

lipóidica y diabetes mellitus es bien conocida; sin embargo, los porcentajes de pacientes que presentan ambas entidades son discordantes en los diferentes estudios realizados (11-65%)<sup>6-8</sup>. La necrobiosis lipóidica se ha descrito, también, en individuos sanos y en pacientes con otras enfermedades autoinmunes e inflamatorias, entre ellos la enfermedad inflamatoria intestinal<sup>8</sup>.

Finalmente, es llamativa la presencia, en la histopatología, de granulomas sarcoideos en la dermis y en los septos grasos. La presencia de estas estructuras —constituidas por células epitelioides y gigantes agrupadas en el seno de áreas de colágeno degenerado— es un hallazgo poco frecuente que define lo que se ha denominado como variante sarcoidea de la necrobiosis lipóidica<sup>9,10</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Reid SD, Ladizinski B, Lee K, Baibergenova A, Alavi A. Update on necrobiosis lipoidica: A review of etiology, diagnosis, and treatment options. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69:783-91.
2. Requena L. Normal subcutaneous fat, necrosis of adipocytes and classification of the panniculitides. *Semin Cutan Med Surg*. 2007;26:66-70.
3. Worstman X, Carreño L, Morales C. Inflammatory diseases of the skin. En: Worstman X, Jemec GBE, editores. *Dermatologic ultrasound with clinical and histologic correlations*. New York: Springer; 2013. p. 73-118.
4. Pellicano R, Caldarola G, Filabozzi P, Zalaudek I. Dermoscopy of necrobiosis lipoidica and granuloma annulare. *Dermatology*. 2013;226:319-23.
5. Conde-Montero E, Avilés-Izquierdo JA, Mendoza-Cembranos MD, Parra-Blanco V. Dermatoscopia de la necrobiosis lipóidica. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:534-7.
6. O'Toole EA, Kennedy U, Nolan JJ, Young MM, Rogers S, Barnes L. Necrobiosis lipoidica: Only a minority of patients have diabetes mellitus. *Br J Dermatol*. 1999;140:283-6.
7. Erfurt-Berge C, Seitz AT, Rehse C, Wollina U, Schwede K, Renner R. Update on clinical and laboratory features in necrobiosis lipoidica: A retrospective multicentre study of 52 patients. *Eur J Dermatol*. 2012;22:770-5.
8. Marcoval J, Gómez-Armayones S, Valentí-Medina F, Bonfill-Ortí M, Martínez-Molina L. Necrobiosis lipóidica. Estudio descriptivo de 35 pacientes. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:402-7.
9. Yen P-S, Wang K-H, Chen W-Y, Yang Y-W, Ho W-T. The many faces of necrobiosis lipoidica: A report of three cases with histologic variations. *Dermatologica Sinica*. 2011;29:67-71.
10. Requena L. Necrobiosis lipóidica. En: Herrera Ceballos E, Moreno Carazo A, Requena Caballero L, Rodríguez Peralto JL, editores. *Dermatopatología: Correlación Clínica Patológica*. Barcelona: Signamet Edicions, S.A.; 2007. p. 401-4.

J. García-Gavín<sup>a,\*</sup>, L. Comba Pérez-Pérez<sup>a</sup>,  
L. Requena<sup>b</sup> y X. Wortsman<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Clínica Pérez & Gavín dermatólogos, Vigo, Pontevedra, España*

<sup>b</sup> *Departamento de Dermatología, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma, Madrid, España*

<sup>c</sup> *Departamentos de Radiología y Dermatología, Instituto de Investigación y Diagnóstico por Imágenes en Piel y Tejidos Blandos (IDIEP), Clínica Servet, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Región Metropolitana, Chile*

\*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [jgavin@pgdermatologos.com](mailto:jgavin@pgdermatologos.com),  
[juangavin@gmail.com](mailto:juangavin@gmail.com) (J. García-Gavín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.01.011>

