

Artículo de revisión

Dermatoscopia en alopecia areata

Ma. Enriqueta Morales Barrera,* Martha Alejandra Morales Sánchez,** Angélica Fernanda Rodas Espinoza***

RESUMEN

La dermatoscopía es una técnica no invasiva que actualmente se utiliza como auxiliar diagnóstico en lesiones tumorales. En el caso de pacientes con alopecia areata se han descrito hallazgos que apoyan dicho diagnóstico, como la presencia de puntos amarillos, puntos negros, pelos afilados o en signo de admiración, pelos rotos y vellus cortos. En este artículo se explican a detalle las características observadas con el dermatoscopio en esta dermatosis y se muestran ejemplos.

Palabras clave: Dermatoscopia, alopecia areata.

ABSTRACT

Dermoscopy is a non-invasive technique that is used as an auxiliary diagnostic procedure in alopecia. Dermoscopy findings in alopecia areata which supports the diagnosis are yellow dots, black dots, tapering hairs, broken hairs and short vellus hairs. This article discusses the findings in alopecia areata using a dermatoscope and shows some examples.

Key words: Dermoscopy, alopecia areata.

INTRODUCCIÓN

La alopecia areata es una enfermedad inflamatoria autoinmune que afecta al folículo piloso y láminas ungueales.^{1,2} Su incidencia es de 20.2 casos por 100,000 habitantes al año, (0.57%) en México, su prevalencia es de 1.7% aproximadamente.³

En su etiopatogenia se señala que la principal causa es el ataque del sistema inmunológico, principalmente de linfocitos T, hacia las células del folículo piloso.⁴ En condiciones normales el folículo piloso se encuentra en un ambiente de privilegio inmunológico, en el que sus antígenos no se reconocen ni como propios ni como extraños. Actualmente se sabe que el colapso de este ambiente causa el ataque autoinmune al pelo, y que el estímulo es multifactorial.

La alopecia areata generalmente es asintomática. El diagnóstico es clínico y se basa en la presencia de placas de alopecia de forma circular u oval, bien delimitadas y con orificios foliculares visibles. Se extienden de manera centrífuga y los pelos en el borde se rompen con una tracción ligera; pueden encontrarse los denominados «pelos peládicos» o en forma de «signo de admiración», los cuales miden de 3 a 5 mm y presentan un extremo distal oscuro y abultado. También se aprecian orificios foliculares llenos de restos de pelos, llamados «cadavéricos». La repoblación inicial se observa con vello y pelos terminales blancos.

Es necesario realizar diagnóstico diferencial con dermatosis que ocasionen alopecia cicatrizal durante su evolución, como el liquen plano, lupus eritematoso y la folliculitis queoidea, principalmente. Es por ello que en años recientes se comenzó a utilizar la dermatoscopía como auxiliar y desde entonces se han realizado estudios para definir las características dermatoscópicas en la alopecia areata. En la actualidad esta técnica también se emplea para evaluar la respuesta al tratamiento.⁵

* Dermatóloga.

** Residente del 4º año de Dermatología.

*** Residente del 3er año de Dermatología.

Dermatoscopía

Es una técnica sencilla, no invasiva y de ubicación intermedia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico, que recientemente se ha utilizado como método auxiliar en las tricopatías. Se basa en el principio de la transiluminación de la lesión o la piel estudiadas mediante una amplificación de las mismas.

Entre el dermatoscopio y la piel se añade una solución de contacto para unir las dos superficies y disminuir la reflexión de los haces de luz, permitiendo que éstos alcancen las capas más profundas de la piel.⁶ Las soluciones de contacto que se utilizan son: aceite de inmersión, aceite mineral, agua y actualmente se obtienen los mejores resultados con alcohol. Los nuevos dermatoscopios con filtro de luz polarizada no requieren contacto con la lesión, y la utilización de imágenes de alta resolución permite visualizar a gran aumento estructuras vasculares profundas.⁷ Es por ello que las imágenes obtenidas por dermatoscopía no polarizada son diferentes a las observadas con la dermatoscopía polarizada; ambas se modifican si el dermatoscopio tiene contacto directo con la piel.⁸

El dermatoscopio se puede adaptar a una cámara digital para analizar las imágenes por medio de una computadora, también se puede adaptar a sistemas digitales que permiten realizar el mapeo de grandes áreas de piel y archivar las fotos.

