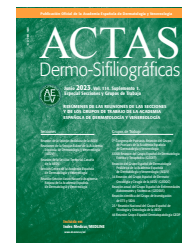




ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES Y PÓSTERES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO TRICOLOGÍA

23.ª Reunión Nacional del Grupo Español de Tricología y Onicología de la AEDV Bilbao, 21 y 22 de octubre de 2022

Comunicaciones orales

C1. CUANDO EL PELO ES LA CLAVE: EL VALOR DIAGNÓSTICO DE LA TRICOLOGÍA EN EL SÍNDROME DE NETHERTON

J.M. Morón Ocaña, I.M. Coronel Pérez, M.B. Cívico Ruiz, V. Linares López, E.M. Rodríguez Rey y Á. Navarro Gilabert

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

Objetivo. Destacar la importancia de la tricología en el diagnóstico del síndrome de Netherton (SN).

Introducción. El SN es una genodermatosis autosómica recesiva, causado por mutaciones en el gen SPINK5. Se caracteriza por la tríada de 1) ictiosis lineal circunfleja (u otros tipos de ictiosis congénita), 2) manifestaciones de atopía y 3) una anomalía capilar patognomónica: la tricorrexia invaginada.

Caso clínico. Varón de 36 años diagnosticado desde la edad infantil de dermatitis atópica severa con valores de IgE elevados. En la exploración, el paciente presentaba lesiones eritematodescamativas generalizadas, con morfología anular y arciforme, con doble línea de descamación en el borde, fundamentalmente en las extremidades. Además, llamaba la atención un pelo quebradizo y alopecia de cejas y pestañas. La tricología mostraba nódulos en el tallo piloso de estas zonas. El examen del tallo piloso en el microscopio óptico mostró la típica imagen de tricorrexia invaginada. El estudio genético reveló la presencia de una mutación heterocigótica en el gen SPINK5, confirmando así el diagnóstico de SN.

Conclusiones. El SN es una genodermatosis poco frecuente. La dificultad para hacer el diagnóstico diferencial con otras entidades atopiformes, eritrodérmicas e ictiosiformes representa un verdadero desafío diagnóstico. En estos casos, los hallazgos encontrados en el examen del pelo son muy característicos. El cabello de los pacientes con SN suele ser corto, sin brillo y quebradizo, siendo patognomónicos la presencia de tallos en “caña de bambú” o tricorrexia invaginada y los “golf tee”. Estos hallazgos son hasta 10 veces más frecuentes en las cejas. La tricología y el análisis del pelo al microscopio óptico se convierten en unas herramientas au-

xiliarias indispensables, ya que además de ser accesibles y no invasivas, permiten un diagnóstico certero y precoz de la enfermedad y, por tanto, un tratamiento adecuado.

C2. ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE-ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (AFF-ICV): VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO

M.L. Porriño-Bustamante^a, T. Montero-Vílchez^b, M.A. Fernández-Pugnaire^c y S. Arias-Santiago^b

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario la Zarzuela. Madrid. ^bHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^cHospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. Los estudios de calidad de vida (CV) en alopecia frontal fibrosante (AFF) son escasos y utilizan cuestionarios generales, como el “Dermatology Life Quality Index” (DLQI). La valoración de la CV con cuestionarios específicos es más precisa que cuando se usan otros generales. El objetivo de este trabajo es la validación de un cuestionario específico para la valoración de la CV en AFF: el AFF-índice de CV (AFF-ICV).

Material. Se realizó un estudio transversal con 101 mujeres con AFF. Cada paciente respondió 3 cuestionarios, el DLQI, el “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) y el AFF-ICV. El AFF-ICV incluyó 20 preguntas, cuyas respuestas puntuaban de 0 (no afectado) a 3 (muy afectado), y la puntuación total oscilaba entre 0 (mejor CV) y 60 (peor CV). La validación del AFF-ICV se basó en el DLQI.

Resultados. El AFF-ICV mostró una correlación significativamente mayor con el DLQI ($r = 0,729$) que con el HADS ($r = 0,361$). Los pacientes con enfermedad severa tuvieron mayores puntuaciones en el AFF-ICV (19,72 vs. 14,11; $p = 0,002$) y en el DLQI (4,24 vs. 2,47; $p = 0,011$), pero el AFF-ICV mostró mayor capacidad para seleccionar a estos pacientes (área bajo la curva = 0,704; $p < 0,001$) que el DLQI (área bajo la curva = 0,603, $p = 0,076$). Se establecieron los siguientes puntos de corte en el AFF-ICV: < 21 afectación leve de la CV, 21-35 afectación moderada y > 35 afectación severa. La distribución de la afectación de la CV en la muestra fue: 68,3% afectación leve, 24,8% afectación moderada y 6,9% afectación severa. La puntuación total del AFF-ICV fue mayor en pacientes con alopecia de

larga duración, pápulas faciales y alopecia de cejas, y el AFF-ICV mostró una capacidad discriminativa significativamente mayor que el DLQI para seleccionar pacientes con alopecia de larga duración y alopecia de cejas.

Conclusiones. Se presenta un cuestionario específico y validado para valorar la CV en pacientes con AFF, con mayor poder para seleccionar a pacientes con enfermedad severa que el DLQI.

C3. TRASPLANTE CAPILAR EN MUJERES A PARTIR DE 17 CASOS

A. Gómez Zubiaur, A. Rodríguez-Villa, D. Vega Díez, Á. Aguado, J.J. Andrés Lencina, V. Cabezas, C. Corredera, K. Dryk, B. Ferrer, M. García Legaz, Á. Gómez, R. Moreno, L. Sardá, A. Suárez, D. Subiabre, C. Valenzuela y J.M. Ricart Vayá

Instituto Médico Ricart. España.

Introducción. El trasplante capilar es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que permite trasladar unidades foliculares desde la zona donante hasta la zona receptora, basándose en la teoría de la dominancia donante. Su realización en varones con alopecia androgénica está consolidada. Sin embargo, en mujeres, su indicación es menos frecuente.

Material y métodos. Se recogen de forma retrospectiva los datos de las pacientes intervenidas en nuestras clínicas entre diciembre de 2019 y abril de 2022 con diagnóstico de alopecia androgénica femenina (FAGA). Todas las cirugías se realizaron mediante técnica FUE (Follicular Unit Excision), con rasurado de ventana occipital y punch de extracción serrado (0,7 o 0,8 mm). La implantación se llevó a cabo mediante incisiones con agujas y colocación con pinzas, sin rasurado de la zona donante. Se evaluaron los resultados por las pacientes, por 2 dermatólogos independientes y la cirujana capilar sobre iconografía estandarizada. El grado de satisfacción se determinó mediante escala HAIR SPECIFIC INDEX 29 (HSS29).

Resultados. Diecisiete mujeres (edad media 54,6 años), con patrón de FAGA tipo Ludwig (L) en 8, tipo Olsen (O) en 6 y tipo Hamilton (H) en 3, con severidad media de 1,86 sobre 3 en L/O y 3,33 sobre 5 en H. La media de las unidades foliculares trasplantadas fue de 1900 colocadas sobre diseño trapezoidal en 5 casos, primera línea de implantación en 3 y "palo de golf" en el resto. Durante el postoperatorio se describieron 2 casos de efluvio telógeno grave en zona donante y 3 en zona receptora. La severidad media de la alopecia tras la cirugía fue de 0,79 en L/O y 1 en H. El grado de mejora media en escala -2/+2 fue de +1,65 y +1,41 según evaluadores externos, +1,65 según cirujana capilar y +1,53 según las pacientes. La media en las puntuaciones de HSS29 descendió desde 31,78 (afectación moderada) hasta 12,23 (afectación leve), siendo la dimensión emocional la que presentó una mejora más acusada, desde 53,5 (afectación severa) hasta 21,17 (afectación leve).

Conclusiones. El trasplante capilar en mujeres debe adquirir un papel más relevante en el algoritmo terapéutica de la FAGA. Es fundamental realizar un correcto planteamiento de la cirugía para obtener resultados adecuados. La satisfacción global con la cirugía en nuestra serie fue de 8,6 sobre 10.

C4. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LOS PERFILES DE MIRNA CIRCULANTES EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA SEVERA

P.J. Gómez-Arias^{a,b}, M. Aguilar-Luque^a, M. Juan Cencerrado^{a,c}, J. Gay-Mimbrera^a, J. Liñares-Blanco^d, P. Carmona-Sáez^d y J. Ruano^{a,c}

^a*Inflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases* Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad

de Córdoba. España. ^b*Laboratory of Inflammatory Skin Diseases. Icahn School of Medicine. Mount Sinai Hospital. New York. Estados Unidos.* ^c*Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. España.* ^d*Bioinformatics Unit. GENYO Centre for Genomics and Oncological Research: Pfizer/University of Granada/Andalusian Regional Government. PTS Granada. España.*

Objetivo. Determinar qué rutas están significativamente representadas a partir de los perfiles de expresión de miRNA circulantes de pacientes con formas severas de alopecia areata (AA).

Material. Se analizaron muestras de plasma de 9 pacientes naïve con AA severa [SALT 85% (60-100)] y de 5 controles sanos. Realizamos RT-PCR con la tecnología OpenArray para el análisis de la expresión de 754 miRNA. Los datos fueron extraídos con la aplicación Relative Quantification (qPCR) de ThermoFisher Connet(tm). A partir de los resultados realizamos un análisis funcional con la aplicación GeneCodis (KEGG, WikiPathways, Reactome, GO Biological Process, GO Molecular Functions). Los análisis estadísticos se llevaron a cabo empleando el lenguaje estadístico R con una significación de $p < 0,05$.

Resultados. De los 126 miRNA finalmente detectados en el plasma, identificamos 19 que estaban diferencialmente expresados en pacientes con AA severa frente a personas sanas (195-5p, 93-3p, 130b-3p, 21-3p, 214-3p, 101-3p, 153-3p, 16-5p, 296-5p, 325, 132-3p, 140-3p, 19a-3p, 29b-3p, 30b-5p, 30c-5p, 376a-3p, 424-5p, 92a-3p). La lista de genes regulados por dichos miRNA se encontraba enriquecida por rutas relacionadas con el sistema inmunológico como el fenotipo linfocitario Th2 (IL4, IL13) y las familias de interleucinas IL-1 e IL-7, el procesamiento antigénico (presentación por MHC clase I, ubiquitinización y degradación en el proteasoma) y la muerte celular programada. También identificamos otras rutas que implicaban el ciclo circadiano, el transporte de moléculas pequeñas, el flujo de colesterol hepático por receptores LXR, el factor de crecimiento epidérmico y la hormona de crecimiento.

Conclusiones. Sería interesante realizar estudios prospectivos para determinar el valor de estos perfiles de expresión de miRNA circulantes en formas severas de AA y su potencial valor como marcador pronóstico en la práctica clínica.

C5. PERFIL DE SEGURIDAD DEL MINOXIDIL ORAL EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ALOPECIA POSQUIMIOTERAPIA

Á. Aguado-García^a, A. Gómez Zubiaur^{a,b}, J.J. Andrés Lencina^a, V. Cabezas^a, C. Corredera^a, K. Dryk^a, B. Ferrer^a, M. García-Legaz^a, Á. Gómez^a, R. Moreno^a, A. Rodríguez-Villa^a, L. Sardá^a, A. Suárez^a, D. Subiabre^a, C. Valenzuela^a, D. Vega Díez^a, M. Martínez Villaescusa^c y J.M. Ricart Vayá^a,

^a*Unidad Capilar. Instituto Médico Ricart.* ^b*Hospital Universitario Príncipe de Asturias.* ^c*IMR Alicante. España.*

Objetivo. Valorar la seguridad del tratamiento con minoxidil oral en la alopecia permanente posquimioterapia.

Material y métodos. Evaluamos retrospectivamente a las mujeres con alopecia posquimioterapia permanente tratadas con minoxidil oral en dermatología. La evaluación de la alopecia se llevó a cabo mediante diagnóstico clínico y tricoscópico empleando la escala Sinclair, con revisiones semestrales. Los efectos adversos al tratamiento se registraron en la base de datos Excel cada 6 meses y se realiza un estudio descriptivo de los mismos.

