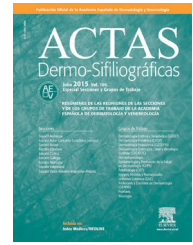


ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XVI Reunión del Grupo Español de Tricología Madrid, 24 y 25 de octubre de 2014

Ponencias

1. COMORBILIDADES DE LA ALOPECIA ANDROGENÉTICA

P. Fernández-Crehuet Serrano

Hospital Cruz Roja. Granada. España.

La alopecia androgénica (AGA) es la consecuencia de la progresión normal del estado fisiológico del cuero cabelludo. Sabemos que se produce por herencia poligénica autosómica dominante de expresividad y penetración variable y el papel fundamental de los andrógenos al interactuar con los receptores de las células de la papila dérmica, epitelio del bulbo y de la vaina epitelial externa. Esto se traduce en una miniaturización progresiva de los folículos pilosos terminales, con la consiguiente recesión de la línea frontoparietal del cabello y aclaramiento del vértex o bien una pérdida difusa en las áreas parietales. Además de la evidente relación con trastornos del metabolismo androgénico, especialmente en la mujer (SAHA suprarrenal, ovárico e hipofisario, entre otras), en las últimas décadas ha sido objeto de estudio su relación con la afectación cardiovascular, que incluirían el síndrome metabólico, obesidad, infarto de miocardio, dislipemia, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, hiperinsulinemia y el hiperaldosteronismo. Recientemente se ha demostrado que la AGA es un factor de riesgo independiente para la muerte por enfermedad coronaria y diabetes mellitus. También ha sido referida su asociación con el cáncer de próstata. No menos importantes son las comorbilidades psíquicas. Ya en 2002, Camacho et al estudiaron la relación entre AGA y la depresión, agresividad, y ansiedad. Todo esto repercute de forma significativa en la calidad de vida de los pacientes con AGA. Revisaremos los últimos trabajos publicados al respecto.

2. NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA ANDROGENÉTICA

J. Ferrando Barberá

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. España.

En estos dos últimos años hemos podido constatar las siguientes novedades o avances en el tratamiento de la alopecia androgénica (AGA):

- Es tan eficaz en la región frontal como en la región del vertex el tratamiento con minoxidil 5% en base de espuma.
- Una emulsión de minoxidil con diclofenaco y extracto de árbol de té es más eficaz que placebo y que minoxidil formulado solo.
- El uso de ácido valproico tópico es eficaz en el tratamiento de la AGA.
- Varios artículos destacan la eficacia de tratar la AGA con láser de baja potencia o con LEDs.
- Otros artículos afirman que el gold estándar sigue siendo finasterida 1 mg/día para el varón y minoxidil tópico para ambos sexos, así como el autotrasplante de unidades foliculares para mantener un buen resultado por largo tiempo, sin abandonar el tratamiento médico.

El uso de los factores de crecimiento plasmático (PRP) ha ido acrecentándose y ratificándose por nuevos estudios al respecto, mediante trabajos que demuestran su efectividad estimulando el epitelio folicular y así consiguiendo cabello nuevo, aumento del grosor del tallo y paso más rápido de telógeno a anágeno; y a nivel dérmico aumento de la formación de colágeno, fibroblastos y vasos perifoliculares; además de regular las funciones celulares y estimular la formación del canal pilar. La aplicación de células madre foliculares para el tratamiento de la AGA aún sigue en protocolos de fase I y II.

3. TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA

M. Galán Gutiérrez

Unidad de Dermatología. UGC de CMA. Complejo Hospitalario de Jaén. España.

La alopecia areata (AA) es una alopecia no cicatricial telogénica de base autoinmune. Se estima que origina un 2% de las consul-