Dermatoscopía en alopecias

Las descripciones iniciales de las alteraciones en la piel cabelluda se hicieron mediante videodermatoscopía, con la que se obtienen imágenes de gran aumento, hasta 70x. Sin embargo, los hallazgos se han extrapolado a la dermatoscopía convencional, que sólo permite un aumento de 10x, pudiendo mejorar la visualización al adaptarlo a una cámara digital.

En alopecias se han descrito dos patrones: el vascular y el de pigmento. De hecho, la combinación de estos patrones ha permitido el diagnóstico de diferentes tipos de alopecia con exactitud. Entre los signos característicos de algunas patologías del pelo encontramos: pelos cortados a diferentes niveles en la tricotilomanía, pelos miniaturizados con densidad disminuida en alopecia androgenética, hiperqueratosis perifolicular en lupus discoide o liquen plano pilar (*Figura 1*) y ausencia de orificio folicular en alopecias cicatriciales⁹ y en aplasia cutis (*Figuras 2 y 3*).



Figura 1. Liquen plano pilar, se observa hiperqueratosis perifolicular y eritema. Dermatoscopio DermLite II ProHR (10x).

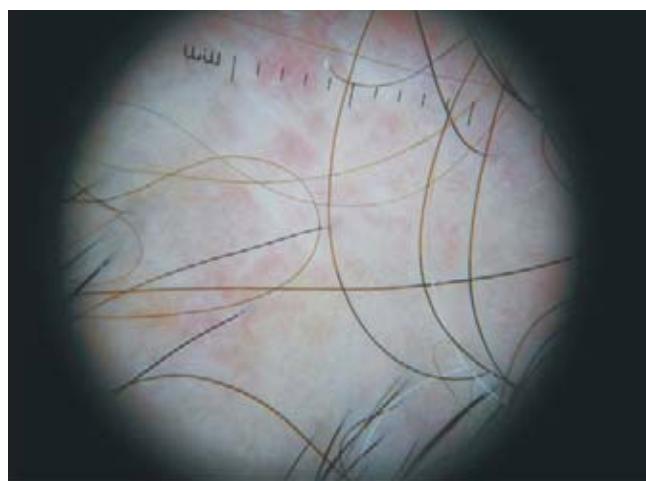


Figura 2. Alopecia cicatrizal, ausencia de orificios foliculares. Dermatoscopio DermLite II ProHR (10x).

ALOPECIA AREATA

El primer hallazgo dermatoscópico que se describió en la alopecia areata fue la presencia de puntos amarillos (*yellow dots*)¹⁰ (*Figura 4*). Los puntos amarillos representan la distensión del infundíbulo folicular con queratina y secreción sebácea. Esto puede comprobarse al aplicar acetona y observar que los puntos amarillos disminuyen de tamaño, sin embargo no desaparecen porque los queratinocitos foliculares degenerados constituyen la mayor parte de ellos. Los puntos amarillos no



Figura 3. Aplasia cutis, ausencia de orificios foliculares. Dermoscopio Dermlite II ProHR (10x).

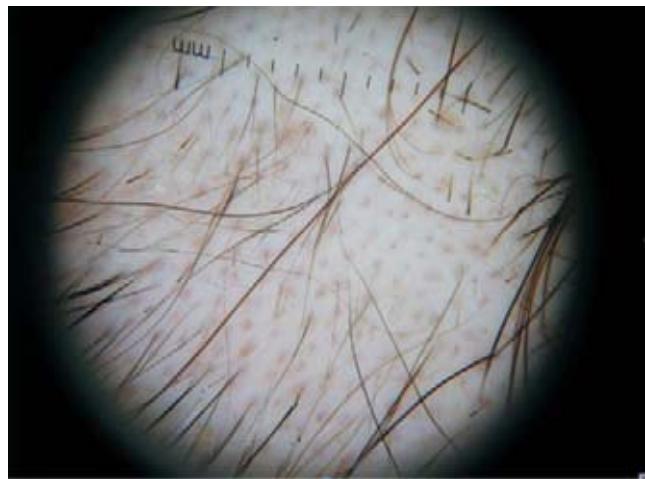


Figura 5. Pelos afilados. Dermoscopio Dermlite II ProHR (10x).