Resultados. Se incluyeron en el análisis un total de 5 pacientes, todas ellas mujeres con una edad media 55 años, y que habían recibido tratamiento por el diagnóstico de cáncer de mama. Recibieron tratamiento con diferentes pautas de quimioterapia. Se objetivó mejoría de la alopecia dosis dependiente en todas las pacientes. Los efectos secundarios, que también fueron dosis depen-

diente, fueron los habitualmente descritos por uso de minoxidil a esas dosis en tricología. En 2 pacientes hubo que retirar la medicación, una por hipertriosis y otra por extrasistolia sintomática, sin poder establecerse una relación directa con el uso del minoxidil.

Conclusiones. El minoxidil oral es un fármaco empleado para el tratamiento de la alopecia por múltiples causas con buen perfil de seguridad a las dosis empleadas habitualmente en tricología, sin embargo, su uso en la alopecia permanente posquimioterapia no está estandarizado. En este estudio, a pesar de las limitaciones del tamaño muestral, parece que el minoxidil oral tendría un perfil de seguridad similar al de su uso en otros tipos de alopecia.

C6. GENOTIPADO DE LAS VARIANTES RS1800440 EN EL GEN CYP1B1 Y RS9258883 EN EL GEN HLA-B*07:02 EN UNA COHORTE ESPAÑOLA DE 223 PACIENTES CON ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

D. Saceda-Corrado^{a,b,c}, D. Ortega-Quijano^{a,c}, G. Muñoz-Martín^d, Ó. Muñoz Moreno-Arrones^{a,c}, C. Pindado-Ortega^{a,c}, A. Melián-Olivera^a, C. Azcárraga-Llobet^a, P. Burgos-Blasco^a, M.E. Castañeda-Bermúdez^e, F.J. del Castillo^d y S. Vañó-Galván^{a,c,f}

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. IRYCIS. ^bDepartamento de Biología de Sistemas. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá, IRYCIS. Madrid. ^cUnidad de Tricología. Grupo de Dermatología Pedro Jaén. ^dUCA Translational Genomics. Hospital Universitario Ramón y Cajal. ^eInstituto Dermatológico de Jalisco. Guadalajara. México. ^fDepartamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. IRYCIS. Madrid. España.

Objetivo. Describir la prevalencia de las variantes genéticas en los alelos HLA-B*07:02 y CYP1B1 descritas previamente en el estudio hipanobritánico GWAS.

Métodos. Estudio de corte transversal en el que se incluyeron muestras sanguíneas de pacientes con alopecia frontal fibrosante en seguimiento en nuestro centro. Se estudiaron los polimorfismos rs9258883 y rs1800440 en los alelos HLA-B*07:02 y CYP1B1, respectivamente.

Resultados. Se incluyeron muestras de 223 pacientes. El 83,8% de las pacientes portaban el polimorfismo rs9258883 en HLA-B*07:02, el 58,7% eran heterocigotas para esta variante y no estaba presente en el 14,8%. La mayoría de las pacientes no mostraron la variante protectora rs1800440 en CYP1B1 (75,2%).

Conclusiones. Mientras que el polimorfismo estudiado en HLA-B tiene una presencia irregular, la variante protectora rs1800440 en CYP1B1 está ausente en la mayoría de las pacientes. Esto indica que el metabolismo de estrógenos xenobióticos puede desempeñar un papel relevante en el desarrollo de la enfermedad. El estudio de estas variantes genéticas puede favorecer el diseño de nuevas hipótesis etiopatogénicas de la enfermedad.

C7. USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA PREDECIR RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PLACAS DE ALOPECIA AREATA

F. Alarcón Soldevilla^a, C. Campoy Carreño^a, F.J. Hernández Gómez^b y R. Grimalt Santacana^c

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora del Rosell. ^bUniversidad Politécnica de Cartagena. ^cUniversitat Internacional de Catalunya. España.

La tricoscopia es un instrumento que nos sirve para diagnosticar diferentes tipos de alopecia, entre ellas la alopecia areata, a partir de reconocer estructuras como los puntos negros, amarillos, signos de exclamación, vellos cortos, pelos rotos, etc. Diferentes estudios describen que algunas de estas estructuras son capaces de determinar la

actividad de la enfermedad, y por ende, su respuesta al tratamiento. Con lo mencionado, ¿será posible crear un algoritmo de inteligencia artificial que mediante imágenes tricoscópicas sea capaz de predecir la respuesta al tratamiento en placas de alopecia areata?

C8. TOLERANCIA Y SEGURIDAD DE MINOXIDIL SUBLINGUAL A DOSIS BAJAS

J.J. Andrés Lencina, A. Gómez Zubiaur, Á. Aguado, V. Cabezas, C. Corredera, K. Dryk, B. Ferrer, M. García Legaz, Á. Gómez, R. Moreno, A. Rodríguez Villa, L. Sardá, A. Suárez, D. Subiabre, C. Valenzuela, D. Vega y J.M. Ricart Payá

Instituto Médico Ricart. España.

Introducción. El minoxidil oral a dosis bajas (MODB) ha revolucionado el tratamiento de la alopecia androgénica masculina y femenina. Se trata de un tratamiento eficaz y seguro, avalado por múltiples publicaciones. Recientemente se han realizado experiencias con su uso por vía sublingual. La administración sublingual evitaría el metabolismo de primer paso hepático, y dado que la sulfatación hepática de minoxidil es responsable en su mayor parte de su acción hemodinámica, se podría prever también una reducción de los efectos secundarios de este tipo y, por tanto, una mejora en su seguridad.

Material y métodos. Nos propusimos la realización de un estudio retrospectivo desde agosto de 2021 hasta marzo de 2022 de los pacientes con minoxidil sublingual en las clínicas de Instituto Médico Ricart (España). El minoxidil sublingual se elaboró en solución y en 2 concentraciones, obteniendo 0,25 mg o 0,5 mg por pulsación. Tras 3 meses de tratamiento se realizó una encuesta activa, mediante llamada telefónica, para evaluar la aparición y secuencia temporal de los posibles efectos secundarios.

Resultados. Se han revisado un total de 87 pacientes con diagnóstico de alopecia androgénica (73 mujeres y 14 hombres), con un peso y estaturas medias de 62,5 kg y 165,9 cm. La dosis media en el grupo de las mujeres fue de 0,69 mg/día y 0,77 mg/día, en el caso de los hombres. Los principales efectos adversos registrados fueron: hipertriosis 24,21%; edemas 4,21%; mareo 1,11%; cefalea 2,11%; caída de cabello 18,95%; taquicardia 5,26%; urticaria 5,26%; aturdimiento 3,16%; insomnio 7,37%; pesadillas 1,05% e irritación local 6,32%.

Conclusiones. Es significativa la baja tasa de efectos adversos tanto en hombres como en mujeres, con porcentajes en algunos casos inferiores a los que se observaban en los estudios más representativos de MODB. Nuestro estudio tiene como limitaciones el hecho de tratarse de un estudio retrospectivo, con periodo corto de seguimiento, escasa representación de pacientes varones y dosificación menor en este grupo que en los estudios de MODB. En conclusión, el uso de minoxidil sublingual en presentación solución en spray puede ser una alternativa segura y cómoda al uso del minoxidil oral, siendo necesarios más estudios comparativos que evalúen dichas diferencias.

C9. DIFERENCIAS FUNCIONALES DE LOS PERFILES TISULARES Y PLASMÁTICOS DE EXPRESIÓN GÉNICA EN LAS FORMAS SEVERAS DE ALOPECIA AREATA

I. Rivera-Ruiz^{a,b}, M. Juan Cencerrado^{a,b}, J. Gay-Mimbrera^a, J. Liñares-Blanco^c, P.J. Gómez-Arias^{a,d}, M. Aguilar-Luque^a, P. Carmona-Sáez^c y J. Ruano^{a,b}

^aInflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases' Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. España. ^bDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. España. ^cBioinformatics Unit. GENYO Centre for Genomics and Oncological

Research: Pfizer/University of Granada/Andalusian Regional Government. PTS Granada. España. "Laboratory of Inflammatory Skin Diseases. Icahn School of Medicine. Mount Sinai Hospital. New York. Estados Unidos.

Objetivo. Identificar diferencias entre los perfiles tisulares y plasmáticos de mRNA de las formas severas de alopecia areata (AA).

Material. Se analizaron muestras de piel y plasma de 9 pacientes naïve con AA severa (SALT 85% [60-100]) y 5 controles sanos. Realizamos RT-PCR multiplexada con el sistema TLDA cards para el análisis de la expresión de los mRNA, proteínas implicadas en la respuesta inmune y el control funcional y estructural de la piel. A partir de los resultados realizamos un análisis funcional con la aplicación web GeneCodis (KEGG, WikiPathways, Reactome, GO Biological Process, GO Molecular Functions). Los análisis estadísticos se realizaron empleando el lenguaje estadístico R y se consideraron significativos con un valor de $p < 0,05$.

Resultados. La piel afectada mostró un mayor número de genes diferencialmente expresados en comparación con el plasma (CXCL10, IFNG, CCL5, STAT1, CXCL9; todos $p < 0,05$). El análisis del plasma mostró una mayor representación de rutas relacionadas con muerte celular (necrosis, piroptosis, necrosis regulada y muerte programada), el reclutamiento de células inflamatorias, los receptores de lectina tipo C, la ruta Th2 (IL-4, IL-13), la señalización mediada por IL-1 y mediada por IL-10 y la activación del inflammasoma/CLECK7A. Sin embargo, en la piel afectada se encontraron significativamente enriquecidas rutas relacionadas con la queratinización y formación de la envoltura nuclear, rutas relacionadas con Th1 y las interleucinas IL10, IL12 e IL20, los receptores de quimiocinas y la ruta de NOTCH3.

Conclusiones. Dado que existen rutas diferencialmente activadas en la piel y el plasma de pacientes con AA severa, sería interesante analizar cómo están interconectadas para conocer la etiología de la enfermedad, mejorar el manejo terapéutico de estos pacientes y controlar las comorbilidades sistémicas asociadas.

C10. DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS TRICOSCÓPICOS EN ZONA DONANTE Y RECEPTORA TRAS CIRUGÍA CAPILAR TÉCNICA FUE

V. Cabezas Calderón, D. Vega Díez, Á. Gomez Tomás, A. Rodríguez-Villa, Á. Aguado, J.J. Andrés Lencina, C. Corredera, K. Dryk, B. Ferrer, M. García Legaz, R. Moreno, L. Sardá, A. Suárez, D. Subiabre, C. Valenzuela, J.M. Ricart Vayá y A. Gómez Zubiaur

Instituto Médico Ricart. España.

Objetivo. Describir los hallazgos tricoscópicos en zona donante y receptora en los 12 meses posteriores a la realización de un trasplante capilar con técnica FUE (Follicular Unit Excision) en alopecia androgénica (AGA).

Material. Se plantea un estudio descriptivo retrospectivo de imágenes tricoscópicas postrasplante de un total de 50 pacientes con AGA trasplantados con técnica FUE. El seguimiento tricoscópico se realizó mediante Trichoscan a lo largo de un año postrasplante y se analizaron las imágenes por tres dermatólogos diferentes.

Resultados. En periodo de reposo (mes 0-4), se obtuvieron imágenes en 34 pacientes, en periodo de desarrollo (meses 4-8) en 13 y en periodo de maduración (mes 9-12) en 29 pacientes. En zona receptora fueron frecuentes las áreas rosadas, pelos distróficos, puntos blancos fibróticos y acentuación perifolicular. También se describen otros hallazgos como el signo del eclipse o halos blanquecinos sobre áreas marrones peripilares. Se identificó una mayor presencia de puntos negros, áreas rojas y hemorragias superficiales durante las etapas más precoces (periodo de reposo precoz). No se halló ningún patrón vascular predominante. En zona donante, el hallazgo más frecuente fue la presencia de destellos blancos y destellos rojos, estos últimos asociados a un patrón vascular arboriforme.

Conclusiones. Este estudio recoge por primera vez en la literatura los hallazgos tricoscópicos asociados a un trasplante capilar en cada una de las fases, identificando así los signos característicos de cada fase. La presencia de eritema e hiperqueratosis peripilar autorresolutivos puede observarse durante alguna de las fases. Los puntos blancos fibróticos, descritos en alopecias cicatriciales, parecen muy frecuentes en pacientes trasplantados, probablemente secundarios a la cicatrización de las incisiones. Se describe por primera vez el signo del eclipse como hallazgo identificable en pacientes trasplantados con AGA.

C11. MINOXIDIL ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE ALOPECIA FEMENINA EN EL CONTEXTO DE CÁNCER DE MAMA

Ó. Muñoz Moreno-Arrones^a, D. Saceda^a, Á. Hermosa^a, J. Jiménez^a, D. Ortega^a, R. Rodrigues^a, A. Imberón^a, C. Pindado^a, Á. Aguado^b, A. Gómez^b y S. Vañó^a

^aClínica Pedro Jaén. ^bInstituto Médico Ricart. España.

Introducción y objetivo. El cáncer de mama es la neoplasia invasiva más frecuentemente diagnosticada en mujeres (aproximadamente una de cada ocho mujeres (13%)). Además, en torno al 10-30% de las mujeres desarrollan una alopecia persistente tras quimioterapia (pCIA, "persistent chemotherapy-induced alopecia") y alrededor del 5-15% durante o tras terapia endocrina como el tamoxifeno (EIA, "endocrine-induced alopecia"). Por último, el pico de incidencia del cáncer de mama coincide con el de los primeros signos de la alopecia androgénica femenina. El objetivo del estudio es determinar la seguridad y eficacia del tratamiento con minoxidil oral en pacientes afectados de pCIA, EIA y alopecia androgénica (AGA) femenina con antecedente personal de cáncer de mama.

Métodos. Se realizó un estudio analítico descriptivo de 153 pacientes. Se recogieron datos epidemiológicos, tipo de alopecia, dosis de minoxidil, efectividad y seguridad.

Resultados. Las pacientes afectas de AGA con antecedente personal de cáncer de mama mostraron un perfil de efectividad y seguridad similar a las pacientes femeninas de nuestra cohorte de pacientes femeninas con AGA sin antecedente de cáncer de mama. Las pacientes afectas de pCIA evidenciaron una seguridad similar, pero con una efectividad significativamente menor que la de pacientes con AGA. Las pacientes afectas de EIA mostraron asimismo una seguridad similar a los anteriores grupos y una eficacia significativamente mayor que las pacientes afectas de pCIA. En ningún caso se notificó una recidiva de su cáncer de mama.

Conclusiones. El minoxidil oral puede ser una herramienta útil para el tratamiento de la alopecia femenina en el contexto de cáncer de mama. El pronóstico capilar de las mujeres afectas de pCIA es mediocre.

C12. AFECTACIÓN OCCIPITAL EN PACIENTES CON ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE, SERIE DE CASOS. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA Y TRICOSCÓPICA

R. Pérez Mesonero^a, Á. Gómez Zubiaur^b, A. Rodríguez Villa-Lario^a, D. Vega Díez^a, M. González Cañete^a, E.L. Pinto Pulido^a y E. García Verdú^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). ^bUnidad de Tricología. Instituto Médico Ricart. España.

Objetivo. Descripción de las características epidemiológicas, clínicas y tricoscópicas de los pacientes con alopecia frontal fibrosante

y afectación occipital valorados en la consulta de Tricología del Hospital Príncipe de Asturias.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y transversal con los pacientes atendidos en la consulta de Tricología del Hospital Príncipe de Asturias entre diciembre de 2019 y marzo de 2022.

Resultados. Diecisiete pacientes, todos ellos mujeres posmenopáusicas, con media de edad de 67 años (rango 48-81) y un promedio de 8 años de evolución de su alopecia. Un 64,7% refería prurito occipital, si bien la pérdida capilar no había sido advertida por más de la mitad de las pacientes. Solo 2 referían hábito de aplicación de fotoprotector en la circunferencia cervical, pudiendo entrar en contacto con la zona occipital. Se han podido agrupar a los pacientes en 3 patrones morfológicos: marginal, en parche y doble línea, siendo el primero el más frecuente. Dieciséis pacientes mostraban eritema clínicamente evidente, mientras que solo en 4 se objetivó hiperqueratosis perifolicular a la inspección ocular, si bien este dato se duplicó en la observación tricoscópica. Los hallazgos tricoscópicos más frecuentes fueron la existencia de unidades foliculares de un único tallo piloso y la pérdida de salidas foliculares (100%), seguido por el eritema perifolicular y las áreas blanquecinas (94%).

Conclusiones. Presentamos la segunda serie publicada hasta la fecha de pacientes con alopecia frontal fibrosante y afectación occipital, enfocándonos en sus características clínicas y tricoscópicas.

C13. EFLUVIO EN LÍNEA DE APARICIÓN INMEDIATA ASOCIADO A TRASPLANTE CAPILAR DE ALTA DENSIDAD: DESCRIPCIÓN DE 28 CASOS

J.M. Mir-Bonafé, J. Mir-Bonafé y M. Mir-Bonafé

Servicio de Dermatología. Unidad de Tricología y Trasplante Capilar. Hospital Juaneda. Palma de Mallorca (Balears). España.

Objetivo. Describir una nueva variante de efluviio de morfología lineal de aparición inmediata (primeros días) postrasplante capilar.

Material. Estudio de serie de casos retrospectivo, observacional y descriptivo. Se realizan 2 visitas en el postoperatorio inmediato con fotografías; a los 1-3 días y a los 7-9 días. En ambas visitas se han valorado la presencia de: i) efluviio en línea rodeando posteriormente las entradas (“signo de Mickey Mouse”), ii) efluviio en línea posterior a mechón frontal, iii) efluviio en línea concéntrica a vértex (“signo del Donut”). También se ha estudiado la coloración y el diámetro de la línea alopécica.

Resultados. Se incluyen 28 pacientes. Todos presentaron cirugías reconstructivas de entradas con “dense packing” o alta densidad (50-70 UF/cm²) y asociaron “signo de Mickey Mouse” desde los 1-3 días (lo que hemos llamado “efluviio primario”), creando un espacio de alopecia entre la zona receptora y el pelo no trasplantado. En la segunda visita, sí observamos la adición de otros efluviios (“secundarios”); i) “signo del Donut” en vértex y ii) efluviio lineal posterior en mechón frontal. En 8 casos concurren otros tipos de efluviios inmediatos. Trece pacientes presentaron eritema inicial. A los 7-9 días, todos los pacientes mostraron coloración pálida. Todos los pacientes presentaron progresión del diámetro de la línea alopécica: media de 10,7 mm.

Conclusiones. La morfología lineal podría ser el resultado de la alta densidad colocada en nuestros pacientes, provocando hipoxia perilesional y efluviio de las líneas que rodean la zona receptora, afectando principalmente los cabellos miniaturizados. Debido a que la línea alopécica provoca inseguridad a los pacientes sobre una posible no colocación de injertos, recomendamos iconografía postoperatoria inmediata, demostrando unión de áreas trasplantada y no trasplantada, así como la explicación previa al paciente de este fenómeno transitorio y completamente reversible en 3 meses.

C14. RECONSTRUCCIÓN DE PLACAS DE ALOPECIA AREATA DE AÑOS DE EVOLUCIÓN MEDIANTE TRASPLANTE CAPILAR POR TÉCNICA FUE

C. de Hoyos Alonso

Unidad de Tricología y Trasplante capilar. Clínica Ceta. España.

Objetivo. Repoblar placas de alopecia areata mediante trasplante capilar por técnica FUE.

Materiales. Paciente con placas de alopecia areata de años de evolución que no responden a tratamientos habituales para repoblar alopecia areata y se decide realizar trasplante capilar por técnica FUE-FLAPS en las zonas despobladas.

Resultados. Mantenimiento a largo plazo del crecimiento folicular tras realizar trasplante en zona afectadas.

Conclusiones. El trasplante capilar por técnica FUE puede ser una opción para repoblar pequeñas placas de alopecia areata que no responden a tratamiento médico.

C15. TRASPLANTE CAPILAR “EN ESPEJO” PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE ÁREAS CICATRICIALES EXTENSAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. Mir Bonfè^{a,b}, J.F. Mir Bonafè^{b,c} y J.M. Mir Bonafè^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitari de Son Espases. Palma. ^bUnidad de Tricología. Clínica Juaneda. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma. España.

El lupus eritematoso discoide (LED) es una dermatosis inflamatoria crónica, cuya principal manifestación clínica es la afectación del cuero cabelludo que conduce a una alopecia cicatricial irreversible. Esta localización suele ser la primera manifestación de la enfermedad. En el manejo de esta entidad se usan diferentes tratamientos, con el objetivo de evitar su progresión y revertir los síntomas acompañantes. A efectos de reposición del cabello perdido en las zonas alopécicas, el trasplante capilar ha emergido en los últimos años como una técnica útil. Presentamos el caso de una mujer de 48 años, con diagnóstico de LED con importante afectación de cuero cabelludo. Actualmente, sin tratamiento desde hace 4 años debido a la estabilidad clínica. Se aprecian múltiples placas alopécicas de predominio occipitoparietal, algunas de aspecto pseudoatrófico, sin eritema ni descamación ni otros signos de actividad. Para su tratamiento, se plantea un tratamiento mediante trasplante capilar. Así, se diseña y realiza una reconstrucción usando como zonas donantes las áreas que habitualmente son dadoras. A los 9 meses, observamos un buen resultado cosmético. El tratamiento del LED y otras alopecias cicatriciales es complejo y está encaminado a prevenir una progresión del mismo y a mitigar los síntomas acompañantes. Las nuevas técnicas en trasplante capilar han abierto un nuevo escenario en el tratamiento de estas alopecias. Debido al proceso inflamatorio subyacente, se debe asegurar la estabilización completa del cuadro durante al menos un año antes de proceder a la realización del trasplante. En nuestro caso, la afectación parcheada distribuida de forma simétrica en todo el cuero cabelludo con especial afectación parietooccipital nos llevó a realizar un trasplante capilar “en espejo” donde la habitual zona receptora se convertía en dadora y al revés. El resultado a los 9 meses tras la cirugía es muy satisfactorio, con una buena densidad capilar resultante.

C16. UNA PROPUESTA DE ESTUDIO DEL CABELLO IMPEINABLE

J. Ferrando Barberá

Profesor Honorario. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción. De un tiempo a esta parte estamos pensando que quizás hay dos formas clínicas o fenotipos diferentes de cabello

impeable (CI): aquellos con el aspecto típico de cabello en fibra de vidrio, tal como describieran Stroud y Merheran en 1973, en EE. UU. y aquellos de aspecto seco y estropajoso tal como describieron en el mismo año, en Francia, Bazex y sus colaboradores.

Objetivo. Coleccionar casos de CI de ambos fenotipos y correlacionarlos con las mutaciones que se han descrito en el mismo, para de este modo averiguar si cada una de estas dos formas clínicas de CI corresponde a una o varias mutaciones en concreto de las tres que se han descrito en los genes PADI3 (peptidil-arginine deiminasa 3), TGM3 (transglutaminasa 3) y TCHH (trichialina) que codifican proteínas responsables de la formación del tallo piloso.

Proceder. Enviarnos casos concretos, ya estudiados o nuevos casos, con su imagen clínica + imágenes del canal del cabello apreciable, o bien por microscopía óptica o por tricoscopia o por microscopía electrónica de barrido + las mutaciones encontradas en cada caso.

Resultados. Se presentaran en una próxima reunión una vez cotejadas las imágenes clínicas con las mutaciones correlacionadas con esta.

Conclusiones. Este estudio puede permitir saber si definitivamente existen dos formas clínicas o fenotipos diferentes de cabello impeable.

