

Hallazgos tricoscópicos en un paciente con dermatomiositis

Tricoscopic Findings in a Patient with Dermatomyositis

Patricia Chang,¹ Rosmin Marroquín Remón² y Estuardo Anzueto Fortuny³

¹ Dermatóloga

² Electiva del Servicio de Dermatología

³ Reumatólogo

Hospital General de Enfermedades IGSS

Señor editor:

Presentamos el caso de un paciente de 33 años de edad, **P** con dermatomiositis (DM), en tratamiento y control por la consulta externa del Servicio de Reumatología desde el año 2016. En la actualidad se encuentra en tratamiento con prednisona 15 mg al día, metotrexato 15 mg cada siete días, hidroxicloroquina 400 mg cada 24 horas, azatioprina 50 mg cada 12 horas, y por refractariedad al tratamiento, en ese mismo año de 2016 se le agregó rituximab cada seis meses (ciclos de 1 gr/día o 1 gr/día 15). El motivo de consulta fue prurito y enrojecimiento del cuero cabelludo, los cuales no había presentado con anterioridad, por lo que se hizo interconsulta con el Servicio de Dermatología.

Durante el examen físico sistémico se encontró eritema en ambas mejillas, el resto dentro de los límites normales.

En el examen dermatológico se observó eritema y alopecia del cuero cabelludo (figura 1), en este nivel la dermatoscopia mostró la presencia de megacapilares, telangiectasias y arborescencia de capilares (figuras 2-4), y a nivel del pliegue proximal la dermatoscopia mostró capilares tortuosos, megacapilares y capilares arborescentes (Figuras 5-6).

Llama la atención que durante los últimos cuatro años el paciente no había presentado manifestaciones en el cuero cabelludo, lo que da lugar a cuestionarse si se trata de una manifestación secundaria a una exacerbación de la enfermedad o a una reacción medicamentosa que no ha sido descrita.

La dermatomiositis (DM) es una enfermedad autoinmune, incluida en las miopatías inflamatorias cuyos síntomas pueden ser cutáneos, musculares o sistémicos,

puede afectar a adultos y niños.¹ Entre los síntomas más comunes encontramos los cutáneos, caracterizados por el eritema heliotropo, telangiectasias periungueales, manos de mecánico, pápulas y signo de Gottron, poiquilodermia, lesiones ampollas y debilidad muscular; y entre los síntomas menos estudiados están la alopecia y el prurito en el cuero cabelludo. De ahí la importancia de realizar una evaluación completa y minuciosa de los pacientes para detectar alteraciones a este nivel, que si bien es cierto que la alopecia y el prurito forman parte de las manifestaciones clínicas reportadas de la dermatomiositis, muchas veces pueden pasar desapercibidas o aparecen en el transcurso del desarrollo de la enfermedad.

Stonecipher y colaboradores y Sontheimer propusieron un sistema de clasificación que subdivide la aparición



Figura 1. Alopecia y eritema en el cuero cabelludo.

CORRESPONDENCIA

Dra. Patricia Chang ■ Correo: pchang2622@gmail.com



Figura 2. En la dermatoscopia se observan vasos tortuosos y agrandados en el cuero cabelludo.



Figura 3. Vasos arborescentes y telangiectásicos en la dermatoscopia del cuero cabelludo.

en adultos de DM en dos entidades: DM clásico (CDM) y DM amiopática (CADM). Tanto la CDM como la CADM tienen características cutáneas que sirven como criterios de clasificación, incluida la dermatomiositis del cuero cabelludo (SDM). Hasta la fecha, la SDM con o sin alopecia ha sido mal caracterizada.¹

La frecuencia del daño en el cuero cabelludo en la DM varía de 28 a 82%, y a menudo se encuentra como parte de una exacerbación de esta enfermedad.²



Figura 4. La dermatoscopia muestra un megacapilar en el cuero cabelludo.



Figura 5. En la dermatoscopia del pliegue periungueal se observa la presencia de megacapilares y vasos tortuosos.



Figura 6. Vasos arborescentes y capilares tortuosos en el pliegue proximal.

Por otro lado, se han estudiado muy poco otras posibles causas que desencadenen estas manifestaciones en los pacientes con dermatomiositis, además de una exacerbación de la enfermedad.

