



Áreas de alopecia en región frontal

Areas of alopecia in the frontal region

Maribet González-González,* Diana Miroslava Zamora-Benze,† Lourdes Martínez-Ordaz‡

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 71 años, con antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial sistémica e insuficiencia venosa crónica, acude a consulta dermatológica debido a caída de cabello de tres años de evolución, sin tratamiento previo. A la exploración física, se encuentra una dermatosis localizada a cabeza, de la que afecta piel cabelluda en línea media y región fronto-temporal de forma bilateral y simétrica, constituida por retracción de la línea de implantación, disminución de densidad y volumen capilar (**Figuras 1 y 2**). En la tricoscopia se observan aperturas folicu-

res vacías, zonas aisladas de escama peripilar, red de pigmento y un pelo por unidad folicular (**Figura 3**). Se decide tomar dos biopsias en sacabocado de 4 mm. En el estudio histopatológico se observa epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica e hiperpigmentación de la capa basal (**Figura 4**) mientras que en el espesor de la dermis hay infiltrados linfocitarios moderadamente densos dispuestos en focos que rodean folículos pilosos en su porción superior (**Figuras 4 y 5**), además de fibrosis que sustituye a folículos pilosos con degeneración hidrópica del epitelio folicular (**Figura 6**).

Con los datos clínicos e histológicos proporcionados, ¿cuál sería su diagnóstico?



Figura 1: Retracción de la línea de implantación del pelo.



Figura 2: Disminución de densidad y volumen capilar en la línea fronto-parietal.

* Dermatopatóloga.

† Residente del tercer año de Dermatología.

‡ Residente del primer año de Dermatología.

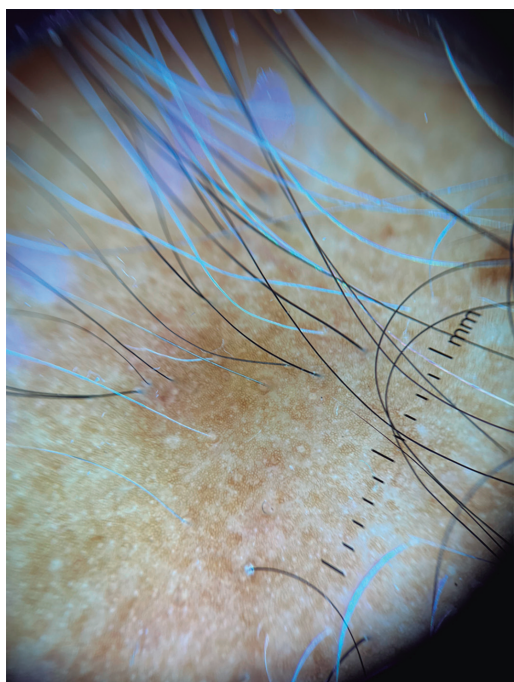


Figura 3: Imagen tricoscópica que muestra aperturas foliculares vacías, zonas aisladas de escama peripilar, red de pigmento y un pelo por unidad folicular.

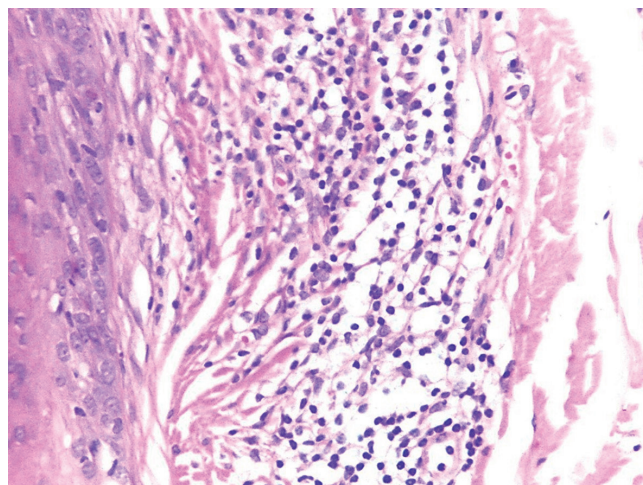


Figura 5: Infiltrados linfocitarios moderados (H&E 40x).

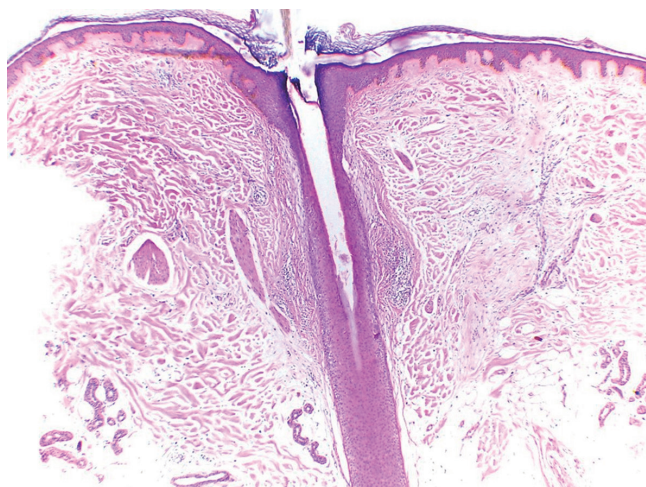


Figura 4: Epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica; en dermis superficial y media, se observan infiltrados moderados, los cuales rodean la porción superficial del folículo piloso (H&E 10x).