Pósteres

P1. QUERATOSIS FOLICULAR DECALVANTE ESPINULOSA EN MUJER CON CARIOTIPO XY

R. Linares Navarro, J. Castiñeiras González, V. Onecha Vallejo, M. Criado Otero y M.Á. Rodríguez Prieto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. España.

Caso clínico. Mujer de 22 años que acude a consulta por placas alopecias pruriginosas en cuero cabelludo desde los 13 años. Entre sus antecedentes personales destaca un hipogonadismo secundario a una disgenesia gonadal con un cariotipo XY, el cual fue tratado con estrógenos y progestágenos, alcanzando un desarrollo adecuado de los caracteres sexuales secundarios. No presentaba antecedentes familiares de interés ni padres consanguíneos. Durante la exploración física se objetivó una placa alopecica con eritema y descamación periférica en la región interparietal. La tricoscopia reveló pérdida de los orificios foliculares, hiperqueratosis perifolicular y pelos en penacho. También presentaba alopecia a nivel de cejas y pestañas, así como pápulas eritematosas en mejillas, tronco y extremidades compatibles con queratosis pilar. La biopsia del cuero cabelludo mostró fibrosis perifolicular, un infiltrado inflamatorio mixto de predominio linfocitario, con granulomas de tipo cuerpo extraño e hiperqueratosis compacta en la parte superior del infundíbulo. Se diagnosticó como una queratosis folicular decalvante espinulosa.

Discusión. La queratosis folicular decalvante espinulosa es un trastorno de la cornificación poco frecuente que se engloba en el grupo de las queratosis pilares atróficas. Se caracteriza por una alopecia cicatricial en cuero cabelludo, cejas y pestañas acompañada de queratosis pilar. El patrón de herencia ligada a X parece ser el más frecuente, siendo los pacientes afectados principalmente hombres, aunque también se han reportado casos con un patrón autosómico dominante. Nuestra paciente presentaba un cariotipo XY, lo que justificaría la aparición de una queratosis folicular decalvante espinulosa ligada a X a pesar de su fenotipo femenino. Tras una búsqueda rigurosa de la literatura no encontramos un caso de estas características.

P2. LIQUEN PLANO PILAR CON AFECTACIÓN EXCLUSIVA DE VELLO CORPORAL

P. Maldonado Cid^a, R. Valverde Garrido^a, R.M. Ceballos Rodríguez^a, J. Sanz Correa^a, R. Díaz Díaz^a y S. Salinas Moreno^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Infanta Sofía. Madrid. España.

Introducción. Presentamos un caso excepcional de liquen plano pilar con afectación únicamente del vello corporal sin afectación clínicamente evidente de otras áreas pilosas.

Caso clínico. Varón de 62 años sin antecedentes personales de interés, consulta por presentar desde hace unos 6 meses piel seca y "rasposa" de forma generalizada, con enrojecimiento y prurito y ha apreciado pérdida de pelo en el cuerpo. A la exploración se observa queratosis folicular y alopecia de forma difusa en tronco y extremidades, sin afectación del cuero cabelludo, ni axilas ni pubis ni en las cejas. Tampoco presenta lesiones en mucosas. Se realizó una biopsia de piel de brazo, en la que se observó dermatitis de interfaz de afectación únicamente pilosebácea compatible con liquen plano pilar. Se pautó tratamiento con prednisona 0,5 mg/kg/día en pauta descendente durante 6 semanas con mejoría parcial. Después se inició tratamiento con acitretina a dosis 10-20 mg/día y tras 8 meses de tratamiento ha apreciado mejoría significativa del prurito y atenuación de las lesiones cutáneas.

Discusión. El liquen plano pilar es un proceso inflamatorio que afecta fundamentalmente al cuero cabelludo, aunque pueden afectarse otras áreas pilosas y/o asociarse a lesiones de liquen plano en piel o mucosas. Presentamos el caso de un paciente con afectación únicamente del vello corporal. Hemos encontrado muy pocos casos similares descritos en la literatura. Para el diagnóstico es fundamental la realización de biopsia. Como diagnósticos diferenciales planteamos queratosis folicular y la micosis fúngica foliculotropa.

Conclusiones. El liquen plano pilar puede presentarse afectando solo al vello corporal, aunque no podemos descartar que esta sea una forma incipiente del cuadro y que se pueda afectar el cuero cabelludo posteriormente en la evolución.

P3. MINI PULSE CORTICOSTEROID THERAPY WITH ORAL DEXAMETHASONE FOR MODERATE TO SEVERE ALOPECIA AREATA: A MULTICENTRIC STUDY

A. Lobato-Berezo^a, Á. March-Rodríguez^a, R. Grimalt^b, E. Rodríguez-Lomba^c, N. Setó-Torrent^d, R.M. Pujol^e y R. Ruiz-Villaverde^e

^aDepartment of Dermatology. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona. ^bUniversitat Internacional de Catalunya. Barcelona. ^cDepartment of Dermatology. ^dHospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ^eHospital Universitario Sagrat-Cor. Barcelona. ^fHospital Universitario San Cecilio. Granada. Spain

Objectives. Extensive subtypes of alopecia areata (AA) (totalis, universalis or multifocal) still have no approved and effective treatments in Europe, although Janus kinase inhibitors, such as baricitinib, are promising treatments that have been recently approved by the FDA. On the other hand, different corticosteroids regimens have been evaluated with conflicting results from decades. In 2016, a new regimen of mini pulse corticosteroid therapy with oral dexamethasone (MPCT-OD) 0.1 mg/kg/day twice per week for adult patients with alopecia areata totalis or universalis, was reported to be effective with a lower rate of adverse effects.

Materials and methods. We performed a retrospective and multicentric study to collect data from patients with extensive forms of alopecia areata who had received MPCT-OD (0.1 mg/kg/day twice weekly of dexamethasone) for at least 24 weeks. We included adult patients (≥ 18 years) with extensive forms of AA (SALT index ≥ 10)

that did not respond to previous treatments. Variables including epidemiological and clinical data were recorded. Therapeutic response was assessed through the % change in SALT score and the changes in eyebrow and eyelash alopecia index (EBA, ELA) from baseline to 24 weeks after the beginning of the treatment. Dexamethasone dosage, duration of the treatment, time until response, time to relapse, adverse effects and discontinuation were also recorded.

Results. After 24 weeks of MPCT-OD, 88.9% (40/45) of the patients had an improvement in SALT score with a median change in SALT of 71.1%. Changes in EBA and ELA after 24 weeks were of 1 and 0.4 points, respectively. Median dose of dexamethasone was 6.8 milligrams (range 4-10) and the median duration of the treatment was 8.5 months. Mean time of SALT reduction started at 3 months.

Conclusions. In conclusion, we report a large multicentric series of patients treated with MPCT-OD. We highlight the important rate response in SALT (70%) and a significant persistent response rate (40%) after 24 weeks of treatment. The MPCT-OD is safe although an important number of mild adverse events were recorded, which mostly did not require treatment discontinuation. While JAK inhibitors seem a promising therapy for AA, MPCT-OD continues being a more accessible treatment option for extensive forms of AA.

P4. HISTOPATOLOGÍA EN ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: LÍNEA FRONTAL VERSUS CUERO CABELLUDO APARENTEMENTE SANO

M.L. Porriño Bustamante^a, F.J. Pinedo Moraleda^b,
Á. Fernández Flores^c, T. Montero Vilchez^d,
M.A. Fernández Pugnaire^e y S. Arias Santiago^d

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario la Zarzuela. Madrid. ^bServicio de Anatomía Patológica. ^cHospital Universitario Fundación de Alcorcón. ^dHospital Universitario El Bierzo. Ponferrada. ^eServicio de Dermatología. ^fHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^gHospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. Los estudios histopatológicos en alopecia frontal fibrosante (AFF) se han centrado en la línea de implantación. Últimamente se ha descrito la presencia de infiltrado inflamatorio, atrofia de glándulas sebáceas y fibrosis en zonas de cuero cabelludo aparentemente sanas. El objetivo de este trabajo es hacer una investigación exhaustiva de los hallazgos histopatológicos en zonas de cuero cabelludo aparentemente sanas en pacientes con AFF, y compararlos con los presentes en la línea frontal.

Material. Se realizó un estudio transversal con 52 mujeres con AFF. A cada una se le realizaron dos biopsias: una de la línea frontal (B1) y otra de una zona de cuero cabelludo aparentemente sano (B2), en base a la ausencia de signos tricoscópicos de AFF.

Resultados. El recuento folicular total fue menor en B1 (5,10) que en B2 (7,79) ($p < 0,001$). La afectación glándulas sebáceas/músculo erector se observó en el 86,5% de las biopsias de B1 y en el 50% de las de B2 ($p < 0,001$), y las diferencias en ambas zonas se debieron fundamentalmente a la afectación de glándulas sebáceas, que estaban reducidas/ausentes sobre todo en B1 ($p = 0,001$). El infiltrado inflamatorio estaba presente en B1 (92,3%) y B2 (86,5%) ($p = 0,508$), pero con mayor severidad en B1 ($p = 0,013$). Se apreciaron cambios epiteliales en ambas zonas, siendo los más comunes los del epitelio folicular (70,6% en B1 vs. 48,1% en B2, $p = 0,012$). Fueron significativamente más frecuentes en B1 ($p = 0,001$) las siguientes alteraciones foliculares de la vaina radicular externa: degeneración vacuolar de la capa basal (64,7 vs. 36,5%), necrosis queratinocítica (43,1 vs. 15,4%) y aumento de actividad apoptótica (45,1 vs. 19,2%). La fibrosis perifolicular fue significativamente más frecuente en B1 (71,2%) que en B2 (30,8%) ($p < 0,001$).

Conclusiones. Todas las alteraciones histopatológicas descritas en la línea de implantación en pacientes con AFF fueron observadas en

la zona aparentemente sana, aunque con menor frecuencia o menor severidad.

P5. OZENOXACINO TÓPICO EN EL MANEJO DE UNA PATOLOGÍA EN LA QUE TODO SUMA: LA FOLICULITIS DECALVANTE

N. Merino de Paz^a, V. Luckoviek^a, N. Hernández Hernández^a,
M.E. Gaviño Ferrera^b, S. Castro Gruber^b y M. Fumero Arteaga^c

Servicios de ^aDermatología, ^bMedicina Estética y ^cPsicología. Dermamedicin Clínicas. España.

Introducción. La foliculitis decalvante es un tipo de alopecia cicatricial primaria neutrofílica, que suele afectar a varones jóvenes. La causa es desconocida, pudiendo deberse a un defecto inmunológico, donde el *Staphylococcus aureus*, podría tener un rol patogénico. El proceso inflamatorio que destruye los folículos pilosos empezaría con la infección, que en pacientes predispuestos desencadenaría una reacción autoinmune contra el pelo. Esta reacción inflamatoria es crónica, en forma de brotes, pudiendo durar años. El tratamiento es complejo e incluye la antibioterapia oral como primera línea terapéutica. El ozenoxacino es un antibiótico tópico para uso dermatológico que se utiliza para el tratamiento del impétigo no ampolloso.

Serie de casos. Presentamos 3 casos de foliculitis decalvante con buena respuesta al ozenoxacino. La posología utilizada ha sido la habitual, 2 veces al día durante 5 días en semana, pero repitiendo la pauta una vez al mes. De esta forma, se consiguió un buen control de las lesiones pustulosas y costras. Además, los pacientes refieren que los días que utilizan el ozenoxacino experimentan una mejoría de la clínica subjetiva (picor y dolor).

Discusión y conclusiones. La foliculitis decalvante en una patología de difícil control en la que, hasta el momento, los antibióticos tópicos de los que disponíamos no han demostrado ser eficaces. La aparición de nuevos antibióticos tópicos, con mejor perfil de resistencias, como el ozenoxacino, puede ayudar a su control y estabilización, dado que es una patología con recidivas frecuentes y que suele precisar diferentes combinaciones de tratamientos. Teniendo en cuenta su buen perfil de seguridad y que en algunos pacientes la vía oral puede estar contraindicada por la existencia de otras patologías de base, es una opción a tener en cuenta en determinados pacientes.

P6. EPIDEMIOLOGY AND CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ALOPECIA AREATA IN SPAIN: A REAL-WORLD RETROSPECTIVE STUDY. THE PETALO STUDY

S. Vañó^a, I. Figueras^b, E. Artime^c, S. Díaz-Cerezo^c, M. Núñez^c,
C. Iglesias^d, M. Artés^e y T. Huete^c

Servicio de Dermatología. ^aHospital Ramón y Cajal. Madrid. ^bHospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^cLilly, España. Alcobendas. Madrid. ^dCegedim Health Data Spain. Barcelona. ^eAdelphi Targis, Barcelona. España.

Background. Alopecia Areata (AA) is a chronic autoimmune disease that causes non-scarring hair loss and can affect patient's quality of life. Information on AA epidemiology is lacking in Spain, and none of the treatments currently used to manage patients with AA is reimbursed.

Objectives. To estimate the prevalence and incidence of AA and describe the sociodemographic, clinical characteristics of patients in Spain and treatment patterns.

Methods. This retrospective study based on the THIN database from Cegedim Health Data identified patients with AA (ICD9-Code 704.01) between 1st January 2014 and 31st December 2021. Patients with other hair disorders were excluded. Prevalence (%) and incidence

rates per 1000 patients-year (IR) were calculated overall and per age stratum. Sociodemographic and clinical characteristics of patients with AA were described up-to 31st December 2018 (pre-COVID). Treatment patterns were also reported.

Results. A total of 5,488 patients with AA were identified between 2014 and 2021. The point prevalence of AA in 2021 was 0.44 (95% CI: 0.43;0.45) overall and 0.48 (0.47;0.49) in adults. The 2021 IR of AA in adults was 0.55 (0.51;0.60). Of 3,351 adults with AA on 31st Dec 2018, 53.4% were female, mean (SD) age was 43.1 (14.7) years, time from AA diagnosis was 2.74 (1.5) years and 41.6% presented comorbidities (14% cardiometabolic, 11% psychiatric, 7% inflammatory, 22% other dermatological). Referral to a dermatologist was reported for 59.2% of patients after approximately 4 months (mean 129.6 days, SD 290.1) from diagnosis while > 50% of them receive immediate referral. Use of any systemic and non-systemic treatments since diagnosis was reported for 2.7% (2.5% oral corticosteroids, 0.5% other immunosuppressants) and 53.5% of patients, respectively.

Conclusions. Prevalence and incidence of AA in Spain is comparable with that reported in the literature from other countries. Patients presented a high comorbidity burden with limited use of systemic treatments.

P7. CAMBIOS CON LA EDAD DE LAS POBLACIONES DE CÉLULAS INMUNES EN EL CUERO CABELLUDO: RESULTADOS DE UN METAANÁLISIS DE ESTUDIOS DE EXPRESIÓN GÉNICA

P.J. Gómez-Arias^{a,b}, I. Rivera-Ruiz^{a,c}, J. Liñares-Blanco^d, F. Gómez-García^{a,c}, J. Gay-Mimbrera^a, P. Carmona-Sáez^d y J. Ruano^{a,c}

^a*Inflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases'*

Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. España. ^bDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. España.

^cLaboratory of Inflammatory Skin Diseases. Icahn School of Medicine. Mount Sinai Hospital. New York. Estados Unidos.

^dBioinformatics Unit. GENYO Centre for Genomics and Oncological Research: Pfizer/University of Granada/Andalusian Regional Government. PTS Granada. España.

Objetivo. Identificar cambios con la edad en las poblaciones de células inmunes del cuero cabelludo a partir de los resultados de un metaanálisis de expresión génica en personas sanas.

Material. Seleccionamos estudios caso-control o de intervención farmacológica en PubMed, National Centre for Biotechnology Information's Gene Expression Omnibus (GEO) y el European Molecular Biology Laboratory-European Bioinformatics Institute's ArrayExpress empleando los términos de búsqueda "scalp", "Homo sapiens", "microarray" sin limitación de fecha. Empleamos imaGEO (<https://image.genyo.es/>) para realizar el metaanálisis de los transcriptomas de cuero cabelludo publicados comparando dos grupos de edades: a) 60-40 años; b) 20-40 años. Sobre el conjunto de genes expresados diferencialmente (DEG) realizamos un Gene Set Enrichment Analysis (GSEA). Empleamos como criterios FDR ≤ 0,25 o NOM p-val ≤ 0,05.

Resultados. Se analizaron los transcriptomas de 39 personas sanas para los que existía información sobre la edad a partir de dos conjuntos de datos publicados (GSE68801, GSE80342). Identificamos 965 DEG (473 regulados al alza, 492 regulados a la baja) en personas de mayor edad frente a las más jóvenes. El análisis de enriquecimiento de firmas genéticas mostró mayor representación de células B, especialmente memoria, frente poblaciones de células B naïve, linfocitos TH1, TH y Treg, células dendríticas, tanto de extirpe mieloide como linfoide, células plasmáticas, mastocitos, monocitos y neutrófilos en la piel del cuero cabelludo de individuos sanos

de mayor edad frente a los más jóvenes. En estos pacientes de mayor edad se observó una disminución significativa de la expresión de genes que se encuentran regulados al alza (ERVW-1, FAM49A, ILDR2, LEF1, PLEKHG4B, SPSB4, TIAM2, TTN) o a la baja (ABI2, GLYAT, KCNMA1, ZNF684) en lesiones de pacientes con la alopecia areata.

Conclusiones. Nuestro estudio muestra cambios con la edad en la poblaciones de células del sistema inmune del cuero cabelludo. Sería interesante replicar dichos resultados en estudios prospectivos que analicen los transcriptomas de célula única.

P8. RECONSTRUCCIÓN DE CICATRICES EN CUERO CABELLUDO Y CARA MEDIANTE TRASPLANTE CAPILAR POR TÉCNICA FUE

C. de Hoyos Alonso

Unidad de tricología y trasplante capilar. Clínica Ceta. España.

Objetivo. Tratar de mostrar cómo el trasplante capilar por técnica FUE (follicular units extraction) e implanters permite obtener resultados muy satisfactorios a la hora de reconstruir cicatrices traumáticas.

Material. Se muestran varios casos en los que se ha realizado la extracción de las unidades foliculares mediante técnica FUE con punch manual o robotizado de 0,75 y se han implantado posteriormente con implanters.

Resultados. Teniendo en cuenta el tipo de cicatriz, la calidad de la piel de la zona a trasplantar en el momento de la intervención y la localización de la misma, se consigue una repoblación casi completa de las zonas tratadas.

Conclusiones. El trasplante capilar por técnica FUE es una opción muy útil y eficaz para conseguir reconstruir defectos cutáneos en cuero cabelludo y cara (barba y cejas).

P9. MELANONIQUIA LONGITUDINAL ASOCIADA A SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

J. Algarra Sahuquillo^a, A. de Andrés del Rosario^a, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques^a, J. Mercader Salvans^a, M. Quetglas Valenzuela^a, R.N. Rodríguez Rodríguez^b y C.N. Hernández León^b

Servicios de ^aDermatología y ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

Caso clínico. Mujer de 50 años, fototipo III Fitzpatrick, presenta desde hace un año en el segundo dedo de la mano derecha (diestra) una melanoniquia longitudinal de 4 mm, marrón oscuro, con signo de pseudohutchinson. La dermatoscopia consistía en bandas estrechas paralelas marrón claro, de grosor homogéneo. No presentaba otras alteraciones ungueales, afectación de la mano contralateral o pies, ni pigmentación mucosa. Negaba antecedentes personales o familiares de melanoma y estaba pendiente de intervención de túnel carpiano de esa mano. Anteriormente había trabajado como manicurista, con posibilidad de haber padecido microtraumatismos en los dedos. La biopsia de la matriz ungueal y eponiquio manifestaron una hiperqueratosis ortoqueratósica en la cutícula y melanófagos en el tejido conjuntivo subepitelial del lecho ungueal. No se observaron nidos de células névicas concluyendo, por tanto, que se trataba de una melanoniquia por activación melanocítica. Ha permanecido estable durante 6 meses.

Discusión. El síndrome del túnel carpiano es una de las principales causas de síntomas neurológicos a lo largo de la distribución del nervio mediano, frecuente en mujeres de 40 a 60 años. Alrededor del 20% de los pacientes pueden presentar alteraciones cutáneas y ungueales como hipertrofia de cutícula, hiperqueratosis subungueal

o líneas de Beau, de causa multifactorial: disfunción vasomotora, alteración sensitiva consecuencia de la compresión local dificultando la percepción de posibles microtraumatismos. La melanoniquia por activación melanocítica en la matriz se ha descrito asociada a esta entidad, pero se considera infradiagnosticada pues es necesario descartar otras causas de melanoniquia como fototipo alto o fármacos. Muestra patrón de benignidad dermatoscópico, como nuestro caso, diferenciándose del melanoma subungueal. Presentamos un caso de melanoniquia longitudinal asociada a síndrome del túnel carpiano, tras excluir otras causas; entidad ya descrita pero infradiagnosticada.

P10. SÍNDROME DE BJÖRNSTAD: UNA RARA CAUSA DE PILI TORTI

J. Jiménez Cauhé^{a,b}, C. Bernárdez^c, Á. Hermosa Gelbard^{a,b}, D. Saceda Corralo^{a,b}, Ó.M. Moreno-Arrones^{a,b} y S. Vañó Galván^{a,b}

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. ^bUnidad de Tricología. Grupo Pedro Jaén. ^cTrikhos Dermatología. Madrid. España.

Introducción. El síndrome de Björnstad es una enfermedad rara de herencia autosómica recesiva con menos de 50 casos descritos hasta la fecha, que se caracteriza por la presencia de sordera neurosensorial congénita y pili torti. Presentamos un caso de síndrome de Björnstad confirmado por estudio genético.

Caso clínico. Se trataba de una mujer de 55 años que refería, desde la infancia, alteraciones capilares en forma de pelo seco, frágil y quebradizo, con un crecimiento muy lento. Como antecedentes personales destacaba una sordera neurosensorial bilateral congénita, de grado leve. No refería anomalías en el crecimiento o desarrollo ni alteraciones dentarias, ungueales ni cutáneas. Tampoco presentaba antecedentes familiares de un problema similar. A la exploración física se observaba un pelo frágil y áspero, sin pérdida de densidad capilar ni placas de alopecia y sin alteraciones en pestañas, cejas ni vello corporal. La tricoscopia mostraba alteraciones en los tallos pilosos sutiles pero evidentes, con pelos retorcidos en intervalos irregulares compatibles con pili torti. También se observaban algunos tallos pilosos con fracturas transversales (tricosquisis) y longitudinales (tricoptilosis). No se observaron otros signos de displasias pilosas ni alteraciones sugestivas de otras alopecias cicatriciales. Se realizó un estudio genético en sangre periférica mediante secuenciación del ADN que mostró mutaciones en el gen BCS1L del cromosoma 2q. Con los hallazgos clínicos y genéticos se estableció el diagnóstico de síndrome de Björnstad.

Conclusiones. Presentamos un caso de síndrome de Björnstad en una paciente con sordera neurosensorial y pili torti, destacando la importancia de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias ante la presencia de pili torti.

P11. ALOPECIA ANDROGENÉTICA AUTOTRATADA CON DUTASTERIDE 1 MG Y MINOXIDIL 10 MG

C. Domínguez Mahamad^a, R. Suárez Hernández^b, J. Ferrándiz Luis^b, F. de Gasperi^b y A. Viera Ramírez^a

^aServicio de Dermatología. ^bUnidad de Cirugía Capilar. Clínica CAP Médica. España.

Caso clínico. Varón de 28 años, residente de último año en farmacología clínica, que presenta alopecia androgenética (AGA) desde los 18 años. Tratado durante 8 años con finasteride 1 mg y minoxidil al 5% en solución tópica, decidió en 2018 realizarse un trasplante capilar con la técnica FUE en otro centro. Presentó buenos resultados, pero empeoramiento progresivo con los

años de su pelo nativo. En nuestra primera visita en enero de 2022, presentaba una AGA grado II con patrón difuso, con vértex y región interparietal más afectado. Procedimos a actualizar su tratamiento cambiando finasteride 1 mg por dutasteride 0,5 mg al día y minoxidil tópico por oral a 2,5 mg al día. En el control de los tres meses presentaba una leve mejoría y no había mostrado efectos secundarios; por lo que se procedió a realizar un aumento en la dosis de minoxidil, a 5 mg al día, y se complementó con infiltraciones de dutasteride. En el control de los 6 meses, acudió con una pérdida de densidad generalizada, empeorando su AGA a grado III-IV de patrón difuso, y un test de tracción positivo. Se le transmitió tranquilidad al paciente, se le diagnosticó de "efecto shedding" y se mantuvo medicación a la misma dosis.

Resultados. En el control de los 9 meses presentó una mejoría evidente, mejorando su AGA de grado IV a grado I. El paciente nos explicó que había procedido, por decisión propia, a aumentar la dosis de dutasteride a 1 mg y de minoxidil a 10 mg, tras comprobar la seguridad de ambas dosis en estudios previos. Refería tener un análisis, previo a la medicación con una DHT elevada a pesar de estar en tratamiento con finasteride, pero no se la había vuelto a repetir tras el inicio de dutasteride. No presentó ningún efecto secundario con el aumento de dosis.

Conclusiones. Tras revisar la bibliografía, planteamos la posibilidad de aumentar la dosis de dutasteride hasta 2,5 mg y minoxidil hasta 10 mg, en pacientes con casos de AGA resistentes a tratamiento a dosis habitual, efecto shedding muy llamativo o pacientes con DHT muy elevada.

P12. IMPLICACIONES DE LA PERSONALIDAD TIPO D EN LA CALIDAD DE VIDA Y LAS ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA

M. Sánchez Díaz, J.Á. Rodríguez Pozo, P. Díaz Calvillo, A. Molina Leyva y S. Arias Santiago

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Objetivo. La personalidad tipo D (PTD) es un rasgo de personalidad que se ha asociado a una mala calidad de vida en pacientes que padecen diversas enfermedades cutáneas como la psoriasis o la urticaria. Hasta la fecha no se ha estudiado la posible asociación entre la alopecia areata (AA) y la PTD. El objetivo de este estudio es comparar la prevalencia de PTD entre los pacientes con AA y controles sanos, así como analizar el impacto de la PTD en pacientes con AA en términos de alteraciones del estado de ánimo, calidad de vida y sexualidad.

Material. Estudio transversal que incluyó a pacientes diagnosticados de AA y controles sanos emparejados por edad y sexo. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas, de calidad de vida, disfunción sexual, ansiedad, depresión y PTD mediante cuestionarios validados.

Resultados. Se incluyeron 120 participantes (60 pacientes y 60 controles). Los pacientes con AA mostraron una mayor prevalencia de PTD que los controles (35 vs. 15%; $p = 0,01$), así como mayores tasas de ansiedad, depresión y disfunción sexual ($p < 0,05$). Se observó que la PTD estaba asociada con la gravedad de la enfermedad ($p = 0,04$), las puntuaciones de ansiedad y depresión ($p < 0,001$) y una peor calidad de vida ($p = 0,001$). No se encontró relación entre la PTD y la disfunción sexual.

Conclusiones. La prevalencia de PTD es mayor en los pacientes con AA que en los controles. Se asocia con mayores tasas de ansiedad, depresión y peor calidad de vida. El cribado de este tipo de personalidad podría ser útil para detectar a pacientes que podrían beneficiarse de un apoyo psicológico adicional como complemento a su tratamiento médico.

P13. IMPACTO DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN EL ESTADO DE ÁNIMO Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA: UN ESTUDIO COMPARATIVO

J.Á. Rodríguez Pozo, C.A. Ureña Paniego, M. Sánchez Díaz, P. Díaz Calvillo y S. Arias Santiago

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. La alopecia areata es una enfermedad crónica que se ha asociado con poca calidad de vida y alteraciones del estado de ánimo. El objetivo de este estudio es comparar la calidad del sueño entre los pacientes con alopecia areata y controles, y analizar el impacto de la menor calidad de vida en pacientes con alopecia areata teniendo en cuenta las alteraciones del estado de ánimo, la calidad de vida y la sexualidad.

Métodos. Se diseñó un estudio transversal incluyendo pacientes con alopecia areata moderada severa y controles ajustados por sexo y edad. Las variables clínicas y sociodemográficas, la calidad de sueño, la calidad de vida, la disfunción sexual, ansiedad, depresión y personalidad se recogieron con cuestionarios validados.

Resultados. Se incluyeron un total de 120 participantes (60 pacientes y 60 controles). Los pacientes con alopecia areata mostraron peor puntuación de sueño que los controles ($p = 0,003$), así como mayores tasas de ansiedad y depresión ($p < 0,05$). Después de un análisis multivariante, la peor calidad de sueño se relacionó con ansiedad, depresión, menor calidad de vida y personalidad tipo D con independencia de la gravedad de la enfermedad.

Discusión. Los pacientes con alopecia areata tienen peor calidad de sueño que los controles sanos. La peor calidad de sueño está asociada con ansiedad, depresión y peor calidad de vida, siendo por tanto un marcador general de peor calidad de vida. El cribado de alteraciones del sueño en unidades especializadas podría ser útil para detectar a pacientes que pueden beneficiarse de apoyo psicológico adicional.

P14. LIQUEN PLANO UNGUEAL RÁPIDAMENTE PROGRESIVO: UNA URGENCIA DERMATOLÓGICA POCO RECONOCIDA

J. Mercader Salvans^a, V. Lukoviek Araya^a, J. Algarra Sahuquillo^a, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques^a, M. Quetglas Valenzuela^a y R.N. Rodríguez Rodríguez^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

Introducción. El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria idiopática que afecta a piel, mucosas y uñas. No se conoce su etiología, pero se ha relacionado con infecciones víricas, como el VHC, fármacos y vacunas entre otros.

Caso clínico. Varón de 23 años sin antecedentes de interés, que desde hacía tres meses presentaba deformidad e hiperqueratosis ungueal con decoloración verdosa. Se trató con antifúngicos tópicos, orales y laserterapia con leve mejoría de la coloración, pero sin crecimiento ungueal. A la exploración destacaba onicólisis y fisuración de casi todas las tablas ungueales de manos y pies además de algún pterigión dorsal en manos e hiperqueratosis ungueal en pies. En el dorso de la mano y la axila se observaron pápulas violáceas agrupadas pruriginosas con estrías de Wickham en la dermatoscopia. Se biopsió, confirmando el diagnóstico de LP y se realizaron analíticas y serologías para descartar patología sistémica asociada. Se inició tratamiento con metotrexato 7,5 mg semanal, betametasona intramuscular mensual y laca de uñas con clobetasol 8% y cotrimazol al 2%.

Discusión. El LP ungueal afecta a un 10% de los pacientes y generalmente no se asocia con lesiones cutáneas ni mucosas. Los hallazgos clínicos iniciales son el adelgazamiento ungueal y la aparición de crestas y fisuras. Suelen afectarse varias uñas y, en niños, se han descrito

afectaciones de las 20 uñas. Los pacientes requieren tratamiento inmediato para evitar formas de oniquia y pterigión dorsal por adherencia del pliegue proximal con el lecho ungueal. El tratamiento se basa en corticoides sistémicos orales e intramusculares, inmunosupresores y corticoides intralesionales si hay pocas uñas afectas.

Conclusiones. Presentamos el caso de un LP ungueal rápidamente progresivo, con afectación cutánea, destacando la importancia no solo del diagnóstico precoz, sino también del inicio temprano y agresivo del tratamiento para prevenir secuelas a largo plazo.

P15. ALOPECIAS CICATRICIALES EN LA INFANCIA

A. Giacaman^a, A. Agudo García^b, M. Pascual^c, J. Adsuar^d, A. Bauzá^a, M.C. Montis Palos^a, J. Ferrando^e y A. Martín-Santiago^a

Departamento de Dermatología. ^aHospital Universitari Son Espases. Mallorca. ^bHospital Can Misses. Ibiza. ^cHospital de Manacor. Mallorca. ^dHospital Son Llatzer. Mallorca. ^eProfesor Honorario de Dermatología. Universidad de Barcelona. España.

Introducción. Las alopecias cicatriciales (AC) corresponden a una patología escasamente descrita en la edad pediátrica.

Objetivo. Describir las características clínicas, dermatoscópicas e histológicas de las AC en pacientes menores de 18 años visitados durante los últimos 12 años.

Material. Estudio retrospectivo, revisando imágenes clínicas y dermatoscópicas, así como historias de pacientes con AC.

Resultados. Se analizaron los datos de 25 pacientes, 9 de ellos con AC adquiridas y 16 pacientes con AC congénitas. La distribución por sexos fue similar. Las causas más frecuentes de AC adquiridas fueron foliculitis decalvante y alopecias por decúbito, tras intervención quirúrgica. La causa más frecuente de AC congénita fue la aplasia cutis. En la mayoría de los pacientes con alopecias adquiridas fue necesario hacer un estudio microbiológico o histológico para establecer el diagnóstico. Por el contrario, en el grupo de alopecias congénitas, la exploración física y dermatoscópica fue suficiente en la mayoría de los casos. Los tratamientos más utilizados en el caso de las alopecias adquiridas fueron el minoxidil tópico y los corticoides tópicos e intralesionales. En algunos casos fue necesario utilizar inmunosupresores. Los pacientes con foliculitis decalvante y celulitis disecante han evolucionado con brotes de la enfermedad, que alternan con periodos de remisión de los síntomas y signos inflamatorios. Solo se ha realizado tratamiento quirúrgico en uno de los niños, por motivos estéticos.

Limitaciones. Como limitaciones de nuestro trabajo se encuentra su carácter retrospectivo.

Conclusiones. En nuestra serie vemos que en la mayoría de las alopecias congénitas no fue necesario realizar pruebas complementarias. Por otra parte, en las alopecias adquiridas primarias, el diagnóstico fue más complejo y requirió un estudio histológico en la mayoría de los pacientes, lo que no siempre estableció el diagnóstico de certeza. Consideramos que el uso de la dermatoscopia, a través del reconocimiento de algunos signos característicos de las AC en adultos, podría ayudar a diagnosticar precozmente y evitar el uso de métodos invasivos en pacientes pediátricos con AC.

P16. NIVELES BAJOS DE EXPRESIÓN TISULAR DEL GEN KRT40 COMO POTENCIAL CLASIFICADOR DEL PRONÓSTICO DE LAS FORMAS LEVES DE ALOPECIA AREATA

M. Juan Cencerrado^{a,b}, J. Liñares-Blanco^c, P.J. Gómez-Arias^{a,d}, I. Rivera-Ruiz^{a,b}, M. Aguilar-Luque^a, J. Gay-Mimbrera^a, P. Carmona-Sáez^c y J. Ruano^{a,b}

^aInflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases[†] Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de

Córdoba (IMIBIC). Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. España. ^bDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. España. ^cBioinformatics Unit. GENYO Centre for Genomics and Oncological Research: Pfizer/University of Granada/Andalusian Regional Government. PTS Granada. España. ^dLaboratory of Inflammatory Skin Diseases. Icahn School of Medicine. Mount Sinai Hospital. New York. Estados Unidos.

Objetivo. Identificar diferencias en la expresión de genes que codifican queratinas en el área lesional de pacientes con alopecia areata (AA) para identificar posibles marcadores de pronóstico en la práctica clínica.