tas dermatológicas y puede aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente en pacientes jóvenes. Su tratamiento va a depender de varios factores, fundamentalmente de la extensión de la enfermedad, de la edad del paciente, así como de medidas locales y sistémicas. Mientras que los tratamientos locales tienen como objetivo conseguir el recrecimiento piloso, sin influir en la evolución de la enfermedad, los tratamientos sistémicos pueden interferir en la misma, siendo ambas medidas paliativas. En el momento de afrontar la terapia en una AA apreciamos que no existen unas guías estandarizadas publicadas a excepción de la aparecida en el año 2012 en el *British Journal of Dermatology*¹, aunque aporta pocas novedades con respecto a la existente del año 2003². A la hora de considerar nuestra actitud terapéutica frente a la AA, el primer punto a decidir es si realizar tratamiento o no, ya que un porcentaje relativamente importante de pacientes va a presentar una repoblación espontánea de las placas alopecicas. El alto grado de remisiones espontáneas, especialmente en las formas leves, dificulta la posible evaluación de la eficacia de un tratamiento. Existen varios tratamientos que pueden determinar un crecimiento del pelo en la AA, pero ninguno ha mostrado alterar el curso de la enfermedad. Entre las medidas generales que emplearemos en todos los pacientes con AA se encuentran la explicación de la enfermedad, así como de las diferentes posibilidades terapéuticas con sus riesgos y beneficios, explorando la actitud del paciente e intentando modificar la misma en caso de que fuese negativa, siempre pretendiendo informarle sobre la existencia de grupos de terapia así como de asociaciones de pacientes que pueden prestarles apoyo psicológico. En la exposición se revisarán las distintas opciones terapéuticas existentes en el tratamiento de la AA, así como la eficacia de las mismas, dividiéndolas en tópicos y sistémicos. Igualmente se hará una breve mención de las posibles opciones terapéuticas futuras que van apareciendo, entre las que destacan el posible uso de la interleucina 2 a bajas dosis³ o el descubrimiento de la posible implicación de la vía de las JAK kinasas, mediante la aparente utilidad de los fármacos que inhiben dicha vía⁴. En resumen, el tratamiento de cada paciente será individualizado, planteando un plan de tratamiento adecuado en el que valoremos la severidad de la afectación, la repercusión en el paciente y las posibilidades terapéuticas. Es muy importante valorar la relación riesgo/beneficio en cada caso y actuar coherentemente estableciendo una escala de tratamiento de menor a mayor riesgo según la gravedad del caso y la respuesta terapéutica⁵⁻⁷.

Bibliografía

1. Messenger AG, McKillop J, Farrant P, McDonagh AJ, Sladden M. British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of alopecia areata 2012. *Br J Dermatol.* 2012;166:916-26.
2. MacDonald Hull SP, Wood ML, Hutchinson PE, Sladden M, Messenger AG; British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of alopecia areata. *Br J Dermatol.* 2003;149:692-9.
3. Castela E1, Le Duff F2, Butori C3, Tichioni M4, Hofman P3, Bahadoran P2, Lacour JP1, Passeron T5. Effects of low-dose recombinant interleukin 2 to promote T-regulatory cells in alopecia areata. *JAMA Dermatol.* 2014;150:748-51.
4. Xing L, Dai Z, Jabbari A, Cerise JE, Higgins CA, et al. Alopecia areata is driven by cytotoxic T lymphocytes and is reversed by JAK inhibition. *Nat Med.* 2014;20:1043-9.
5. Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, McElwee KJ, Shapiro J. Alopecia areata update: part II. Treatment. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:191-202.
6. Galán Gutiérrez M, Ruiz Villaverde R. "Tratamiento de la alopecia areata". *Piel.* 2013;28:419-27.
7. Galán-Gutiérrez M, Rodríguez-Bujaldón A, Moreno-Giménez JC. Actualización en el tratamiento de la alopecia areata. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:266-76.

4. ALOPECIA DEL CÁNCER

A. Guerra-Tapia y E. González-Guerra

Dermatólogos Guerra, S.L. Madrid. España.

Los tratamientos de quimioterapia y radioterapia empleados para la resolución de los cuadros oncológicos dan lugar a una serie de efectos secundarios sobre la piel y sus anejos de gran repercusión en la calidad de vida de estos enfermos y, en consecuencia, en el proceso de curación del cáncer. Los efectos secundarios que experimenta el pelo, en especial los pelos terminales (cabello, barba, cejas y pestañas) son quizá los más importantes, por su elevada morbilidad, por su presentación aguda y por la importante modificación de la imagen corporal que experimenta el paciente, que se ve potenciada por otros cambios físicos ocasionados también por la terapia instaurada. Entre todos estos efectos el más importante es, sin lugar a dudas, la alopecia. La literatura científica diferencia dos tipos fundamentales de alopecia en pacientes oncológicos, la alopecia inducida por quimioterápicos (las siglas en inglés CIA), por lo general transitoria y que se recupera meses después de finalizada la terapia, y la alopecia inducida por radioterapia (siglas en inglés RIA), en ocasiones de carácter permanente debido a la acción que ejerce sobre los folículos pilosos este tipo de terapias. Son muchos los estudios que ponen de manifiesto la importancia que tiene el abordaje correcto de este tipo de efectos secundarios inevitables de la terapéutica anti-oncológica y que va desde el asesoramiento psicológico (técnicas de anticipación) hasta el empleo de pelucas, bisoñes, pañuelos y sombreros. También se están revisando las técnicas de enfriamiento del cuero cabelludo, el empleo de fármacos promotores del crecimiento capilar, algunos de ellos de nueva síntesis y en fase experimental, y el desarrollo para casos muy concretos de técnicas quirúrgicas. Es muy importante, además, atender a las dudas de carácter cosmético que los pacientes plantean con frecuencia cuando se enfrentan a la caída de pelo derivada del tratamiento así como sobre los cuidados especiales que hay que prestar al cuero cabelludo desnudo. Por último hay que señalar que las consideraciones cosméticas del cabello no finalizan al iniciarse la recuperación del mismo postratamiento sino que, por el contrario, deben extenderse a lo largo de este período de tiempo debido a las modificaciones en cuanto a color y calidad del pelo que el cabello suele presentar al iniciar el recrecimiento. Por lo tanto, los efectos secundarios que sobre el pelo tienen las terapias antioncológicas deben cuidarse antes de iniciar el tratamiento, durante el transcurso del mismo y cuando este termina.