La alopecia en los pacientes con dermatomiositis clínicamente se caracteriza por placas atróficas, eritematosas y escamosas, con frecuencia acompañadas de alopecia difusa no cicatricial.²

Una técnica que nos permite realizar una evaluación minuciosa a nivel del cuero cabelludo es la tricoscopía, la cual se define como la obtención de imágenes dermatoscópicas del cuero cabelludo y el cabello. Esta novedosa técnica de diagnóstico, simple y no invasiva, se puede utilizar como una herramienta práctica al alcance de la mano para diagnosticar trastornos comunes del cabello y el cuero cabelludo.³

Las principales características tricoscópicas descritas en la DM del cuero cabelludo son capilares agrandados y cilindros periféricos.² Asimismo, en la tricoscopía de la alopecia en pacientes con dermatomiositis del cuero cabelludo se han descrito vasos alargados y tortuosos con persistencia de aberturas foliculares, vasos gigantes irregularmente agrandados con aspecto de raíz y vasos arborizantes gruesos con extravasaciones,¹ hallazgos compatibles con el reporte de caso que presentamos.

En un estudio realizado en la Ciudad de México se reportaron hallazgos clínicos y tricoscópicos en 31 pacientes con dermatomiositis a lo largo de un año. De éstos, en el examen clínico se encontró que 24 tenían daño del cuero cabelludo, con una prevalencia de 77.4%. Los hallazgos a este nivel fueron eritema en todos los casos, escamas en 20 (83.3%), alopecia no cicatricial en 21 (87.5%), prurito en 17 (70.8%), y poiquilodermia del cuero cabelludo en 16 (51.6%) pacientes.

Veintiocho de los 31 pacientes presentaban cambios en la tricoscopía, con la presencia de capilares agrandados en 71.4% de los casos.¹ Sin embargo, en este reporte no se menciona el tiempo de evolución de la enfermedad o el tratamiento que se aplicó a los pacientes estudiados.

También se menciona que el daño del cuero cabelludo y la alopecia no cicatricial pueden surgir después de un brote de dermatomiositis.⁴

La alopecia y el prurito se reportan como signos importantes en los pacientes con dermatomiositis, así como la afección del cuero cabelludo, manifestaciones no muy frecuentes y poco estudiadas.¹ Hasta ahora no se sabe a

ciencia cierta cuál es el mecanismo por el que se presentan tales lesiones en el cuero cabelludo. Sin embargo, en la dermatomiositis el prurito del cuero cabelludo se ha asociado con la neuropatía de fibras de tamaño pequeño. Imágenes de inmunotinción de biopsias de piel del cuero cabelludo en casos de dermatomiositis con prurito severo han revelado una disminución de la densidad y la formación de complejos de nervios epidérmicos en el mismo, lo que podría explicar el mecanismo de prurito en los pacientes con dermatomiositis.⁵

Debido a que no es muy común, algunos diagnósticos diferenciales pueden confundir el diagnóstico de un cuadro de alopecia y prurito en un paciente con dermatomiositis, especialmente cuando los pacientes no presentan las manifestaciones cutáneas típicas o los síntomas asociados con la enfermedad; entre otras se mencionan la dermatitis de contacto y la psoriasis.¹

Hacemos hincapié en la importancia de realizar una evaluación completa y minuciosa de los pacientes con dermatomiositis para poder identificar hallazgos de importancia en los mismos, entre ellos los cambios en el cuero cabelludo.

Asimismo, hacer un seguimiento estricto para de esta manera llevar una secuencia de los hallazgos clínicos y sus posibles asociaciones durante el transcurso de la enfermedad y el tratamiento.

Particularmente en el caso de la alopecia y la dermatomiositis, es importante seguir realizando estudios, controles e identificar factores para determinar la etiología y evolución de estas manifestaciones clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jasso-Olivares J, Tosti A, Miteva M y Domínguez J, Clinical and dermatoscopic features of the scalp in 31 patients with dermatomyositis, *Skin Appendage Disord* 2017; 3:119-24.
2. Vastarella M, Gallo L, Cantelli M y Nappa P, An undetected case of tinea capitis in an elderly woman affected by dermatomyositis: how trichoscopy can guide to the right diagnosis, *Skin Appendage Disord* 2019; 5:186-8.
3. Jain N, Doshi B y Khopkar U, Trichoscopy in alopecias: diagnosis simplified, *Int J Trichology* 2013; 5(4):170-8.
4. Hurliman E, Groth D y Wendelschafer-Crabb G, Small-fibre neuropathy in a patient with dermatomyositis and severe scalp pruritus, *Br Dermatol* 2017; 176:(1)209-11.
5. Rattanakaemakorn P y Suchonwanit P, Scalp pruritus: review of the pathogenesis, diagnosis and management. Hindawi, *BioMed Research International*, 2019; 1-11.