Material. Se incluyeron 22 pacientes naïve con AA y 5 controles sanos. Se clasificaron según la extensión y el tiempo de evolución en formas leves (parches con SALT < 30% y < 1 año de evolución) o severas (parches con SALT 30-50% y ≥ 1 año de evolución, parches con SALT ≥ 50%, AT o AU). A partir de muestras de piel de 5 mm obtenidas de la piel del cuero cabelludo se analizaron los niveles de expresión de queratinas tipo I (KRT35, KRT40), tipo II (KRT75, KRT83, KRT84, KRT85, KRT86) y proteínas asociadas (KRTAP1-1). Realizamos RT-PCR multiplexada con el sistema TLDA cards para el análisis de la expresión de los mRNA. Los valores se normalizaron a Rplp0 mediante la transformación negativa de Ct a -dCt. Los valores no detectados se estimaron para cada gen como el 20% de los valores mínimos de expresión en todas las muestras. Los análisis estadísticos se realizaron empleando el lenguaje estadístico R con una significación de $p < 0,05$.

Resultados. Los pacientes con formas severas (SALT 85% 60-100) eran más jóvenes que los que tenían formas leves (SALT 6.5% [2-30]), sin observar diferencias de género entre ambos grupos. Tanto las formas severas como las leves mostraron menor expresión de queratinas de clase I y II en comparación con los controles sanos ($p < 0,001$). Las formas severas se caracterizaron por una mayor disminución de la expresión de queratinas (KRT35 y KRT85) y (KRT86) en comparación con las formas leves. El descenso de la expresión tardía de KRT40 en la cutícula solo se observó en las formas severas. La reducción de KRT75, queratina expresada en la capa acompañante de la vaina radicular externa, fue similar en ambos grupos. **Conclusiones.** El valor de mRNA tisular de KRT40 podría servir como marcador precoz de progresión a formas severas de AA.

P17. ABORDAJE DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO EN COMORBILIDAD ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE + FOLICULITIS DECALVANTE

F.J. Rodríguez Cuadrado^a, F. Alfageme Roldán^a, I. Salguero Fernández^a, M. Sigüenza Sanz^a, I. Sánchez Gutiérrez^a, J.L. Castaño Fernández^a, C. González Lois^b, D. Suárez Massa^b y G. Roustán Gullón^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. España.

Mujer de 66 años de edad, que consulta por pérdida progresiva de cabello a nivel frontotemporal. En la exploración física se observa una recesión de la línea de implantación de forma bilateral, con piel lisa y brillante, hiperqueratosis folicular y pérdida de orificios foliculares. Asimismo, se describe una pérdida parcial de ambas cejas. En la tricoscopia digital se identifica eritema y descamación perifolicular, junto con marcada reducción/ausencia de los ostium foliculares. El único hallazgo analítico es una positividad de anticuerpos antinucleares 1/80 granular. Finalmente, las características histopatológicas apoyan el diagnóstico de alopecia frontal fibrosante, con infiltrado de predominio linfocitario en la capa basal del epitelio folicular, exocitosis y degeneración vacuolar. La paciente recibe varios tratamientos a lo largo del seguimiento (corticoides tópicos, corticoides intralesionales, inhibidores de cal-

ineurina tópicos, fórmula magistral de minoxidil 2% + finasteride 1%, hidroxycloquina, finasteride oral), siendo el finasteride oral a dosis de 2,5 mg/día el que logra una mejor respuesta. En la región occipital presenta papulopústulas foliculares, entre las cuales quedan áreas de piel lisa sin aperturas foliculares. Se toma cultivo, en el que crece *Staphylococcus aureus*. En este caso, la biopsia evidencia foliculitis con supuración y cambios reparativos. Así, recibe el diagnóstico de foliculitis decalvante. En este caso, el abordaje terapéutico se realiza con clindamicina oral (buena respuesta inicial pero recurrencia posterior), doxiciclina oral (ausencia de respuesta) y clindamicina tópica (buena respuesta de forma sostenida).

P18. USO DE LA VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

A. Soto-Moreno, M. Sánchez-Díaz, C. Ureña-Paniego, T. Montero-Vílchez, P. Díaz-Calvillo, J.Á. Rodríguez-Pozo, A. Molina-Leyva y S. Arias-Santiago

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Objetivo. Existen evidencias acerca de la posible asociación de la alopecia areata (AA) con la disfunción endotelial y un mayor riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio es evaluar la velocidad de onda de pulso (VOP) en pacientes con AA, como marcador de rigidez arterial y mayor riesgo cardiovascular, así como explorar los factores clínicos asociados a la misma.

Material. Estudio transversal, en el que se evaluó la VOP como marcador de riesgo cardiovascular en pacientes con AA, independientemente de su gravedad. Se recogieron datos clínicos y de riesgo cardiovascular, incluyendo índices de resistencia a la insulina, criterios de síndrome metabólico, parámetros de inflamación y consumo acumulado de tabaco.

Resultados. Se incluyeron 30 pacientes. La edad media fue de 41,2 años (DE 13,8) y el 80% (24/30) fueron mujeres. La duración media de la enfermedad fue de 10 años (DE 11,7). La VOP se asoció con una mayor edad, un mayor índice paquetes-año y niveles mayores de proteína C reactiva ($p < 0,01$). La asociación con la extensión de la alopecia y las medidas de presión arterial fue cercana a la significación estadística ($p < 0,10$). No hubo diferencias en la VOP en función de sexo, duración de la enfermedad, ni de los tratamientos recibidos.

Conclusiones. La medida de la VOP es una medida no invasiva y fácilmente reproducible que podría ser de utilidad en la evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con AA.

P19. TRICOTILOMANÍA EN LA INFANCIA TRATADA CON N-ACETILCISTEÍNA

A. Andamoyo Castañeda, M. Contreras Steyls, P. Navarro Guillamón, S. Corral Pavanelo y E. Herrera Acosta

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Objetivo y material. Niña de 4 años y 17 kg de peso que acudió a consulta por alopecia de 2 meses de evolución. Como antecedente de interés estaba en tratamiento desde hacía 3 meses con hierro (proteinsuccinilato de hierro) 800 mg al día por su pediatra debido a niveles de ferritina de 18,2 ng/ml en analítica sanguínea. Sus padres negaron ver a la paciente tirarse de los pelos del cuero cabelludo. A la exploración se apreció una placa alopécica irregular a nivel parietal derecho de 9,5 cm × 5 cm de longitud. En la dermatoscopia se objetivaron pelos rotos, diagnosticándose de tricotilomanía.

Resultados. Se decidió tratar con N-acetilcisteína 200 mg cada 8 h durante 3 meses. En revisión, la placa alopecica repobló completamente con pelo fino.

Conclusiones. La tricotilomanía es una entidad que consiste en arrancarse el cabello de forma recurrente. Se incluye dentro de los trastornos del control de los impulsos en la DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Actualmente no existen tratamientos de primera línea para la tricotilomanía. Se ha tratado con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, lamotrigina, olanzapina, inositol, naltrexona, dronabinol, topiramano y N-acetilcisteína. En la etiopatogenia de la tricotilomanía existe una hiperactividad glutaminérgica, derivando en estrés oxidativo. La N-acetilcisteína es un precursor del aminoácido cisteína, conduce a la reposición de los niveles de glutatión y mantiene equilibrio redox en las células bloqueando el comportamiento compulsivo. En adultos, una dosis de 2400 mg/día o inferior de N-acetilcisteína es considerada segura. Siendo la posología entre 450-2400 mg/día durante 1-8 meses. No obstante, en niños se recomienda empezar con 600 mg al día. En conclusión, presentamos un caso con buen resultado a la dosis mínima recomendada.

P20. TIÑAS DE CUERO CABELLUDO EN EL ADULTO

M.L. Santos e Silva Caldeira Marques, D. Ramos Rodríguez, J. Algarra Sahuquillo, J. Mercader Salvans, M. Quetglas Valenzuela y M. García Bustinduy

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. España.

Caso clínico. Presentamos una serie de casos de tres pacientes adultos (mayores de 18 años) con diagnóstico clínico-dermatoscópico y micológico de tiña del cuero cabelludo (TC), recogidos en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias en el año 2022.

Discusión. La TC es una infección por hongos dermatofitos frecuente en población infantil. Pese a considerarse rara en adultos, durante las últimas décadas se ha objetivado un aumento de su incidencia, mayor en mujeres perimenopáusicas, ancianas y pacientes inmunosuprimidos. Estudios epidemiológicos de las TC en la población pediátrica describen un aumento de especies antropofílicas sobre las zoofílicas (frase de que pasa en adultos). El objetivo del estudio es describir las características clínico-dermatoscópicas, epidemiológicas y microbiológicas de pacientes adultos diagnosticados de TC; además, compararemos las principales diferencias frente las TC infantiles y los posibles factores predisponentes.

P21. ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA

P. Burgos-Blasco, A.L. Melian-Olivera, Ó. Muñoz Moreno-Arrones, Á. Hermosa-Gelbard, S. Vaño-Galvan, Á. Gonzalez-Cantero y D. Saceda-Corralo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. IRYCIS. Madrid. España.

Objetivo. Determinar la prevalencia y distribución de la aterosclerosis subclínica en pacientes con alopecia areata (AA).

Material y métodos. Se diseñó un estudio observacional para estudiar las aterosclerosis subclínica en pacientes con AA. Para ello se reclutaron de forma voluntaria y consecutiva pacientes con AA severa (SALT < 75), excluyendo a aquellos pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular. A todos los sujetos se les realizó una anamnesis detallada, una analítica con al menos 8 h de ayuno y una ecografía bilateral femoral y carotídea con un escáner lineal de ultra alta frecuencia Clarius (L20 HD3). Se definió la placa de aterosclerosis a la presencia de una estructura focal que protruya en

la luz $\geq 0,5$ mm o a engrosamientos $\geq 50\%$ de la capa íntima circundante. Se definió como aterosclerosis subclínica a la presencia de al menos una placa en cualquiera de las arterias estudiadas.

Resultados. Se incluyeron 31 pacientes (12 varones y 19 mujeres), con una edad media de $45,03 \pm 11,6$ años. Se encontró al menos una placa de aterosclerosis subclínica en 17 pacientes (54,8%); 13 (39,39%) en territorio carotídeo y 7 (21,21%) en territorio femoral. En comparación con aquellos que no tenían placas ateroscleróticas, los pacientes con AA y aterosclerosis subclínica presentaron mayor edad ($p < 0,001$), mayor duración de la enfermedad ($p = 0,004$), niveles más altos de hemoglobina glucosilada ($p = 0,029$), menor tasa de filtrado glomerular ($p = 0,402$) y mayores niveles de triglicéridos ($p = 0,009$).

Conclusiones. Nuestra cohorte de pacientes con AA presenta una alta prevalencia de aterosclerosis subclínica. La duración de la enfermedad de AA, junto con los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, parece desempeñar un papel en el desarrollo de la aterosclerosis en estos pacientes.

P22. ALOPECIA CICATRICIAL EN PITIRIASIS RUBRA PILARIS

C. Martínez Mera^a, M. Grau Pérez^a, R. Cabeza Martínez^a, E. López-Negrete^a, M.M. Sigüenza Sanz^a, A. Rosell Díaz^a y L. Nájera Botello^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). España.