5. REACCIONES CAPILARES A FÁRMACOS

S. Vañó Galván

Dermatólogo. Coordinador de la Unidad de Tricología del Hospital Ramón y Cajal. Coordinador de la Unidad de Tricología y Trasplante Capilar de la Clínica Grupo de Dermatología Pedro Jaén. Madrid. España.

Los medicamentos pueden ser causa de alopecia, hipertriosis, hirsutismo e incluso otras alteraciones como cambios del color o forma del cabello. Dentro de las alopecias inducidas por medicamentos, comentaremos los fármacos más frecuentemente implicados en producir efluvio telógeno (acitretino, heparina, isotretinoína, acenocumarol), efluvio anágeno (doxorubicina, ciclofosfamida, paclitaxel), la alopecia permanente por QT (busulfán, ciclofosfamida, taxanos), la alopecia por los nuevos quimioterápicos (inhibidores multikinasa como sorafenib o sunitinib, inhibidores del EGFR como cetuximab o erlotinib e inhibidores BRAF como vemurafenib) o la alopecia por medicamentos biológicos anti-TNF (infliximab, adalimumab). Se comentarán asimismo los fármacos que más frecuentemente ocasionan hirsutismo (ACTH, ACO, danazol, testosterona, tamoxifeno) e hipertriosis (zidovudina, latanoprost, corticoides, ciclosporina, minoxidil, antiepilépticos). Finalmente, se expondrán

algunas reacciones capilares atípicas a fármacos, incluyendo cambios de color capilar (imiquimod, cetuximab, vaproico, acitretino) y cambios de la forma capilar (rizamiento del pelo con acitretino, cetuximab, antirretrovirales, sorafenib y sunitinib). Es de gran importancia para los dermatólogos el conocimiento de las reacciones capilares a fármacos, dada su potencial importante afectación de calidad de vida (quimioterápicos) y porque pueden abrir nuevas líneas de investigación en el tratamiento de la alopecia.

6. TRATAMIENTO DE LA FOLICULITIS DECALVANTE

C. Serrano Falcón

Hospital de Guadix. Granada. España.

Las foliculitis decalvantes son un tipo de alopecia cicatricial primaria que se incluyen dentro del grupo de alopecias neutrofilicas por el tipo de inflamación perifolicular que se observa en las biopsias, además de la hiperqueratosis y taponamiento folicular. Se caracteriza clínicamente por ser una foliculitis recurrente, parcheada y dolorosa que produce finalmente cicatriz y pérdida definitiva del pelo. Es más frecuente en los varones y en la zona occipital y vértex. Con tricoscopia es característica la presencia de penachos de pelos, eritema perifolicular, costras y pústulas. Su tratamiento es complicado e incluye clásicamente el uso de antibióticos orales y tópicos con una respuesta moderada. Más recientemente se han empleado la terapia fotodinámica, el láser de Nd-yag, el tacrolimus tópico y terapia biológica en casos aislados, con respuesta satisfactoria.

7. CASOS DE ALOPECIAS CICATRICIALES

J. del Boz González

Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Las alopecias cicatriciales son un conjunto de trastornos caracterizados por la destrucción permanente del folículo piloso como consecuencia de diversos procesos. Estas pueden clasificarse como alopecias cicatriciales secundarias (ACS), si no subsecuentes a un proceso inflamatorio previo como puede ser un querion, un traumatismo o la radioterapia, o estar causadas por un tumor como un carcinoma o una metástasis, o bien como alopecias cicatriciales primarias (ACP), un grupo de enfermedades foliculocéntricas en las que el folículo piloso (FP) es la principal diana del proceso inflamatorio, mientras que la dermis interfolicular queda respetada. Por su parte, las ACP se clasifican según la celularidad del infiltrado inflamatorio en linfocíticas, neutrofilicas y mixtas. Mediante la siguiente ponencia repasaremos mediante casos ilustrados diferentes tipos de alopecias cicatriciales, comentando algunas claves que nos ayuden a llegar a un diagnóstico correcto, así como novedades terapéuticas al respecto.