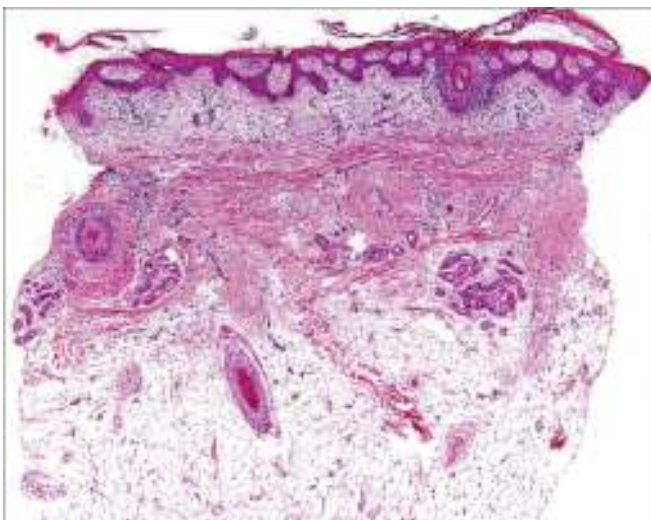
## ¿La psoriasis produce alopecia irreversible?



### Can Psoriasis Produce Irreversible Alopecia?

Sr. Director:

Esta misma pregunta nos la hizo una de nuestras pacientes, mujer de 21 años de edad, sin antecedentes personales de interés, con psoriasis en placas en cuero cabelludo, región centrorfacial y escote, de más de 10 años de evolución. Inicialmente bien controlada con fármacos tópicos hasta los 18 años, momento en el que desarrolla un empeoramiento brusco con importante repercusión psicosocial. El primer tratamiento sistémico prescrito fue metotrexate, que se suspendió por mala tolerancia. Posteriormente fue tratada con: ciclosporina con muy buena respuesta, pero con rebrote inmediato al intentar disminuir la dosis, etanercept con mínima mejoría, ustekinumab que requirió frecuentes ciclos de corticoides orales para controlar los



**Figura 1** Corte vertical. Destaca la disminución de la densidad de folículos pilosos sustituidos por tractos fibrosos.

**Tabla 1** Características de los casos publicados de alopecia cicatricial relacionada con psoriasis

Año	Autor	Casos	Características clínicas		Histología	Atrofia de la glándula sebácea	Cultivos Bacterias y hongos	Seguimiento	Repoblación
			Psoriasiforme	Fibrosis					
1972	Shuster <sup>1</sup>	6	Sí	Sí	Sí		Negativo	10 años	Un paciente
1983	Fernandes Rodrigues et al. <sup>4</sup>	1	Sí	Sí	Linfohistiocitario		Negativo	—	—
1990	Wright y Messenger <sup>5</sup>	3	Sí	Sí, parcheado	Linfocitario- perinfundibular	Sí	Negativo	3 meses	—
1992	Van de Kerkhof y Chang <sup>6</sup>	1	Sí	Sí	Linfohistiocitario		Negativo	—	—
1992	Runne y Kroneisen- Wiersma <sup>2</sup>	5	Sí	Sí, parcheado	Linfocitario- perinfundibular	Sí	Negativo	—	—
1995	Kretzschema et al. <sup>7</sup>	1	Sí	Sí	Linfohistiocitario		Negativo	—	—
1999	Bardazzi et al. <sup>3</sup>	4	Sí	Sí	Linfocitario- perinfundibular	Sí	Negativo	—	—
2000	Schön et al. <sup>8</sup>	1	Sí	Sí, parcheado	Linfocitario		Negativo	—	—
2013	Almeida et al. <sup>9</sup>	1	Sí	Sí		Sí	Negativo	3 semanas	—
Nuestro caso		1	Sí	Sí, parcheado	Linfocitario- perinfundibular	Sí	Negativo	2 años	Parcialmente



**Figura 2** Placas de alopecia parietotemporales bilaterales.

brotos, e infliximab con el que mantuvo buena respuesta hasta el 8.º ciclo, cuando empezó a empeorar progresivamente. El cuero cabelludo fue la localización más intensa y extensamente afecta, donde se objetivó de forma localizada sobre las placas de psoriasis importante disminución de la densidad capilar. La paciente fue ingresada tras suspender infliximab, para intensificar los cuidados tópicos e iniciar tratamiento con prednisona y metotrexate 12,5 mg/semana, consiguiendo una significativa mejoría y buena tolerancia. A los 3 meses del ingreso la inflamación y descamación del cuero cabelludo eran mínimas, pero presentaba grandes placas alopécicas parieto-temporales de aspecto cicatricial. En la histología del borde de una de estas placas se observó una epidermis con cambios psoriasiformes, disminución de la densidad de folículos pilosos con infiltrado inflamatorio linfocitario perinfundibular parcheado y presencia de tractos fibrosos; además de disminución y atrofia de las glándulas sebáceas (fig. 1). Tras haber descartado otras causas de alopecia, incluida la sobreinfección bacteriana o fúngica, se hizo el diagnóstico de alopecia psoriásica cicatricial. Dos años después, estas placas alopécicas persisten aunque con repoblación parcial (fig. 2). La paciente ha seguido sufriendo brotes de lesiones, que han requerido hace unos meses asociar adalimumab al metotrexato, manteniéndose parcialmente controlada.

