



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Placas alopécicas en una cocinera



Alopecic Plaques in a Cook

Historia clínica

Mujer de 26 años, sin antecedentes de interés. Consulta por disminución progresiva de pelo en algunas zonas del cuero cabelludo desde hace 2 años, acentuada en los últimos meses. Fue diagnosticada de alopecia areata (AA) y tratada con mometasona y vitaminas sin mejoría.

El pelo de la paciente, es ondulado. Lo lleva largo y suelto al acudir a consulta. Usa diariamente una cinta elástica apretada y gel fijador desde hace 4 años, por la obligación de llevar el pelo recogido durante su trabajo como cocinera (fig. 1).

Exploración física

Se objetivan 2 placas alopécicas ovoides con densidad capilar disminuida en zonas temporales, simétricas de 12×6 cm y 10×8 cm, con tracción positiva en los bordes y vainas peripilares (fig. 2). Hay una pequeña placa frontal mal definida de 3×2 cm con densidad capilar disminuida. La tricoscopia muestra orificios foliculares vacíos con zonas sin orificios. No evidenciamos puntos negros, hiperqueratosis ni eritema perifolicular.



Figura 1



Figura 2

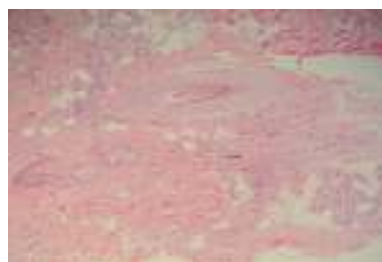


Figura 3 Hematoxilina-eosina $\times 100$.

Se comprueba que la cinta utilizada tracciona sobre las zonas alopécicas.

Pruebas complementarias

Bioquímica, hemograma, ferrocínica y TSH normales.

Histopatología

El estudio en cortes transversales y longitudinales objetiva tractos fibrosos de regresión folicular con acúmulos de melamina. La inmunofluorescencia directa es negativa (fig. 3).

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Alopecia traccional (AT) parcialmente cicatricial secundaria a uso prolongado de cinta elástica durante el trabajo.

Evolución

Aconsejamos evitar el uso de la cinta y pautamos clobetasol y minoxidil, sin conseguir repoblación inicialmente. Sin embargo, a las 20 semanas tras insistir en el abandono de la cinta, observamos repoblación parcial de las 3 placas, sobre todo la frontal, persistiendo áreas parcheadas sin orificios foliculares.

Comentario

La AT es un tipo de alopecia inducida mecánicamente. Su causa más reconocida es la tensión mantenida y/o repetida sobre el cabello durante largo periodo, provocada por varios tipos de peinado o manipulación traumática: trenzas apretadas, cola de caballo, moño, extensiones y alisado de pelo.

Se caracteriza por placas alopécicas alargadas o lineales, preferentemente de localización temporoparietal y/o frontal, reflejando el área de mayor tensión¹⁻⁴.

En la tricoscopia las vainas peripilares indican tracción activa, aunque no siempre estén presentes⁴. Se desconocen otros signos tricoscópicos específicos. En cuanto la histopatología, la tricomalacia y los acúmulos de pigmento (incontinencia pigmentaria) son hallazgos sugestivos pero no específicos. Característicamente disminuye el número de folículos pilosos terminales y no hay infiltrado inflamatorio. En fases avanzadas se puede observar fibrosis sustituyendo folículos pilosos terminales².

La AT es relativamente frecuente en mujeres afroamericanas. Las principales responsables son las trenzas africanas muy apretadas llamadas *cornrows*⁵. Sin embargo, en las mujeres caucásicas, la AT es poco común por las características raciales diferentes del pelo y, sobre todo, por hábitos distintos de peinado. En esta población, la AT se asocia, en casos excepcionales, a peinados tipo cola de caballo o moño apretado llevados de forma habitual durante años^{1,4}.

Cuando el peinado responsable no es evidente en el momento de la consulta, puede ocurrir que se diagnostique erróneamente de AA por la similitud de las placas, y por no tener habitualmente datos clínicos de inflamación^{3,4}. El diagnóstico diferencial incluye también el liquen plano

pilar, además de otras alopecias mecánicas: tricotilomanía y alopecia friccional.

La AT puede ser bifásica: inicialmente es reversible, si evitamos estrictamente cualquier tracción o manipulación, que es el único tratamiento eficaz. Si la causa persiste, llega a producirse destrucción folicular permanente transformándose en alopecia cicatricial irreversible, también llamado AT *end-stage* o síndrome de degeneración folicular¹⁻³.

Se desconoce el tiempo necesario para provocar una AT cicatricial. Por este motivo es fundamental valorar la posibilidad de una AT ante placas alopécicas temporoparietales o temporofrontales, preguntando específicamente sobre hábitos de peinado o manipulación^{3,4}.

Hace años, se veían casos laborales, relacionados con uniformes, como los gorros de enfermera o las cofias de monjas¹. Actualmente, su causa es habitualmente cosmética, debido a peinados que condicionan tracción. En nuestra paciente la causa sugiere una AT laboral, por uso de cinta elástica durante el trabajo.

Bibliografía

1. Puig L. Alopecias por tracción y fricción. En: Camacho FM, Tosti A, editores. *Montagna Tricología. Enfermedades del folículo pilosebáceo*. Tercera edición Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 869–78.
2. Bernárdez C, Molina-Ruiz AM, Requena L. Histopatología de las alopecias. Parte I: alopecias no cicatriciales. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:158–67.
3. Goldberg LJ. Cicatricial marginal alopecia: Is it all traction? *Br J Dermatol*. 2009;160:62–8.
4. Tosti A, Miteva M, Torres F, Vincenzi C, Romanelli P. Hair casts are a dermoscopic clue for the diagnosis of traction alopecia. *Br J Dermatol*. 2010;163:1353–5.
5. Rucker Wright D, Gathers R, Kapke A, Johnson D, Joseph CL. Hair care practices and their association with scalp and hair disorders in African American girls. *J Am Acad Dermatol*. 2011;64:253–62.

Z. Ézsöl-Lendvai^{a,*}, L. Iñiguez-de Onzoño^b
y L. Pérez-García^a

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ezsolsofia@yahoo.it (Z. Ézsöl-Lendvai).