Bibliografía

- Abal-Díaz L, Soria X, Casanova-Seuma JM. Alopecias cicatriciales. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:376-87.
- Chiang YZ, Bundy C, Griffiths CEM, Paus R, Harries MJ. The role of beliefs: Lessons from a pilot study on illness perception, psychological distress, and quality of life in patients with primary cicatricial alopecia. *Br J Dermatol.* 2014 Jul 12 [Epub ahead of print].
- Dogra S, Sarangal R. What's new in cicatricial alopecia? *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013;79:576-90.

8. TRATAMIENTO DE LAS ONICOMICOSIS CON LÁSER ND: YAG DE 1064 NM Y PULSO LARGO

J.L. Cisneros, R. del Río y A. Brichs

Consulta Dr. Cisneros. Barcelona. España.

El tratamiento de las onicomicosis es complejo y difícil, mediante terapéuticas tópicos, orales o quirúrgicas, conlleva ciertos riesgos con frecuencia y su éxito de curación es muy variable. La FDA americana ha aprobado un novedoso tratamiento para las onicomicosis, mediante el láser Nd: YAG de 1.064 nm de pulso largo, que ha demostrado según algunos autores una tasa de curación cercana al 100% de los casos sin efectos adversos. Presentamos el tratamiento de las onicomicosis con un láser de Nd: YAG de 1.064 nm (específica para estos casos), de pulso largo de 250 microsegundos, fraccional y no ablativo. El protocolo terapéutico consiste en unas 6 sesiones, con intervalos de 2 semanas, afluencias de 40-70 J/cm², spot de 4/6 mm y frecuencia de 2,2 Hz, con varios pases lentos y uniformes del puntal por toda la lámina ungueal. Si esta lámina tiene un grosor de unos 3 mm o más, es aconsejable reducirlo para favorecer la transparencia a la luz láser y la penetración del calor.

Bibliografía

- Bristow I. The effectiveness of lasers in the treatment of onychomycosis: asystematic review. *British Journal of Foot and ankle research.* 2014;7:34.

9. MANIFESTACIONES UNGUEALES DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

R. Alves

Las uñas son anejos cutáneos que constituyen una capa protectora para la punta de los dedos. Son una herramienta importante para las actividades de la vida diaria: añaden precisión y delicadeza, mejoran la capacidad para coger pequeños objetos y facilitan otras funciones sutiles. El aparato ungueal tiene una semiología propia que, en muchas ocasiones, es poco conocida o valorada. Las uñas pueden alterarse por patologías específicas propias o formando parte de un cuadro general de enfermedad sistémica. La inspección clínica detallada de todas las uñas, así como los tejidos blandos circundantes, representa una extraordinaria ayuda para el diagnóstico clínico de ciertas enfermedades sistémicas. La mayoría de los signos ungueales son inespecíficos. Es importante estar familiarizado con las alteraciones ungueales más comunes, conocer su significado y buscarlas activamente como parte del examen físico de todo paciente. Los hallazgos encontrados pueden ser muy útiles para el diagnóstico de enfermedades con repercusión sistémica.

Bibliografía

- Tosti A, Iorizzo M, Piraccini BM, Starace M. The nail in systemic diseases. *Dermatol Clin.* 2006;24:341-7. Review.
- Fawcett RS, Linford S, Stulberg DL. Nail abnormalities: clues to systemic disease. *Am Fam Physician.* 2004;69:1417-24. Review.
- Baran. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2001. p. 1-47.

10. DERMATOSCOPIA DE LESIONES SUBUNGUEALES

M.A. Fernández Pugnaire

Dermatóloga. Granada. España.

La dermatoscopia es un procedimiento diagnóstico no invasivo que ha demostrado su utilidad en el diagnóstico de los tumores pigmentados melanocitarios y no melanocitarios. En la actualidad sus aplicaciones se han extendido a otras enfermedades de la piel y de los anejos como el pelo (tricoscopia) y uñas (onicoscopia). La aplicación de la dermatoscopia en la exploración de las uñas nos permite valorar diferentes signos en la lámina ungueal (pigmentaciones) y en el lecho ungueal y nos ayuda a detectar anomalías en el patrón vascular del hiponiquio y del pliegue proximal (en las enfermedades del tejido conectivo). Las ventajas que nos ofrece esta técnica son: 1. Mejorar el diagnóstico diferencial de las pigmentaciones ungueales (melanoniquias) y definir con más claridad cuáles deben ser biopsiadas y/o extirpadas.

2. Nos proporciona signos característicos de la afección ungueal propia de determinadas enfermedades sin necesidad de realizar otras pruebas.

3. Es una herramienta muy útil en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con enfermedades sistémicas sustituyendo a la capilaroscopia ungueal.

Se exponen los signos más característicos de la exploración con esta técnica y se establecen los patrones de las pigmentaciones ungueales de origen melanocítico y no melanocítico, enfermedades ungueales como la psoriasis ungueal y afectación de enfermedades del tejido conectivo.

11. MICROINJERTOS TIRA O FUE

A. Camps Fresneda

Servicio de Dermatología. Centro Médico Teknon. Barcelona. España.

Valoramos el interés de las dos técnicas que se utilizan en la actualidad para la obtención del pelo de la zona dadora, que se aplicará de manera similar en la zona receptora, es decir, dos formas distintas de obtener el pelo, para una misma forma de aplicación. Debemos tener claro que el tiempo de obtención de unos 1.500 pelos mediante la técnica FUE es de unas 5 h, mientras que la obtención de unos 4.000 pelos mediante la técnica de la Tira es de aproximadamente media hora. La cantidad de pelo que se puede obtener en una sesión de trasplante es muy superior mediante la técnica de la Tira o técnica FUS (Follicular Unit Strip Surgery) respecto a la técnica FUE (Follicular Unit Extraction). Por tanto, si queremos implantar mucho pelo en una sola sesión, deberemos plantearnos obtenerlo mediante la técnica de la Tira, y si el paciente tiene por costumbre o desea raparse, deberemos optar por la técnica FUE, donde las cicatrices son menos apreciables, a pesar de que con una buena técnica quirúrgica la cicatriz de la Tira resulta muy poco apreciable y permite llevar el pelo muy corto sin que se note. Es evidente que existen más condicionantes de los expuestos, y todos ellos se deben transmitir con claridad al paciente, que es quien en última instancia deberá decidir lo que considere más conveniente, en función de que se quiera rapar o no y de la cantidad de pelo que desee que le apliquemos.

12. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ALOPECIA FUERA DEL TRASPLANTE CAPILAR

E. Romero Nieto

Clínica Capilar Dr. Romero. Madrid. España.

Aunque muchas de las técnicas que se describen es esta ponencia ya están prácticamente en desuso por diferentes motivos, ya que en la inmensa mayoría de los casos utilizamos los microinjertos capilares, se describen una serie de técnicas utilizadas con mayor o menor éxito en las alopecias tanto androgenéticas como cicatriciales. Nos centraremos en concreto en:

- Injerto libre de Vallis.
- Colgajos por transposición: colgajo de Juri y variantes.
- Colgajos verticales de Bouhanna.
- Reducción de la zona alopecica con o sin expansores.
- Implantes de cabellos artificiales.
- Pelucas con técnica del túnel injertado.

13. NOVEDADES EN TRASPLANTE: EL ROBOT QUIRÚRGICO Y OTROS NUEVOS DISPOSITIVOS

E. López Bran

Hospital Clínico San Carlos. Clínica Imema. Madrid. España.

Al igual que otras disciplinas médicas la Dermatología ha visto aumentar su arsenal tecnológico con la llegada del robot quirúrgico, como una ayuda al Dermatólogo para la realización de trasplantes de pelo empleando la técnica FUE (Follicular Unit Extraction). Cada paciente tiene una zona dadora limitada, configurada por: la longitud, anchura, densidad por cm² y características del pelo, siendo de gran importancia extraer unidades foliculares viables con un bajo índice de transección. La tecnología robótica es un procedimiento mínimamente invasivo que permite, combinando una tecnología de imágenes digitales y una monitorización informática de diferentes parámetros: densidad, ángulo, dirección, profundidad de cada unidad folicular, extraer un alto número de unidades foliculares preservando un área dadora de aspecto natural. En nuestra experiencia después de 6 meses de utilización, el robot quirúrgico es una ayuda al Dermatólogo para obtener las unidades foliculares ya que permite:

- Parametrizar todos los parámetros que influyen en la obtención de las unidades con una mayor previsibilidad del número de unidades viables que vamos a lograr.
 - Mantener la homogeneidad de la extracción de las unidades foliculares a lo largo de todo el proceso.
 - Conseguir un índice de transección estable a lo largo de la obtención de las unidades.
 - Preservar la naturalidad de la zona dadora.
 - Minimizar la percepción de agresividad por parte de los pacientes
- Avanzaremos una herramienta informática para generar un 3D de la zona calva y diseñar la zona a repoblar y una nueva aplicación que permitirá, de acuerdo a los parámetros que le introduzca el Dermatólogo, realizar las incisiones en el área a repoblar, respetando en su caso los pelos preexistentes, uniformando la profundidad de las incisiones y respetando la dirección del pelo

14. CASOS CLÍNICOS

E. Villodres Ramos

Instituto Villodres de Tricología S.L. Barcelona. España.

Presentamos 3 casos atípicos, difíciles, controvertidos en nuestro trabajo de restauración de la “normalidad capilar” mediante cirugía de trasplante de cabello.

1. Alopecia fibrosante frontal.
2. Trasplante de cabello en varón de 18 años.
3. Cicatriz en zona donante tanto por extracción de tira como por FUE.

Se comentarán nuestros casos y se abrirá el debate sobre la controversia en estos 3 asuntos.

Comunicaciones orales

1. PESTAÑA LARGA BLANCA AISLADA: UN HALLAZGO TRICOLÓGICO NO DOCUMENTADO EN LA LITERATURA MÉDICA

J.L. Bernabó, C. Baliu, E. Navarra y J. Ferrando

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. España.

Introducción: Presentamos el caso de una niña con un hallazgo tricológico poco común que no está reflejado en la literatura médica, aunque, sin embargo, pueden encontrarse casos similares en Internet.

Caso clínico: Una niña de 9 años de padres marroquíes no consanguíneos presentaba desde hace 2 años una única pestaña larga

blanca en el párpado superior del ojo izquierdo. Esta pestaña podía crecer hasta 5 cm en longitud y tardaba 45 días en volver a crecer en caso de ser traccionada. La paciente presentaba un desarrollo y crecimiento acorde a su edad y el resto del examen físico no demostró otros hallazgos destacables. No presentaba antecedentes personales de importancia y dentro de sus antecedentes familiares destacaba su padre de 35 años completamente cano, así como otros familiares de segundo grado con encanecimiento prematuro. Sus padres la trajeron a la consulta por la afectación en la vida diaria y la repercusión en las relaciones con sus compañeros. Realizamos una búsqueda bibliográfica con diferentes palabras clave y no encontramos casos similares publicados en la literatura médica. Sin embargo, cuando buscamos en Internet encontramos varios sitios donde se presentan casos similares, incluido un forum, un sitio de Facebook, un vídeo en YouTube y una entrada en los record Guinness.

Conclusiones: Internet y las redes sociales están cambiando la forma en que las personas se comunican. El mundo tal cual reflejado por la literatura médica puede ser solo la punta del iceberg de la realidad. Es nuestra obligación ir más allá de nuestras revistas, buscar dentro del mundo real y del virtual en todas sus dimensiones médicas y comunicarlo.

2. ALOPECIA E HIRSUTISMO EN UNA MUJER POSMENOPÁUSICA

L. Berbegal-De Gracia, M.P. Albares-Tendero, F.J. de León-Marrero, I. Marín-Cabanas e I. González

Hospital General Universitario de Alicante. España.

Introducción: La alopecia de patrón femenino es una de las causas más frecuentes de caída de pelo, afectando al 50% de las mujeres a lo largo de su vida. Es recomendable una evaluación general para orientar las posibles causas de caída de pelo y realizar una analítica que incluya hemograma, tirotrópica y ferritina. En mujeres con datos de hiperandrogenismo deben solicitarse además niveles de testosterona libre y/o total y dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS). Presentamos el caso de una mujer posmenopáusica que consultó por alopecia e hirsutismo y que correspondió a un tumor ovárico de Leydig hilar.

Caso clínico: Mujer de 65 años que consultó por alopecia de patrón femenino tipo Hamilton de un año de evolución, asociada a hirsutismo facial. En el estudio hormonal encontramos niveles elevados de testosterona y niveles de DHEA-S normales. Ante la sospecha de tumor ovárico se realizó una ecografía vaginal y una resonancia magnética de pelvis donde no se encontraron alteraciones patológicas. En el TAC abdominal se objetivó un adenoma suprarrenal izquierdo. Ante estas exploraciones, se realizó una adrenalectomía izquierda, tras la cual persistieron elevados los niveles de testosterona, por lo que posteriormente se decidió realizar una anexectomía bilateral. La anatomía patológica demostró un tumor de células de Leydig hilar en el ovario derecho. Transcurridos dos meses de la misma, los niveles de andrógenos se han normalizado y la paciente refiere mejoría del hirsutismo facial y de la alopecia.

Comentarios: La alopecia y el hirsutismo pueden ser la manifestación inicial de una neoplasia, como en nuestro caso. El hiperandrogenismo en la posmenopausia es muy infrecuente y suele deberse a causas tumorales. La severidad del hiperandrogenismo, edad de la paciente, rapidez de instauración del cuadro y síntomas y signos asociados son elementos importantes en el algoritmo diagnóstico a seguir.

3. ALOPECIA LÚPICA CON PATRÓN CLÍNICO DE ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

G. Pérez Cabello^a, N. López Navarro^a, E. Gallego Domínguez^b y E. Herrera Ceballos^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: La alopecia frontal fibrosante es un tipo de alopecia cicatricial, considerada una variante poco frecuente de liquen plano pilar. Afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas. Presentamos el caso de una paciente con patrón clínico de alopecia frontal fibrosante en la que el estudio dermatopatológico reveló hallazgos compatibles con alopecia lúpica.

Caso clínico: Mujer de 57 años que refería desde hacía un año lesiones a modo de pápulas y placas eritematosas, infiltradas, en escote y eritema en región facial en relación con exposición solar. Además presentaba retraso en la línea de implantación del pelo frontotemporal con eritema e hiperqueratosis folicular y alopecia completa de cejas. Se tomó biopsia del escote y del cuero cabelludo. En el escote se apreció una dermatitis de la interfase asociada a depósito de mucina intersticial. El estudio histológico del cuero cabelludo reveló un infiltrado linfocitario alrededor de la zona profunda del folículo y vacuolización de la capa basal. Se evidenció un importante depósito de mucina en la dermis. El carácter mucinoso se confirmó con la positividad para azul-alcian. La analítica con hemograma y estudio de autoinmunidad con anticuerpos antinucleares no mostró alteraciones relevantes. Con estos hallazgos se procedió al diagnóstico de lupus eritematoso cutáneo subagudo, con afectación de cuero cabelludo con patrón de alopecia frontal fibrosante.

Conclusiones: La alopecia frontal fibrosante fue descrita por Kosard en 1994, caracterizada clínicamente por una recesión progresiva de la línea de implantación del pelo frontotemporal con alopecia de cejas. Al igual que el liquen plano pilar, se caracteriza histológicamente por un infiltrado linfocitario que afecta a la zona infundibular e ístmica del folículo. Por el contrario, el lupus eritematoso presenta un infiltrado de predominio peribulbar. La presencia de mucina intersticial es de gran ayuda para establecer el diagnóstico diferencial, ya que en el liquen está ausente. Aunque hay varios casos descritos en la literatura en la que coexisten lesiones de lupus discoide y alopecia frontal fibrosante, este es el segundo caso, que conocemos, en el que se presenta un lupus cutáneo confirmado histológicamente con clínica de alopecia frontal fibrosante.

4. ALOPECIA AREATA TOTAL PARA PELO NEGRO Y RUBIO. FORMAS CLÍNICAS ATÍPICAS CON BUENA RESPUESTA TERAPÉUTICA

C. Vila-Sava, M.J. García-Hernández y F.M. Camacho

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmune poligénica caracterizada por la presencia de áreas alopécicas no inflamatorias y no cicatriciales. Existen diferentes formas de presentación, variantes clínicas consideradas "típicas" y otras menos frecuentes o "atípicas". La alopecia areata total para cabellos negros y rubios (canicie súbita) es una rara forma de presentación que recibe diferentes nombres dependiendo de si aparece en varones (tipo Santo Tomás Moro) o en mujeres (tipo María Antonieta). En su patogenia se postula la existencia de antígenos específicos relacionados con la melanogénesis que podrían iniciar o mantener la enfermedad.

Casos clínicos: Presentamos dos varones de 62 y 57 años que consultaron por presentar en un plazo de 2 semanas caída de su cabello y un "encanecimiento generalizado" del mismo. El examen tricológico puso de manifiesto zonas de alopecia difusa en cuero cabelludo y pérdida de cejas, persistiendo los cabellos canos, constatándose la existencia de un efluvo telogénico para el pelo negro o AA tipo Santo Tomás Moro. Los pacientes respondieron de forma rápida y

favorable al tratamiento con corticoides intralesiones y sistémicos, consiguiendo la repoblación y repigmentación completa del cabello cano.

Comentarios: La AA total para cabello negro y rubio es una forma atípica de AA difusa total en la que los pacientes tienden a retener los cabellos grises o blancos dando la impresión de un encanecimiento más o menos precoz. Es posible comprobar la existencia de pelos negros o grises en la línea de implantación pilosa, cejas y pestañas. A veces es difícil pensar en este cuadro, especialmente en mujeres que se tiñen el pelo. Esta forma infrecuente de AA se caracteriza por su buen pronóstico, con una rápida respuesta al tratamiento.