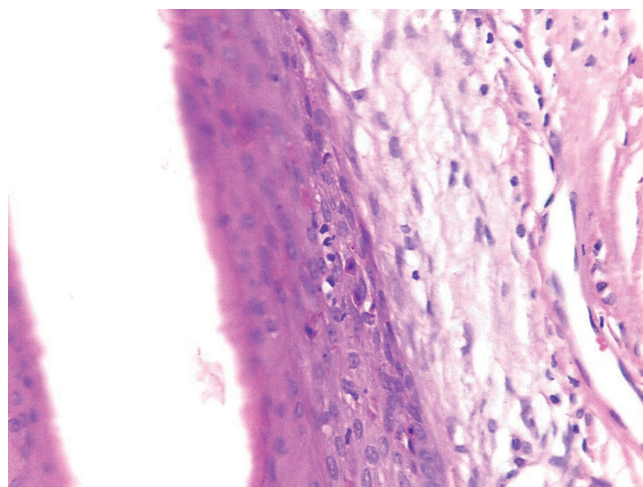


Figura 6: Degeneración hidrópica de epitelio folicular (H&E 40x).

ALOPECIA FIBROSANTE EN PATRÓN ANDROGÉNICO

INTRODUCCIÓN

La alopecia fibrosante en patrón androgénico (FAPD) es un tipo de alopecia cicatrizal caracterizada por pérdida de cabello en patrón similar a la alopecia androgenética, pero con hallazgos tricoscópicos e histológicos de liquen plano pilaris y alopecia androgenética. Fue descrita por primera vez en el 2000 por Griggs et al.¹ Actualmente, esta entidad se clasifica como alopecia cicatrizal primaria linfocítica.²

En un estudio multicéntrico retrospectivo de 2,835 pacientes, pertenecientes a clínicas de pelo en Europa, América del Norte, América del Sur, África y Australia, un total de 57 pacientes (2%) fueron diagnosticados con FAPD. Fue el cuarto tipo de alopecia cicatrizal más frecuente, representando 6.8% de las alopecias cicatrizales.³ Esta patología es más frecuente en mujeres, sobre todo en las postmenopáusicas.¹

FISIOPATOGENIA

Su patogénesis sigue sin estar del todo comprendida. Persiste la interrogante de si se trata de liquen plano pilar en patrón o si se está ante una alopecia androgenética con un patrón de inflamación liquenoide. Al tratarse de una variante de liquen plano pilar, la porción superior del folículo piloso, específicamente el bulbo, con un patrón de reacción liquenoide, es el principal blanco de ataque. Se desconoce el porqué en estos casos uno de los blancos es el pelo miniaturizado, aunque un posible mecanismo sería que estos pelos dañados o con mal funcionamiento expresaran perfiles de citocinas que atraen a células inflamatorias con la finalidad de «reparar el daño» o que realizaran delección de órgano mediada por apoptosis. Alternativamente, estos pelos miniaturizados pudieran presentar antígenos (hasta la fecha desconocidos), con posterior inicio de reacción liquenoide en individuos inmunogenéticamente susceptibles.⁴

CUADRO CLÍNICO

La presentación del cuadro clínico de esta entidad se caracteriza por una disminución de la densidad y volumen capilar de predominio frontoparietal y vértex que puede simular una alopecia androgenética; en ocasiones se acompaña de prurito, eritema y escama perifolicular.⁵ Para poder diferenciar este padecimiento de otros, es

fundamental realizar una exploración con tricoscopia, en la cual se observan principalmente eritema e hiperqueratosis perifolicular acompañadas de anisotropias, zonas cicatrizales con atriquia focal y pelos vellosos.⁶

HISTOPATOLOGÍA

A nivel histopatológico se puede encontrar miniaturización de los folículos pilosos con inflamación linfocítica importante en patrón liquenoide, además de pérdida de las estructuras basales epiteliales del istmo, región infundibular del folículo y en ocasiones de la protuberancia, lo que puede contribuir al daño permanente cicatrizal debido a que aquí se encuentran las células madre del folículo. Suele no presentarse dermatitis de interfase en el epitelio interfolicular. Estos hallazgos histopatológicos son una anteposición entre liquen plano pilar y alopecia androgenética.⁵

