, Cepero de García MC, Tabima J, Motta A, Cárdenas M, Bernal A, Restrepo S, Celis A. Seborrheic dermatitis: predisposing factors and ITS2 secondary structure for Malassezia phylogenetic analysis. Med Mycol. 2013 Nov; 51(8): 868-875
8. Kang S, Amagai M, Bruckner A, Enk A, Margolis D, McMichael A, and Orringer J., 2019. Fitzpatrick's Dermatology. 9th ed. New York: Mc Graw Hill Education, pp.428-436.
9. Patterson JW. Weedon's Skin Pathology. 5ta ed. Virginia: Elsevier Health Sciences; 2020
10. Kibar M, Aktan S, Bilgin M. Dermoscopic in scalp psoriasis and seborrheic dermatitis; two new signs; signet ring vessel and hidden hair. Indian J Dermatol 2015; 60 (1): 41-45.
11. Kim GW, Jung HJ, Ko HC, Kim MB, Lee WJ, Lee SJ, Kim DW, Kim BS. Dermoscopy can be useful in differentiating scalp psoriasis from seborrheic dermatitis. Br J Dermatol. 2011 Mar; 164 (3):652-656.
12. Imágenes histológicas obtenidas de [www.pathpresenter.com](http://www.pathpresenter.com)

Correspondencia: Alex Ventura-León  
Email: [alex.ventura.l@upch.pe](mailto:alex.ventura.l@upch.pe)

María Fernanda Torres Bueno  
Email: [mafertobue@gmail.com](mailto:mafertobue@gmail.com)

Recibido: 08-03-2020  
Aceptado: 20-03-2021



## VISITA NUESTRA REVISTA

# DERMATOLOGÍA PERUANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA

INGRESA A:

[www.dermatologiaperuana.org](http://www.dermatologiaperuana.org)

NÚMERO ACTUAL | NÚMEROS ANTERIORES | INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES | ENVÍO DE MANUSCRITOS | ENLACES DE INTERÉS | EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA