

Caso clínico

Alopecia cicatrizal como manifestación de lupus eritematoso cutáneo

Larissa Dorina López Cepeda,* Maribet González González,** Estela Cristina Lazo García***

RESUMEN

La alopecia cicatrizal es una dermatosis de etiología múltiple, en la cual el grupo de las enfermedades colágeno-vasculares, principalmente el lupus eritematoso cutáneo, ocupa uno de los primeros lugares. No se conocen los mecanismos fisiopatológicos exactos, aunque se ha observado que estas enfermedades inducen el desarrollo de un importante componente inflamatorio que lleva a la destrucción del folículo piloso y al desarrollo de la alopecia permanente. Los tratamientos son variados, sin embargo, ninguno ofrece beneficios notables. En este artículo se comunica el caso de una paciente en la sexta década de la vida con alopecia cicatrizal secundaria a lupus eritematoso, y se hace una breve revisión del tema.

Palabras clave: Lupus eritematoso cutáneo, alopecia cicatrizal, inflamación.

ABSTRACT

Cicatricial alopecia is a multifactorial dermatosis in which collagen vascular diseases (such as cutaneous lupus), play an important role. The exact physiopathological mechanisms are not known yet; however the inflammatory component means a significant factor that leads to destruction of the hair follicle and permanent hair loss. Treatments are varied, but none offers significant benefits. In this article we report the case of a 60 years old female patient with cicatricial alopecia secondary to cutaneous lupus and we made a brief review of the literature.

Key words: Cutaneous lupus, cicatricial alopecia, inflammation.

INTRODUCCIÓN

La pérdida del cabello en las mujeres ancianas se debe a múltiples causas; para detectar su origen, se requiere de un estudio detallado. Puede ser ocasionada por cambios en la fisiología del folículo piloso, por alteraciones hormonales o de la inmunidad celular o por enfermedades preexistentes.¹

Entre las enfermedades que con mayor frecuencia causan alopecia se encuentran la alopecia androgenética,

ca, la alopecia areata, el efluvio telógeno, tricotilomanía, la tiña de la cabeza, la alopecia cicatrizal y la alopecia por neoplasias.¹

En este artículo se hace una revisión de los aspectos más importantes de la alopecia cicatrizal y de la no cicatrizal. En la primera el epitelio folicular ha sido destruido y reemplazado por tejido conectivo, resultando en alopecia permanente.^{1,2} En la segunda existe poca o nula formación de tejido conectivo, además de un componente inflamatorio, con destrucción considerable del folículo piloso; en general el daño es reversible.

Las causas de la alopecia cicatrizal se dividen en primarias y secundarias. Las primeras afectan directamente al folículo piloso. En las segundas hay daño colateral al mismo por un trastorno en la dermis, por ejemplo, en las quemaduras, el pénfigo vulgar y en las enfermedades colágeno vasculares (**Cuadro I**).²⁻⁴

* Dermatóloga.

** Dermatopatóloga.

*** Médico Residente del tercer año.

CUADRO I. CLASIFICACIÓN DE LAS ALOPECIAS CICATRIZALES.

Primarias	Secundarias	Bifásicas
Asociadas con linfocitos		
<ul style="list-style-type: none"> Lupus eritematoso cutáneo crónico Liquen plano pilaris Liquen plano pilaris clásico Alopecia frontal fibrosante Síndrome de Graham-Little Pseudopelada clásica (de Brocq) Alopecia cicatrizal central centrífuga Alopecia mucinosa Queratosis folicular espinulosa decalvante 	Infecciosas <ul style="list-style-type: none"> Fúngicas (tiña de la cabeza) Bacterianas Virales (herpes zóster) Inmunológicas <ul style="list-style-type: none"> Sarcoidosis Necrobiosis lipoidica Morfea Enfermedad injerto contra huésped Malignas <ul style="list-style-type: none"> Alopecia neoplásica Linfoproliferativa Factores exógenos <ul style="list-style-type: none"> Radiación Quemaduras Fármacos Dermatosis <ul style="list-style-type: none"> Psoriasis Enfermedades ampollosas <ul style="list-style-type: none"> Penfigoide cicatrizal Epidermolisis bulosa Hamartomas <ul style="list-style-type: none"> Nevo organoide Misceláneas <ul style="list-style-type: none"> Alopecia lipedematoso 	Alopecias no cicatrizales crónicas <ul style="list-style-type: none"> Alopecia areata Alopecia androgenética Alopecia tracial
Asociada con neutrófilos		
<ul style="list-style-type: none"> Foliculitis decalvante Celulitis/foliculitis disecante 		
Infiltrado inflamatorio mixto		
<ul style="list-style-type: none"> Foliculitis queoloidea Foliculitis necrótica 		
No específicas		

Tomado de: Somani N, Bergfeld W. Cicatricial alopecia: classification and histopathology. *Dermatol Ther*. 2008; 21: 221-237.

Existen varios esquemas para clasificar a la alopecia cicatrizal. Las diferencias se basan, entre otras variables, en la edad de presentación, el cuadro clínico y la patología asociada. También se toma en cuenta el principal tipo celular inflamatorio involucrado: linfocítico, neutrofílico, mixto y no específico; lo anterior de acuerdo con el resultado del estudio histopatológico de la piel cabelluda, realizado en lesiones características y clínicamente activas (**Cuadro II**).²

Se ha observado una baja incidencia, menor severidad y un mejor pronóstico cuando se le relaciona con enfermedades colágeno-vasculares. El lupus eritematoso cutáneo crónico es el más frecuente. Clínicamente, se puede manifestar en tres formas: lupus eritematoso discoide (LED), lupus paniculitis/lupus profundo y lupus tumidus. De estas manifestaciones, la primera es la más común (50-85%), y la que generalmente afecta la piel cabelluda.^{1,5} Es una

dermatosis crónica, que se manifiesta con cicatrices, atrofia, y fotosensibilidad. Debemos recordar que sólo un 5% de los pacientes con LED progresarán a lupus eritematoso sistémico.⁵

Algunos pacientes pueden tener lesiones de lupus subagudo (eritema malar) y presentar raramente anomalías serológicas, pudiendo manifestarse a cualquier edad, aunque en la mayoría de los casos se presenta entre los 20 y 40 años de edad.⁵ En la piel cabelluda las lesiones características consisten en eritema, escama y atrofia que confluyen formando placas, con taponamiento folicular y acompañadas de dolor y prurito.⁵

Para confirmar el diagnóstico se sugiere realizar una biopsia de piel; para ello se recomienda tomar dos fragmentos, uno de los cuales debe incluir una de las zonas con enfermedad activa, lo anterior debido a que los cortes se tienen que realizar de forma transversal y

CUADRO II. ASPECTOS CLÍNICO PATOLÓGICOS DE LAS ALOPECIAS.

Patrón de alopecia cicatrizal		Hallazgos clínicos	Hallazgos histopatológicos
Linfocíticas	LPP	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres > hombres Adultos Vértext/línea de implantación frontal Eritema perifolicular y escama 	<ul style="list-style-type: none"> Infiltrado linfocitario en el infundíbulo e itsmo Dermatitis de interfase Pérdida de glándulas sebáceas Inflamación superficial perivascular IMF = cuerpos citoides, IgM positivo
	LECC	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres > hombres Adultos Vértext Eritema difuso y escama Taponamiento folicular, atrofia y cambios pigmentarios Actividad en el centro de la placa alopecática Sin lesiones en el 80-90% de la piel cabelluda 	<ul style="list-style-type: none"> Infiltrado linfocitario en el centro del infundíbulo e itsmo Inflamación interfolicular, engrosamiento de la membrana basal Dermatitis de interfase (vacuolar > liquenoide) Inflamación perivascular superficial, profunda y alrededor de glándulas sudoríparas écrinas Mucina dérmica IMF: IgG granular lineal, C3 en la membrana basal «banda lúpica»
Neutrofílicas	FD	<ul style="list-style-type: none"> Hombres > mujeres Adultos Localización central Foliculitis dolorosa en las zonas alopecicas Pústulas foliculares, escama y mechones de pelo Cicatrices hipertróficas 	<ul style="list-style-type: none"> Infiltrado neutrofílico (temprano), con linfocitos y células plasmáticas (tardío) Localización peri e interfolicular Granuloma a cuerpo extraño Fibrosis dérmica Sin trayectos sinuosos IMF = negativa
	CDN	<ul style="list-style-type: none"> Hombres > mujeres Múltiples nódulos fluctuantes Trayectos sinuosos Eliminación de material purulento Asociado a acné conglobata e hidradenitis supurativa 	<ul style="list-style-type: none"> Infiltrado neutrofílico en dermis profunda Oclusión folicular Formación de abscesos profundos Trayectos sinuosos IMF = negativa
Mixtas	AQN	<ul style="list-style-type: none"> Hombres > mujeres Región occipital Lesiones de aspecto papular o nodular, placas o cicatrices queloides Pústulas/costras 	<ul style="list-style-type: none"> Infiltrado inflamatorio mixto Sin trayectos sinuosos IMF = negativa

LPP = liquen plano pilaris; LECC = lupus eritematoso cutáneo crónico; IMF = inmunofluorescencia; FD = foliculitis decalvante; CDN = celulitis disecante de la nuca; AQN = acné queloideo de la nuca.

Modificado de: Harries MJ, Paus R. The pathogenesis of primary cicatricial alopecias. *Am J Pathol*. 2010; 177: 2152-2162.

vertical. Con estas dos biopsias se evalúa la extensión de pérdida folicular y la posibilidad de recuperación del pelo.⁵

Tanto la epidermis como el epitelio folicular muestran degeneración vacuolar de la capa basal y queratinocitos necróticos, además de engrosamiento de la membrana basal. En la dermis, los infiltrados son de predominio linfocitario, los cuales rodean vasos y anexos. En etapas finales disminuye el número de las unidades foliculares, existe fibrosis perifolicular e intersticial y se puede observar, incluso formación de granulomas.^{5,6}

Otro recurso diagnóstico que se puede solicitar es la inmunofluorescencia. Si ésta resulta positiva, se encontrarán depósitos de inmunoglobulinas G, M y C3 en la membrana basal con un patrón granular continuo.^{5,6}

La dermatoscopia en el caso del LED muestra vasos arborescentes, manchas blancas, tapones cónicos y disminución del folículo piloso.⁷

El tratamiento es el mismo que el del lupus eritematoso discoide: de primera línea se deben utilizar pantallas solares, corticosteroides tópicos (clobetasol y betametasona) o intralesionales (triamcinolona) y anti-palúdicos (hidroxicloroquina), los cuales son en general muy efectivos;^{4,5} los de segunda línea son: prednisona oral y tacrolimus tópico; entre los de tercera línea se encuentran: talidomida, isotretinoína, metotrexate y dapsona.⁸

Es muy importante recordar que la alopecia, al ser de etiología cicatrizal secundaria, no tiene un tratamiento específico que sea efectivo, puesto que el lugar de los folículos ha sido reemplazado por un tejido fibroso. Cuando el cuadro se encuentra ya inactivo se puede solicitar una interconsulta al Servicio de Cirugía Dermatológica para valorar si es factible realizar una reducción quirúrgica del área afectada. El seguimiento de estos casos es fundamental, ya que así evitamos que se desarrollen nuevas zonas alopécicas.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 64 años de edad, originaria y residente de México D.F., dedicada a las labores del hogar, diagnosticada con hipotiroidismo dos años antes, en tratamiento con levotiroxina 25 µg cada 24 horas. Acudió por «alopecia y escama» en la piel cabelluda de tres años de evolución. Previamente había sido tratada por un médico general con inhibidores de calcineurina, toques irritantes, esteroides de baja

y mediana potencia, así como fórmulas magistrales. El resultado de una biopsia previa realizada en medio particular fue «compatible con Foliculitis».

Clínicamente presentaba una dermatosis localizada a la cabeza, la cual afectaba piel cabelluda en la región parietooccipital derecha, constituida por una placa alopéctica, bien delimitada, de 15 cm de diámetro, con eritema, zonas de atrofia, telangiectasias y algunos pelos cortos en su interior, de evolución crónica y no pruriginosa (**Figuras 1 y 2**). El resto de piel y anexos no tuvieron otros datos patológicos.



Figura 1. Placa alopéctica.



Figura 2. Eritema, telangiectasias, manchas hipocrómicas y atrofia.

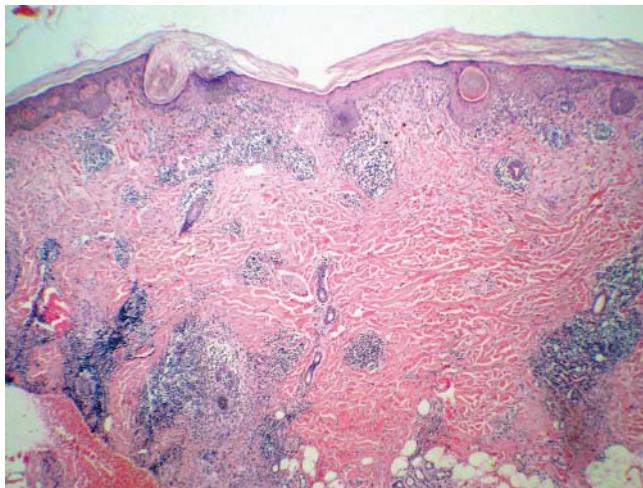


Figura 3. Epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica y grandes tapones córneos. En todo el espesor de la dermis hay infiltrados linfocitarios dispuestos en focos (H&E 4x).

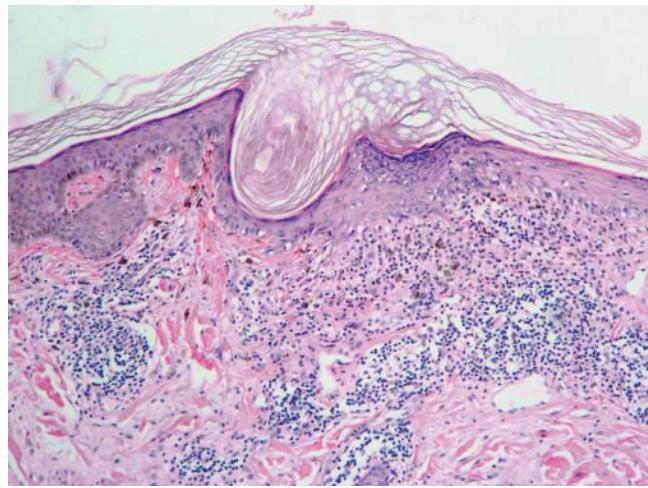


Figura 4. Epidermis con zonas de atrofia y degeneración hidrópica de la capa basal. Dermis superficial con caída de pigmento melánico y moderados infiltrados linfocitarios perivasculares. (H&E 10x).

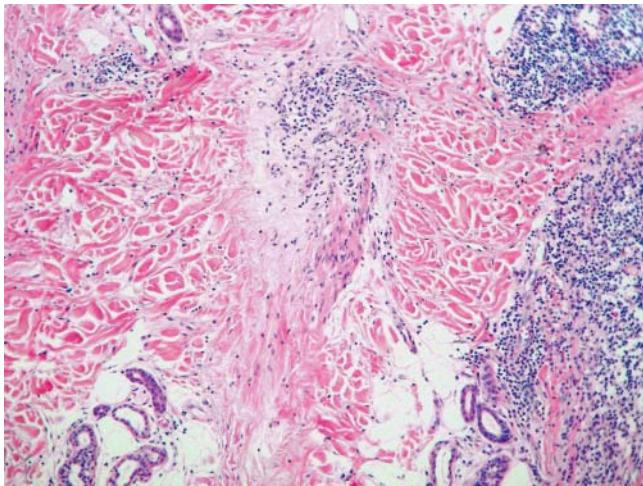


Figura 5. Tejido fibroso que sustituye al folículos piloso (H&E 10x).

