

# Hallazgos tricoscópicos en un paciente con dermatomiositis

## Trichoscopic findings in a patient with dermatomyositis: a case report

Braulio Mauricio Fleitas Goiriz,<sup>1</sup> Judith Nelsi Montiel Centurión,<sup>1</sup> Verónica Rose Marie Rotela Fisch,<sup>1</sup> Fátima Agüero De Zaputovich,<sup>1</sup> Maria Belén Goiburú Chenú,<sup>2</sup> Arnaldo Aldama Caballero<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cátedra y Servicio de Dermatología, Hospital de Clínicas – San Lorenzo – Paraguay

<sup>2</sup> Cátedra y Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Clínicas – San Lorenzo – Paraguay

■ <http://www.doi.org/10.65159/DCMQ-24-1-14> ■ Recepción: 30-01-2026 ■ Aceptación: 16-02-2026

### RESUMEN

La afectación del cuero cabelludo en la dermatomiositis (DM) es frecuente y puede presentarse con eritema difuso descamativo, atrofia cutánea y alopecia no cicatricial, siendo el prurito un síntoma característico. Debido a que estas manifestaciones pueden ser intensas, refractarias al tratamiento y con impacto negativo en la calidad de vida, resulta fundamental un abordaje diagnóstico preciso. En este contexto, la tricoscopia constituye una herramienta no invasiva que permite identificar patrones sugestivos de compromiso por DM, como vasos tortuosos y agrandados, megacapilares y descamación interfolicular.

Se presenta el caso de un varón de 20 años con dermatomiositis juvenil hipomiotópica, en tratamiento inmunosupresor, que consultó por prurito intenso y eritema persistente del cuero cabelludo. La tricoscopia evidenció fondo eritematoso con vasos tortuosos y agrandados, megacapilares y costras blanquecinas. Ante la sospecha de actividad de la enfermedad, se realizó biopsia de cuero cabelludo, que confirmó DM, y permitió optimizar el tratamiento inmunosupresor.

**PALABRAS CLAVE:** dermatomiositis, tricoscopia, prurito, cuero cabelludo.

### ABSTRACT

Scalp involvement in dermatomyositis (DM) is common and may present with diffuse erythematous scaly lesions, cutaneous atrophy, and non-scarring alopecia, with pruritus being a characteristic symptom. As these manifestations can be severe, treatment-refractory, and negatively affect quality of life, an accurate diagnostic approach is essential. In this context, trichoscopy emerges as a non-invasive tool that allows the identification of patterns suggestive of DM scalp involvement, including enlarged and tortuous vessels, megacapillaries, and interfollicular scaling.

We report the case of a 20-year-old male with hypomyopathic juvenile dermatomyositis receiving immunosuppressive therapy, who presented with intense pruritus and persistent scalp erythema. Trichoscopy revealed an erythematous background with enlarged and tortuous vessels, megacapillaries, and whitish crusts. Given the suspicion of active disease, a scalp biopsy was performed, confirming DM and allowing optimization of immunosuppressive treatment.

**KEYWORDS:** dermatomyositis, trichoscopy, pruritus, scalp.

### Introducción

La afectación del cuero cabelludo en la DM es frecuente, reportándose en el 63%-82% de los casos, describiéndose eritema difuso y escamoso, atrofia cutánea y alopecia no cicatricial.<sup>1,2</sup>

El prurito del cuero cabelludo es un síntoma característico de la DM, y su presencia podría ayudar a diferenciarla de otras dermatosis inflamatorias, incluyendo lupus eritematoso, especialmente cuando predomina el compromiso del cuero cabelludo. Dado que los síntomas

**CORRESPONDENCIA** Braulio Mauricio Fleitas Goiriz ■ [mauriciofleitasgoiriz@gmail.com](mailto:mauriciofleitasgoiriz@gmail.com)

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con  **index** en nombre de Medipiel Servicios Administrativos.

en esta localización suelen ser graves y resistentes a las terapias estándar, resulta fundamental un abordaje diagnóstico más detallado.<sup>2,3</sup> En este contexto, la tricoscopia es una herramienta útil, no invasiva y accesible que permite evaluar con mayor precisión los patrones vasculares y perifoliculares sugestivos de actividad. Entre los hallazgos tricoscópicos más frecuentes en pacientes con DM, destacan los capilares tortuosos agrandados (71,2%), cilindros peripilares (57,1%), así como mechones pilosos y descamación interfolicular (50%). Otros hallazgos menos frecuentes incluyen “capilares tupidos”, pigmentación peri e interfolicular y estructuras vasculares tipo lago.<sup>4</sup> Actualmente, la tricoscopia puede aportar elementos para distinguir DM de otras entidades e incluso correlacionar ciertos signos de actividad.<sup>5</sup>