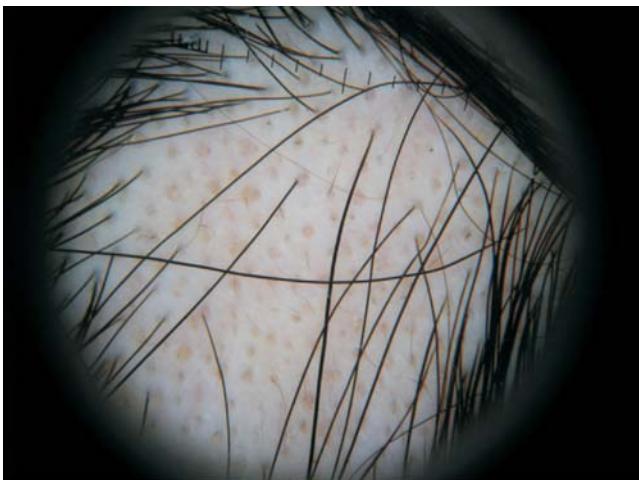


Figura 4. Puntos amarillos. Dermoscopio Dermlite II ProHR (10x).



Figura 6. Pelos rotos. Dermoscopio Dermlite II ProHR (10x).

son específicos de la alopecia areata, ya que también se observan en alopecia androgenética, aunque en menor proporción.

Otros hallazgos dermatoscópicos en la alopecia areata son: pelos afilados, pelos rotos, puntos negros y vellos cortos.

Los pelos afilados (*tapering hairs*) son los denominados en «signo de admiración» con el extremo distal abultado y oscuro, son distróficos (*Figura 5*). Los pelos rotos (*broken hairs*) son también distróficos y por su fragilidad se doblan sobre su propio eje (*Figura 6*). Los puntos negros son considerados restos foliculares de los pelos

afilados y rotos; es decir, son fragmentos de la cutícula de estos pelos que permanecen en el infundíbulo folicular, corresponden a los llamados pelos «cadávericos» (*Figura 7*). Los vellos cortos, menores de 1 mm, indican repoblación o remisión del episodio de alopecia areata (*Figura 8*).

Los hallazgos que tienen mayor importancia para el diagnóstico de alopecia areata son los puntos amarillos y los vellos cortos, ya que se presentan en el 63.7 y 72.7% respectivamente y en combinación en el 94% de ellos. Los puntos negros y amarillos se asocian con placas alopécicas extensas, mientras que los vellos

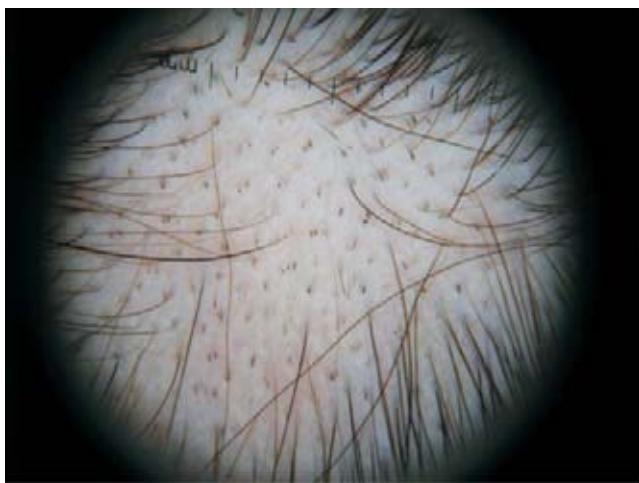


Figura 7. Puntos negros (pelos cadávericos). Dermoscopio DermLite II ProHR (10x).

cortos predominan en placas pequeñas o únicas. Además, los puntos negros, los pelos afilados y los pelos rotos están en relación con la actividad de la enfermedad. Los vellos cortos se observan cuando la alopecia areata se encuentra estable o en remisión. Los hallazgos dematoscópicos más específicos para el diagnóstico de alopecia areata son los puntos negros, pelos afilados y rotos.¹¹

De hecho, en la alopecia areata incógnita, en donde el diagnóstico es clínicamente difícil al no encontrarse las típicas placas circulares, los hallazgos más frecuentes son los puntos amarillos y los vellos cortos.¹² Sin embargo, hay autores que no aceptan la existencia de la alopecia areata incógnita y al observar tanto los puntos amarillos como los vellos cortos, estos últimos son interpretados como pelos miniaturizados, que podrían corresponder más a una alopecia androgenética de patrón femenino.¹³