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Los principales diagnósticos diferenciales de la FAPD son alopecia androgenética (AGA), alopecia en patrón femenino (APF), liquen plano pilar (LPP) y alopecia cicatrizal centrífuga central (ACCC). La diferencia principal con AGA y APF es que éstas no son alopecias cicatrizales y tienen una presentación clínica con predominio bitemporal y en el vértex. La APF tiende a preservar la línea frontal del cabello, y a nivel histopatológico se observan principalmente folículos pilosos miniaturizados, sin dermatitis de interfaz. El LPP es una alopecia cicatrizal y tiene una presentación clínica variable; sin embargo, se manifiesta principalmente con focos difusos de pérdida parcial de cabello; a nivel histopatológico se observa una inflamación liquenoide en el istmo e infundíbulo del folículo piloso terminal y una dermatitis de interfase en la epidermis interfolicular. Finalmente, la ACCC, como su nombre lo indica, es de tipo cicatrizal, tiene una presentación clínica en la región del vértex de la piel cabelluda y se expande hacia las regiones de la periferia; en la histopatología se observa predominantemente descamación prematura de la vaina radicular interna y no presenta dermatitis de interfase.^{5,7}

TRATAMIENTO

Actualmente no existen guías clínicas para el tratamiento de esta entidad. No obstante, en algunos estudios retrospectivos de cohorte^{1,8} se han observado mejoras terapéuticas para detener la progresión de esta enfermedad con el uso de minoxidil vía oral a dosis bajas,

espirolactona, flutamida, finasteride, dutasteride e hidrocicloroquina; así como tratamientos tópicos como los esteroides de alta potencia y minoxidil al 5%. De acuerdo con Vañó y Jaén, la terapia de FAPD debe de combinar los tratamientos usados en alopecia androgenética, así como antiinflamatorios acordes con la severidad. Para el primero se utilizan finasteride, dutasteride o minoxidil oral, a dosis utilizadas en alopecia androgenética, mientras que para la segunda se sugiere el uso de tacrolimus al 0.1%, clobetasol propionato al 0.05% y/o triamcinolona intralesional.⁹ Es importante mencionar que estos tratamientos sólo han demostrado detener la enfermedad; en la actualidad no existe una terapia que genere el crecimiento capilar de zonas de cicatrización ya establecidas.

COMENTARIO

La FAPD es una alopecia cicatrizal poco estudiada, y por lo tanto poco diagnosticada. Difícilmente se puede realizar el diagnóstico si no se hace uso de la tricoscopia, y se puede pasar por alto una alopecia cicatrizal pensando que se está ante una alopecia androgenética. Es de suma importancia iniciar el tratamiento de manera oportuna para detener la progresión, y entre más temprano se lleve a cabo mejor será el pronóstico.

REFERENCIAS

1. Griggs J, Trüeb RM, Gavazzoni-Dias MFR, Hordinsky M, Tosti A. Fibrosing alopecia in a pattern distribution. *J Am Acad Dermatol*. 2021; 85: 1557-1564. doi: 10.1016/j.jaad.2019.12.056.
2. Wei K, Ni C, Huang Q, Yang K, Zhang Y, Liu Q et al. Clinicopathological characteristics of fibrosing alopecia in a pattern distribution: a single-

center, retrospective study. *Int J Dermatol*. 2023; 62: 1391-1396. doi: 10.1111/jid.16860.

3. Vañó-Galván S, Saceda-Corralo D, Blume-Peytavi U, Cucchiá J, Dlova NC, Gavazzoni Dias MFR et al. Frequency of the types of alopecia at twenty-two specialist hair clinics: a multicenter study. *Skin Appendage Disord*. 2019; 5: 309-315. doi: 10.1159/000496708.
4. Rezende HD, Reis-Gavazzoni-Dias MF, Trüeb RM. Graft versus host disease presenting as fibrosing alopecia in a pattern distribution: a model for pathophysiological understanding of cicatricial pattern hair loss. *Int J Trichology*. 2018; 10: 80-83. doi: 10.4103/ijt.ijt_83_17.
5. Triyangkulsri K, Srisuwanwattana P, Sriphojanart T, Suchonwanit P. Fibrosing alopecia in a pattern distribution: a case report and literature review. *Case Rep Dermatol*. 2019; 11: 297-302. doi: 10.1159/000503681.
6. Gavazzoni-Dias MFR, Lofeu-Cury A, Vilar EAG, Peixoto PG, Ekelem C. Case series of frontal fibrosing alopecia and fibrosing alopecia in a pattern distribution: is there a familial correlation? *Skin Appendage Disord*. 2023; 9: 230-234. doi: 10.1159/000529923.
7. Ramanauskaite A, Trüeb RM. Facial papules in fibrosing alopecia in a pattern distribution (Cicatricial pattern hair loss). *Int J Trichology*. 2015; 7: 119-122. doi: 10.4103/0974-7753.167463.
8. Jerjen R, Pinczewski J, Sinclair R, Bhojyul B. Clinicopathological characteristics and treatment outcomes of fibrosing alopecia in a pattern distribution: a retrospective cohort study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021; 35: 2440-2447. doi: 10.1111/jdv.17604.
9. Vañó S, Jaén P. Manual práctico de tricología: #Trico HRC 2nd ed. Cuquerella Medical Communications. 2023; pp. 130-134.

Correspondencia:

Dra. Maribet González González

Dr. Vértiz 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.
Tel.: 55 5519-6351.

E-mail: dramaribetgonzalez@hotmail.com