La alopecia cicatricial asociada a psoriasis del cuero cabelludo fue descrita por primera vez por Shuster en 1972<sup>1</sup> pero, actualmente, no es del todo aceptada, y quedan grandes dudas por esclarecer. En las últimas ediciones de los tratados de dermatología está descrita la alopecia psoriásica como una forma de alopecia no cicatricial, sin embargo, en la literatura internacional, se encuentran unos 20 casos de alopecia cicatricial relacionada con la psoriasis (tabla 1). El artículo de Runne y Kroneisen-Wiersma<sup>2</sup> es el que más se acerca al estudio descriptivo inicial de Shuster, englobando las distintas formas clínicas de alopecia en la psoriasis, incluyendo la cicatricial. Esta se caracteriza en la mayoría de los casos por ser circunscrita y presentar en la histología cambios psoriasiformes junto con infiltrado linfocitario perifolicular, más específicamente perinfundibular, con tractos fibrosos. La atrofia de las glándulas sebáceas fue inicialmente descrita como característica de las placas de psoriasis, con o sin alopecia, pero posteriormente otros

autores lo han relacionado más específicamente con la alopecia psoriásica cicatricial<sup>3</sup>. Por otro lado, es de destacar la afectación parcheada de los folículos, que explicaría la posterior repoblación, aunque se haya detectado fibrosis en la biopsia.

De más reciente actualidad es la alopecia psoriásica inducida por los anti-TNF. La prevalencia de psoriasis como reacción paradójica a dicho tratamiento se estima entre el 1,5-5%, sobre todo con infliximab, afectándose con frecuencia las flexuras y el cuero cabelludo. Son excepcionales los casos descritos de alopecia asociada, y solo hay publicado un caso con alopecia cicatricial<sup>10</sup>.

La etiopatogenia de la alopecia psoriásica cicatricial no está clara, se plantean entonces varias preguntas. Si la psoriasis causa inflamación y alteración de la queratinización de la epidermis ¿por qué no va a producir lo mismo sobre el epitelio folicular?, alterando así la maduración de los folículos pilosos con bulbos distróficos, pelos finos y predominio de la fase telógena. De esta manera, si la inflamación es muy intensa, no es de extrañar que invadan el epitelio folicular y terminen por destruirlo. Por otro lado, si unas de las células protagonistas de la psoriasis son los neutrófilos ¿por qué tal foliculotropismo de linfocitos? Asimismo no podemos olvidar el posible papel de factores externos como el rascado, la sobreinfección e incluso un aspecto tan sutil como el peso que ejerce la escama gruesa sobre el cuero cabelludo, pudiendo impedir el normal crecimiento y maduración del folículo.

En conclusión, la alopecia psoriásica de tipo cicatricial es una entidad poco frecuente y controvertida, algunos autores lo consideran como entidad única y otros, sin embargo, como un cambio secundario. ¿Cómo deberíamos entonces responder a la pregunta inicial de nuestra paciente? ¿Se trata de una alopecia cicatricial irreversible? No lo sabemos, sería necesario realizar más estudios clínicos con correlación histológica y seguimiento a más largo plazo. De momento, para nosotros y para la paciente se trata de una alopecia «persistente».