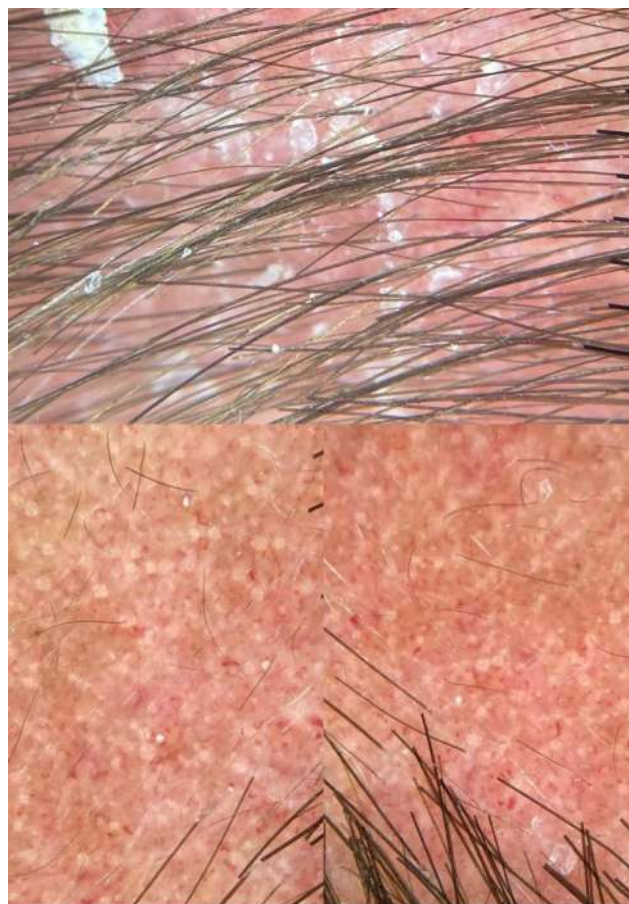
### Caso clínico

Varón de 20 años de edad, con DM juvenil hipomiotópica, en seguimiento por Reumatología desde el 2022. Actualmente, se encuentra en tratamiento con micofenolato mofetil 3 g/día e hidroxicloroquina 400 mg cada 24 horas. El motivo de consulta fue prurito y enrojecimiento del cuero cabelludo, los cuales no mejoran con los tratamientos instaurados por vía oral y tópica (betametasona dipropionato al 0,064% con ácido salicílico al 2% en loción y ketoconazol a 2% en champú).

Examen físico: Se constatan placas eritematosas, con escamas blanquecinas gruesas, de bordes irregulares, límites netos, que abarcan mejillas, región glabelar y también el cuero cabelludo, que sobrepasan la línea de implantación del pelo con alopecia difusa (figura 1).

En la tricoscopia, se observa fondo eritematoso, vasos tortuosos y agrandados, megacapilares y abundantes costras blancas (figura 2).

Orientados en los hallazgos tricoscópicos y clínicos, se decidió realizar una biopsia de cuero cabelludo con el



**Figura 2.** Tricoscopia: se observa fondo eritematoso, vasos tortuosos y agrandados, megacapilares y abundantes costras blancas.

objetivo de confirmar el compromiso cutáneo por DM, dada la resistencia al tratamiento inmunosupresor inicial, la cual retorna con cambios compatibles con DM.

Esta nos permitió valorar, en conjunto, un cambio de inmunosupresor, orientado a optimizar el control de la enfermedad. El paciente se encuentra actualmente en planes de recibir rituximab.

### Discusión

La DM con compromiso del cuero cabelludo es una manifestación frecuente pero subestimada, y en la práctica clínica puede pasar inadvertida o confundirse con entidades prevalentes como psoriasis o dermatitis seborreica. En el trabajo de Kasteler y Callen se enfatiza que el compromiso del cuero cabelludo puede ser pasado por alto o mal diagnosticado y, en algunos pacientes, incluso ser el motivo principal de consulta, lo que apoya la importancia de buscarlo activamente.<sup>6</sup> Esta dificultad diagnóstica también se refleja en series posteriores donde se describe



**Figura 1.** Examen físico: Placas eritematosas con escamas blanquecinas.

la variabilidad clínica del eritema y la descamación, con posibilidad de alopecia no cicatricial y poiquilodermia, características que pueden superponerse con otras dermatosis inflamatorias del cuero cabelludo.<sup>2,4</sup>

Un elemento clínico útil es el prurito, que en DM puede ser intenso, persistente y desproporcionado respecto al aspecto visible de las lesiones. En la serie de Jasso-Olivares y cols., el prurito estuvo presente en el 70,8% de los pacientes con afectación del cuero cabelludo, junto con eritema y descamación (83,3%) y alopecia no cicatricial (87,5%).<sup>4</sup> Existe literatura que sugiere un componente neuropático; en algunos casos, se han reportado alteraciones compatibles con neuropatía de fibras pequeñas en pacientes con prurito severo y refractario, lo que podría explicar por qué ciertos cuadros responden muy poco a medidas exclusivamente antiinflamatorias o tópicas.<sup>7</sup>

La tricoscopia se alza como una herramienta útil, permitiendo identificar patrones característicos que orientan el diagnóstico diferencial frente a otras dermatosis inflamatorias, como la psoriasis y dermatitis seborreica, ya que en ambas son frecuentes la descamación y eritema, además de prurito. Sin embargo, en la DM, la prominencia de hallazgos vasculares puede orientar al diagnóstico. Complementariamente, estudios comparativos en enfermedades del tejido conectivo respaldan los hallazgos tricoscópicos que pueden ayudar a distinguir la DM de otras colagenopatías.<sup>5</sup>

En el caso presentado, los hallazgos clínicos y tricoscópicos fueron determinantes para justificar la realización de la biopsia, cuya confirmación histopatológica de DM respaldó la necesidad de reconsiderar el esquema inmunosupresor de base.