Presentamos el caso de un varón de 59 años que inicia en diciembre 2020 un cuadro de lesiones eritematodescamativas que se extendían craneocaudalmente, sin afectación sistémica (sin fiebre, ni artralgias, ni síntomas digestivos, ni respiratorios o cardiovasculares). Las lesiones eran parches de piel rojiza que dejaban áreas no afectadas en el tronco. Sin adenopatías. No refería alergias y no había tomado medicamentos distintos o drogas en los últimos meses. Como antecedentes personales tenía hipertensión arterial y tomaba enalapril desde hacía años. No tenía antecedentes personales ni familiares de psoriasis. Se solicita estudio analítico e histopatológico. Se indican corticoides sistémicos en pauta descendente. Posteriormente, tras la confirmación de pitiriasis rubra pilaris se pauta acitretino 35 mg/día. Durante algunas semanas se añaden artralgias y alopecia de cejas y pestañas, que remiten y repueblan posteriormente, y la descamación craneocaudal disminuye progresivamente durante los siguientes meses, disminuyendo el acitretino a 10 mg/d. En abril 2022, estando casi sin lesiones en cara y cuerpo, el paciente refiere exacerbación a nivel de cuero cabelludo. A la exploración destacaba un eritema difuso en región interparietal y frontal, respetando solo el área occipital. Con pérdida de ostium foliculares y presencia de hiperqueratosis perifolicular. Sin afectación de cejas ni pestañas. Se realiza estudio ecográfico del cuero cabelludo que muestra banda hipocóica a nivel dérmico y ensanchamiento de los folículos pilosos. Se realiza estudio histológico. Recibe tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos, y posteriormente se añade hidroxycloquina, presentando remisión de la clínica en forma paulatina. Presentamos un caso de alopecia cicatricial en el contexto de una PRP, cuadro raramente referido en la literatura, donde hemos encontrado solo 2 casos clínicos con un estudio histológico realizado.

P23. EFLUVIO ANÁGENO POR COLCHICINA

V. Velasco Tamariz, C. Gutiérrez Collar, M. Puerta Peña, M. Agud de Dios y C. Postigo Llorente

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Presentamos el caso de una mujer de 16 años con historia de varios intentos autolíticos medicamentosos (ibuprofeno, paracetamol)

que es derivada a nuestras consultas de dermatología por caída de pelo difusa tras sobreingesta de 27 mg de colchicina 4 meses atrás. La paciente había tenido acceso al fármaco ya que su padre estaba tratado con el mismo por hiperuricemia. Tras la intoxicación la paciente había ingresado en UCI por shock distributivo, fallo hepático agudo y coagulopatía en este contexto. En el momento de su visita a dermatología ya presentaba repoblación prácticamente completa por lo que el diagnóstico de efluvo anagénico secundario a intoxicación por colchicina se realizó por la clara causa-efecto (la caída comenzó a las 2 semanas de la sobreingesta) y la repoblación completa tras su suspensión. La colchicina es un fármaco antimitótico que inhibe la división celular. El diagnóstico en los casos de intoxicación por colchicina es fundamentalmente clínico. Aunque no existen síntomas ni signos específicos, la clínica nos debe orientar sobre todo en aquellos casos en los que el paciente se encuentre en fallo multiorgánico de etiología no aclarada y en los casos de alopecia a los 7 días de inicio del cuadro. La progresión de la clínica se divide en tres fases. En la primera predominan los síntomas gastrointestinales; en la segunda fase la depresión de la médula ósea junto con la afectación multiorgánica; y en la tercera, el signo más característico es la alopecia. La alopecia es, por tanto, uno de los signos guía de la intoxicación por colchicina; se debe al efecto antimitótico sobre los folículos pilosos que están en fase anágena (fase de crecimiento), produciendo el llamado efluvo anagénico, similar al que sucede tras quimioterapia.

P24. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BARICITINIB Y TOFACITINIB EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA: UNA SERIE DE CASOS

C. Ureña Paniego^a, M. Sánchez Díaz^a, A. Soto Moreno^a, J.Á. Rodríguez Pozo^a, A. Molina Leyva^{a,b} y S. Arias Santiago^{a,b}

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. ^bInstituto de Investigación Biosanitaria de Granada. España.

Introducción. La alopecia areata (AA) es un tipo de alopecia no cicatricial inmunomediada con gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Su gravedad es variable pudiendo afectar no solo a cuero cabelludo sino también al resto de áreas pilosas. Los inhibidores de la quinasa Janus (iJAK) como baricitinib y tofacitinib se han presentado como terapias prometedoras en la AA debido a su inhibición de la vía JAK-STAT, implicada en la patogenia de la AA. **Objetivo.** El objetivo de este estudio fue explorar la efectividad y seguridad de baricitinib a corto plazo en el tratamiento de la AA, así como su comparación con tofacitinib.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo. Se reclutaron pacientes con AA moderada-grave. Se recopiló información sobre la gravedad de su AA a través del índice de Severidad de Alopecia Areata (SALT) en los meses 0 y 3 de tratamiento.

Resultados. El estudio incluyó 26 pacientes. El 65,39% (17/26) fueron mujeres y la edad media fue de 30,46 ± 16,76 años. La edad de inicio media de la AA fue de 19,65 ± 15,29 años. El 57,69% (15/26) de los pacientes fueron tratados con tofacitinib exclusivamente y el resto con baricitinib. De los pacientes tratados con baricitinib, el 27,27% (3/11) habían sido tratados previamente con tofacitinib. La reducción media del índice SALT a los 3 meses fue de 21,13 ± 30,81 puntos para el grupo tratado con tofacitinib y de 26,5 ± 33,16 puntos para el grupo tratado con baricitinib. La reducción del índice SALT fue comparable entre ambos tratamientos (p = 0,7). Un 38,46% (10/26) de los pacientes reportaron efectos adversos, siendo el más frecuente la aparición de infecciones.

Conclusiones. Baricitinib parece ser una opción terapéutica efectiva y segura en pacientes con AA con resultados preliminares alentadores y similares a los de tofacitinib.

P25. ALOPECIA FIBROSANTE DE PATRÓN DIFUSO: UNA NUEVA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA

V. Linares López^a, Á.d el Espino Navarro Gilabert^a, N. Navas García^b, J.M. Morón Ocaña^a, M.L. Martínez Barranca^a y J. Escudero Ordoñez^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

Introducción. La alopecia fibrosante en patrón difuso (FAPD), una nueva entidad en el espectro de alopecias cicatriciales, comparte características tanto de alopecia androgénica (AGA) como del liquen plano pilaris (LPP). En el examen clínico se observa afectación de cuero cabelludo dependiente de andrógenos asociado a la miniaturización del folículo piloso, sumándole una dermatoscopia con signos de inflamación y fibrosis. Presenta un estudio histológico compatible con alopecia fibrosante idiopática, en la que se observa infiltrado linfohistiocitario con fibrosis perifolicular acompañado por apoptosis de queratinocitos basales.

Caso clínico. Paciente de 58 años consulta por alopecia. A la exploración clínica se apreciaba pérdida de densidad capilar de patrón androgénico con ensanchamiento de la raya. A la dermatoscopia se apreciaba hiperqueratosis y eritema perifolicular con alguna pérdida de orificios foliculares. Se realiza biopsia de cuero cabelludo a nivel interparietal, apreciándose histológicamente destrucción de las unidades pilosebáceas, atrofia folicular englobado por tractos fibrosos con leve infiltrado inflamatorio crónico linfocitario y reacción gigantocelular.

Discusión. La FAPD se incluye dentro de las alopecias cicatriciales, esta patología comparte características de AGA y LPP. Puede confundirse con AGA asociado a dermatitis seborreica si se desconoce esta patología. Actualmente no se conoce la razón por la cual los folículos pilosos miniaturizados presentan una reacción inflamatoria tipo liquenoide. Se plantean varias teorías: que el folículo dañado exprese citocinas que inicien el proceso inflamatorio, o que los pacientes tengan susceptibilidad genética, causando una reacción liquenoide por estímulo antigénico en el folículo alterado de AGA. El conocimiento terapéutico es limitado, pero se plantea la combinación de minoxidil 5%, clobetasol tópico y terapia antiandrogénica oral, con el fin de reducir los síntomas y detener la progresión.

P26. ENSORTIJAMIENTO PROGRESIVO ADQUIRIDO Y PILI TORTI SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON ACITRETINO

M. Ballesteros Redondo, L. Fernández Domper, E.G. Morales Tedone, A. Bernabeu Aicart, E. Montesinos Villaescusa y Á. Revert Fernández

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

Caso clínico. Mujer de 73 años en seguimiento por psoriasis en la que se inicia tratamiento con acitretino a 10 mg. La paciente presentó mejoría de las lesiones cutáneas, refiriendo al mes del inicio del fármaco aumento de la caída capilar con adelgazamiento difuso del cabello, así como rizamiento (curly hair) o ensortijamiento del mismo. Al sustituir acitretino por apremilast, presentó resolución completa de la displasia pilosa adquirida en los 6 meses posteriores.

Discusión. El ensortijamiento progresivo y adquirido del cabello se considera una variante del cabello lanoso (woolly hair). Aunque es más frecuente en varones, también se han descrito casos en mujeres posmenopáusicas en relación con el uso de retinoides orales. Principalmente se ha relacionado con acitretino y también etretinato y alitretinoína, postulándose como mecanismo subyacente una alteración en la queratinización de la vaina radicular interna del folículo. Clínicamente se manifiesta con cabellos rizados, finos y

aplanados con torsiones longitudinales. A partir de los 6 meses de la suspensión de estos fármacos, el pelo tiende a volver a su condición previa. Pili torti se engloba como displasia pilosa con fragilidad capilar. Puede presentarse de forma congénita o adquirida. Los casos adquiridos son poco frecuentes y se han descrito en relación con déficits nutricionales, retinoides orales como nuestro caso o erlotinib. En la enfermedad de injerto contra huésped o en la alopecia frontal fibrosante también pueden observarse.

Conclusiones. El ensortijamiento progresivo y adquirido es una entidad poco frecuente pero bien descrita con relación al uso de retinoides sistémicos. Es importante conocerla dada su reversibilidad al suspender el fármaco y la implicación psicológica que puede originar en los pacientes. Pili torti también se ha relacionado con la toma de estos fármacos, siendo la tricoscopia muy útil en su diagnóstico.

P27. ALOPECIA CON PATRÓN ANDROGENÉTICO MASCULINO EN USUARIA DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES

E.G. Morales Tedone, A. Bernabeu Aicart, M. Ballesteros Redondo, L. Fernández Domper, E. Montesinos Villaescusa y Á. Revert Fernández

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

Objetivo. Presentamos el caso de una paciente usuaria de esteroides anabolizantes por vía intramuscular que muestra alopecia con patrón androgenético masculino.

Caso. Mujer de 48 años que consulta por pérdida de densidad capilar progresiva de años de evolución. La paciente ha competido en fisioculturismo admitiendo el uso de sustancias anabolizantes. A la

exploración se aprecia pérdida de densidad capilar a nivel de la zona central anterior grado II de Ludwig con anisotricosis evidente en la dermatoscopia. Además presenta retroceso bitemporal de la línea de implantación a modo de alopecia androgenética masculina (tipo III Hamilton-Norwood). Los hallazgos del control analítico fueron niveles de testosterona total de 376 ng/dL (VN < 50) y testosterona libre 96,94 pg/mL (VN: 0,86-6,91). Dichos niveles se normalizaron tras el cese de uso de anabolizantes, presentando mejoría clínica.

Discusión. La alopecia androgenética es la causa más frecuente de alopecia y afecta al 80% de los hombres y 50% de las mujeres a lo largo de la vida. La miniaturización del cabello es el resultado de la acción directa sobre el folículo piloso de la dihidrotestosterona (DHT), metabolito altamente activo de la testosterona. La alopecia androgenética en mujeres se caracteriza generalmente por presentar pérdida de densidad capilar a nivel frontal central con un ensanchamiento progresivo de la raya media del cabello. En hombres, la pérdida de densidad capilar característica es a nivel bitemporal (entradas) y en el vértex (coronilla). La relación entre el uso de esteroides anabolizantes y la alopecia androgenética es bien conocida con el aumento de conversión por parte de la enzima 5-alfa reductasa de la testosterona total y libre a DHT. Dicha conversión enzimática es precisamente la diana terapéutica de los conocidos inhibidores de la 5-alfa reductasa en la alopecia androgenética. Los folículos más sensibles a la acción de dicha hormona se encuentran a nivel frontotemporal por lo que característicamente se describe un patrón masculino en los usuarios de anabolizantes.

Conclusiones. Destacamos el efecto del uso de esteroides anabolizantes en una paciente de sexo femenino con alopecia androgenética de patrón eminentemente masculino, plasmando clínicamente el modelo actual y los mecanismos fisiopatológicos de la alopecia androgenética.