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Shuster S. Psoriatic alopecia. *Br J Dermatol*. 1972;87:73-7.
2. Runne U, Kroneisen-Wiersma P. Psoriatic alopecia: Acute and chronic hair loss in 47 patients with scalp psoriasis. *Dermatology*. 1992;185:82-7.
3. Bardazzi F, Fanti PA, Orlandi C, Chierigato C, Misciali C. Psoriatic scarring alopecia: Observations in four patients. *Int J Dermatol*. 1999;38:765-8.
4. Fernandes Rodrigues JC, Pinto Soares A, García E, Silva L. Follicular psoriasis with cicatricial alopecia. Piccardi-Lassueur-Graham Little syndrome of a psoriatic nature. *Med Cutan Ibero Lat Am*. 1983;11:1-6.
5. Wright AL, Messenger AG. Scarring alopecia in psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 1990;70:156-9.
6. Van de Kerkhof PC, Chang A. Scarring alopecia and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1992;126:524-5.
7. Kretschmar L, Bonsmann G, Metzke D, Luger TA, Schwarz T. Scarring psoriatic alopecia. *Hautarzt*. 1995;46:154-7.
8. Schön MP, Reifenberger J, Gantke B, Megahed M, Lehmann P. Progressive cicatricial psoriatic alopecia in AIDS. *Hautarzt*. 2000;51:935-8.
9. Almeida MC, Romiti R, Doche I, Valente NY, Donati A. Psoriatic scarring alopecia. *An Bras Dermatol*. 2013;88 Suppl 1: S29-31.
10. El Shabrawi-Caelen L, La Placa M, Vincenzi C, Haidn T, Muellegger R, Tosti A. Adalimumab induced psoriasis of the scalp with diffuse alopecia: A severe potentially irreversible cutaneous side effect of TNF-alpha blockers. *Inflamm Bowel Dis*. 2010;16:182-3.

C. Gutiérrez García-Rodrigo<sup>a,\*</sup>, R. Rivera Díaz<sup>a</sup>,  
F. Vanaclocha Sebastián<sup>a</sup> y J.L. Rodríguez Peralto<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>b</sup> Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlota.gutierrez.gr@gmail.com  
(C. Gutiérrez García-Rodrigo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.01.007>

## Bebé Michelin asociado a anomalías faciales



### Michelin Baby Associated With Facial Abnormalities

Sr. Director:

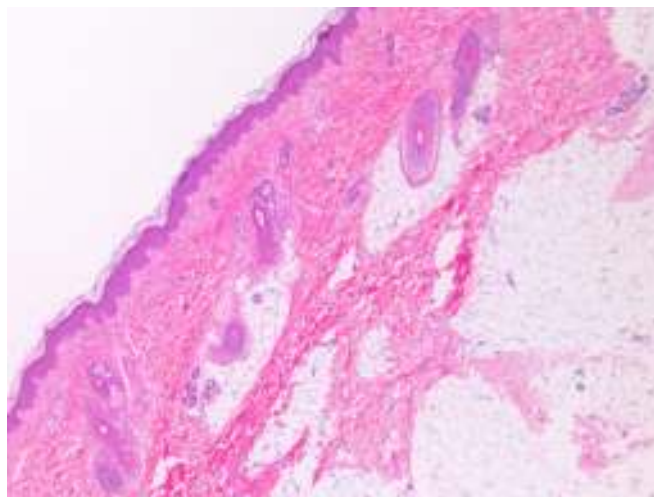
El término bebé Michelin (BM) fue acuñado por primera vez en 1969 por Ross, quien describió un caso de un bebé con múltiples repliegues de piel generalizados asociado a hemihipertrofia y puente nasal ancho<sup>1</sup>. Presentamos un caso clínico de BM en una niña con leves anomalías dismórficas asociadas.

Una niña de 3 meses de vida, nacida a las 34 semanas, de origen rumano, sin antecedentes de consanguinidad, que consultó por exceso de pliegues en la piel. No presentaba ningún antecedente personal o familiar de interés. A la exploración física se observaron abundantes repliegues cutáneos circunferenciales de consistencia blanda sólida, en extremidades y cuello (fig. 1). Además, se apreciaron microcefalia con aplanamiento fronto-temporal e hipotelorismo, orejas pequeñas de baja implantación y teletelia. La biopsia de piel mostró un acúmulo excesivo de tejido adiposo en la dermis superficial (fig. 2). El estudio cardiológico y la ecografía transfontanelar resultaron normales. El examen oftalmológico demostró un estrabismo convergente, microftalmia y blefarofimosis. El cariotipo resultó normal 46 XX.

Se ha propuesto reemplazar el término original «bebé Michelin» por el de síndrome o fenotipo de pliegues circunferenciales de la piel, cuando se asocien alteraciones extracutáneas<sup>2</sup>. Los pacientes BM pueden asociar dichas manifestaciones hasta en un 74% de los casos, incluyendo anomalías faciales, alteraciones neurológicas (retraso mental, retraso en el desarrollo psicomotor,



**Figura 1** Abundantes repliegues cutáneos circunferenciales de consistencia sólida blanda, en extremidades y cuello.



**Figura 2** La biopsia de piel mostró un acúmulo excesivo de tejido adiposo en la dermis superficial.