Respecto al tratamiento, la literatura coincide en que los síntomas del cuero cabelludo pueden ser recalcitrantes. En la revisión de Kolla et al. destacan que, a pesar de múltiples terapias para DM, una proporción importante de pacientes presenta poca o nula mejoría del cuero cabelludo, y que existen pocas guías para orientar el manejo de esta localización.<sup>3</sup> Esa refractariedad justifica considerar escalamiento terapéutico en casos seleccionados. Un análisis centrado en manifestaciones cutáneas mostró mejoría significativa de la actividad cutánea tanto en DM del adulto como en DM juvenil tras rituximab.<sup>8</sup> Además, existen reportes de casos que describen respuesta de manifestaciones cutáneas recalcitrantes a rituximab, apoyando su consideración cuando persiste actividad cutánea pese a tratamientos convencionales.<sup>9</sup>

Como limitación, no se dispone de escalas estandarizadas de prurito/calidad de vida ni de un seguimiento

tricoscópico posterior; sin embargo, el caso ilustra un punto práctico relevante, en pacientes con DM juvenil hipomiopática y sintomatología persistente del cuero cabelludo, los síntomas clínicos y tricoscopia pueden fortalecer la sospecha de actividad cutánea, respaldar la indicación de biopsia para confirmación histopatológica y aportar evidencia objetiva para reconsiderar o escalar la inmunosupresión cuando el compromiso es refractario.

#### Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

#### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

#### Responsabilidades éticas

Los autores confirman haber obtenido consentimiento informado de los pacientes sujetos de investigación en humanos, de acuerdo con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki.

#### Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

## REFERENCIAS

1. Arora JS, Kincaid CM, Sharma AN, Mesinkovska NA, Min MS. Characterization of scalp involvement in dermatomyositis based on myositis-specific antibody subsets. *J Am Acad Dermatol*. 1 de diciembre de 2024;91(6):1245-7. Disponible en: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(24\)02718-X/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(24)02718-X/fulltext)
2. Tilstra JS, Prevost N, Khera P, English JC III. Scalp Dermatomyositis Revisited. *Arch Dermatol*. 1 de septiembre de 2009;145(9):1062-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2009.194>
3. Kolla AM, Liu L, Shaw K, Shapiro J, Femia A, Lo Sicco K. A narrative review of therapies for scalp dermatomyositis. *Dermatol Ther*. noviembre de 2021;34(6):e15138. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.15138>
4. Jasso-Olivares JC, Tosti A, Miteva M, Domínguez-Cherit J, Díaz-González JM. Clinical and Dermoscopic Features of the Scalp in 31 Patients with Dermatomyositis. *Skin Appendage Disord*. 2017;3(3):119-24. Disponible en: <https://karger.com/article/doi/10.1159/000464469>
5. Chanprapaph K, Limtong P, Ngamjanyaporn P, Suchonwanit P. Trichoscopic Signs in Dermatomyositis, Systemic Lupus Erythematosus, and Systemic Sclerosis: A Comparative Study of 150 Patients. *Dermatology*. 2022;238(4):677-87. Disponible en: <https://karger.com/article/doi/10.1159/000520297>

6. Kasteler JS, Callen JP. Scalp involvement in dermatomyositis. Often overlooked or misdiagnosed. *JAMA*. 28 de diciembre de 1994;272(24):1939-41.
7. Cirino PV, Hordinsky M, McAdams B, Romiti R. Small Fiber Neuropathy and Intractable Scalp Pruritus in Dermatomyositis Patients. *Skin Health Dis*. 1 de febrero de 2023;3(1):ski2.173. Disponible en: <https://academic.oup.com/skinhd/article/doi/10.1002/ski2.173/7755576>
8. Aggarwal R, Loganathan P, Koontz D, Qi Z, Reed AM, Oddis CV. Cutaneous improvement in refractory adult and juvenile dermatomyositis after treatment with rituximab. *Rheumatology*. febrero de 2017;56(2):247-54. Disponible en: <https://academic.oup.com/rheumatology/article-lookup/doi/10.1093/rheumatology/kew396>
9. Dinh HV, McCormack C, Hall S, Prince HM. Rituximab for the treatment of the skin manifestations of dermatomyositis: A report of 3 cases. *J Am Acad Dermatol*. enero de 2007;56(1):148-53. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962206017178>