CONCLUSIONES

El diagnóstico de alopecia areata puede ser difícil, sobre todo en las formas difusas en donde se puede confundir con alopecia androgenética o efluvio telógeno. Esta técnica también nos ayuda a diferenciar entre una alopecia cicatrizal y una no cicatrizal, ya que en la primera no se observan orificios foliculares. La dermatoscopía es fácil de realizar, económica y útil en la evaluación de lesiones de la piel cabelluda, puede realizarse en la práctica diaria, y evita recurrir a procedimientos invasivos.

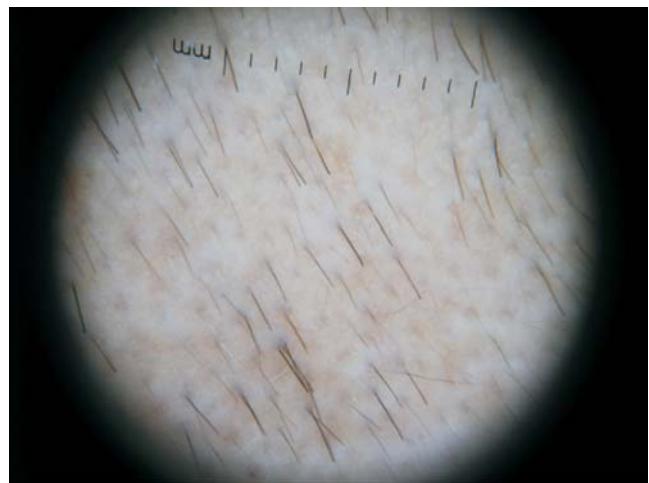


Figura 8. Vello corto. Dermoscopio DermLite II ProHR (10x).

BIBLIOGRAFÍA

1. Randall VA. Is alopecia areata an autoimmune disease? *Lancet* 2001; 357(9297): 1922-1924.
2. Gilhar A, Kalish RS. Alopecia Areata: A tissue specific autoimmune disease of the hair follicle. *Autoimmunity Reviews* 2006; 5: 64-69.
3. Safavi KH, Muller SA, Suman VJ, Moshell AN, Melton LJ. Incidence of alopecia areata in Olmsted County, Minnesota, 1975 through 1989. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 628-633.
4. Gilhar A, Paus R, Kalish RS. Lymphocytes, neuropeptides, and genes involved in alopecia areata. *J Clin Invest* 2007; 117(8): 2019-2027.
5. Inui S, Nakajima T, Itami S. Dry dermoscopy in clinical treatment of alopecia areata. *J Dermatol* 2007; 34: 635-639.
6. Perusquía AM. Dermatoscopía y sus principios ópticos. En: *Atlas de Dermatoscopía ETM*. México 2006; Cap.1: 1-5.
7. Puig S, Mahelvy J. Nuevos horizontes diagnósticos en dermatoscopía. *Piel* 2003; 18: 401-402.
8. Andrade B, Dusza SW, Agero ALC, Scope A, Rajadhyaksha M, Halpern AC, Marghoob AA. Differences between polarized light dermoscopy and immersion contact dermoscopy for the evaluation of skin lesions. *Arch Dermatol* 2007; 143(3): 329-338.
9. Carreño N, Romero W. Dermatoscopía en alopecias. *Rev Chilena Dermatol* 2008; 24(2): 162-163.
10. Ross EK, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 799-806.
11. Inui S, Nakajima T, Nakagawa K, Itami S. Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases. *Int J Dermatol* 2008; 47: 688-693.

12. Tosti A, Whiting D, Iorizzo M, Pazzaglia M, Misciali C, Vincenzi C et al. The role of scalp dermoscopy in the diagnosis of alopecia areata incognita. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59: 64-67.
13. Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, Olszewska M, Czuwara J, Rudnicka L. Alopecia areata incognita: true or false? *J Am Acad Dermatol* 2009; 60(1): 162-163.

Correspondencia:

Dra. Ma. Enriqueta Morales Barrera.
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
06780, México, D. F.
Tel. 5519 6351