Se estableció como diagnóstico clínico presuntivo Alopecia Cicatrizal probablemente secundaria a lupus eritematoso cutáneo, lo cual fue corroborado por la biopsia incisional, cuyos hallazgos histopatológicos mostraron una epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica, grandes tapones córneos, atrofia con zonas de degeneración hidrópica de la capa basal y áreas con engrosamiento de la membrana basal. La dermis superficial mostraba caída del pigmento melánico, así como infiltrados linfocitarios moderados perivasculares y perianexiales, los cuales se hacían densos en la dermis media y profunda (**Figuras 3 a 5**).

Exámenes complementarios

Los datos de laboratorio y gabinete fueron los siguientes: hemoglobina: 14.1 mg/dL, hematocrito: 44%, leucocitos: 5,300, linfocitos: 2,800, plaquetas: 210,000, VSG: 34 mm/h, glucosa 97 mg/dL, urea: 26 mg/dL creatinina: 0.98 mg/dL, factor reumatoide: negativo, proteína C reactiva: negativa.

El tratamiento se inició con esteroide tópico de alta potencia (betametasona) y minoxidil al 5%. Posteriormente a la paciente se le envió para su control subsecuente a la Clínica de Enfermedades Colágeno-vasculares de este centro, en donde actualmente se le maneja con sulfato de hidroxicloroquina 200 mg al día, inhibidor de calcineurina, champú anticaída y pantalla solar. Su evolución hasta el momento es estable; la placa alopecica persiste, aunque ya inactiva.

COMENTARIO

Se comunica este caso debido a que la presentación de alopecia en este grupo etario es una causa frecuente de consulta; sin embargo, en la mayoría de los casos no se le asocia con enfermedades colágeno-vasculares, por lo cual es importante sospechar este tipo de padecimientos por las repercusiones sistémicas que podrían desarrollarse de no realizar un diagnóstico oportuno y, de este modo, no sólo tratar la alopecia, sino la enfermedad de base.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen WC, Yang CC, Todorova A, Al Khuzaei S et al. Hair loss in elderly women. *Eur J Dermatol.* 2010; 20: 145-151.
2. McElwee KJ. Etiology of cicatricial alopecias: a basic science point of view. *Dermatol Ther.* 2008; 21: 212-220.
3. Harries MJ, Paus R. The pathogenesis of primary cicatricial alopecias. *Am J Pathol.* 2010; 177: 2152-2162.
4. Chang AY, Werth VP. Treatment of cutaneous lupus. *Curr Rheumatol Rep.* 2011; 13: 300-307.
5. Hordinsky M. Cicatricial alopecia: discoid lupus erythematosus. *Dermatol Ther.* 2008; 21: 245-248.
6. Soman N, Bergfeld WF. Cicatricial alopecia: classification and histopathology. *Dermatol Ther.* 2008; 21: 221-237.
7. Duque EB, Tavares SC, Burnier CP, Tamler C et al. Dermoscopy patterns of cicatricial alopecia resulting from discoid lupus erythematosus and lichen planopilaris. *An Bras Dermatol.* 2010; 85 (2): 179-183.
8. Rongioletti F, Christiana K. Cicatricial (scarring) alopecias an overview of pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2012; 13 (4): 247-260.

Correspondencia:

Dra. Larissa Dorina López Cepeda
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Delegación Cuauhtémoc,
06780, México, D.F.
Tel: 5519 6351
E-mail: larisslo@yahoo.com.mx