5. DOCTOR ¿QUÉ HAGO? NO PUEDO PEINAR A MI HIJA

A. Guerra-Tapia^a, C. Gutiérrez García-Rodrigo^b,
V. Gargallo-Moneva^a y M.A. Martínez^b

^aDepartamento de Dermatología; ^bDepartamento de Anatomía Patológica. Microscopia Electrónica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: El síndrome del pelo impenable o *pili trianguli et caniculi* es una rara anomalía del tallo del pelo, descrita por Duprè en 1973. Suele ser esporádico, sin antecedente familiar conocido, aunque se han descrito casos de herencia autosómica recesiva y dominante. Se caracteriza clínicamente por un cabello de color rubio o castaño claro de aspecto seco, alborotado y tieso como un alambre, por lo que peinarlo se convierte en un gran reto. Además suele tener un crecimiento más lento, sin signos de alopecia o fragilidad capilar. La afectación del cuero cabelludo es difusa, respetando el resto del vello corporal. El diagnóstico es clínico y la confirmación microscópica, siendo característico encontrar un canal o hendidura que recorre el pelo de forma longitudinal, de forma que en el corte transversal adquiere una morfología triangular o arriñonada. La mayoría de los casos mejora en la pubertad.

Caso clínico: Presentamos un nuevo caso de esta rara anomalía en una niña de año y medio de edad, cuya madre refería ser incapaz de peinarla desde que esta tenía 2-3 meses de edad. El aspecto de su cabello era muy característico de esta displasia pilosa; se descartaron otras displasias ectodérmicas posiblemente asociadas: anomalías ungueales, dentales, de las glándulas sudoríparas y oftalmológicas. Se realizó un estudio de microscopia óptica sobre un corte semifino en el que se observó en el corte transversal la típica forma triangular que define a esta entidad.

Discusión y conclusiones: En la literatura encontramos diagnósticos hechos en la mayoría de los casos con microscopia electrónica y solo en pocos, con microscopia óptica en inclusión con parafina (Weinstein JM et al, *Pediatr Dermatol.* 2005). Insistimos en el conocimiento de esta entidad para evitar pruebas complementarias innecesarias y aconsejar correctamente a los padres sobre el pronóstico y manejo de esta entidad.

6. TIÑAS TRICOFÍTICAS ENDÓTRIX DEL CUERO CABELLUDO EN LA CORUÑA (2009-2014)

E. Fonseca Capdevila, R.M. Fernández Torres
y M.P. Arévalo Bermúdez

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña. España.

Introducción: Las tiñas del cuero cabelludo debidas a hongos del género *Trichophyton* antropófilos y que realizan una parasitación endótrix del tallo del pelo son un marcador de situaciones sociosanitarias malas. En el Área Sanitaria de La Coruña, tras un prolongado periodo (1995-2008) en que las tiñas del cuero cabelludo en niños eran muy raras y debidas a hongos zoófilos, hemos detectado

varios casos de tiñas tricofíticas por hongos antropófilos con parasitación endótrix, relacionadas con fenómenos de inmigración.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de los casos de tiñas tricofíticas de cuero cabelludo por hongos antropófilos endótrix detectadas por los autores en el Área Sanitaria de La Coruña entre mayo de 2009 y mayo de 2014.

Resultados: Se recogieron 12 casos, todos en niños de 1 a 12 años (media $5 \pm 3,7$). Cinco habían nacido en Etiopía, 2 en Guinea Ecuatorial, 1 en República Dominicana, 1 en Burundi y 3 en España. De los nacidos en España, 2 eran de padres senegaleses y uno de ellos había viajado a Senegal; el otro era hijo de padres españoles y no había viajado nunca fuera de España. En 6 casos los padres eran inmigrantes y 5 niños habían sido adoptados por españoles. Los agentes etiológicos fueron *T. soudanense* (8 casos), *T. violaceum* (2 casos), *T. tonsurans* (1 caso) y *T. rubrum* (1 caso). La clínica se caracterizó por descamación, generalmente de aspecto seborreico y en ocasiones con puntos negros (8 casos), costras (5 casos) y foliculitis (4 casos). Solo se apreció alopecia en los dos niños mayores (9 y 12 años). La respuesta a griseofulvina 10-20 mg/kg/día, utilizada en la mayoría de los casos, fue buena.

Conclusiones: Las tiñas de cuero cabelludo por hongos antropófilos del género *Trichophyton*, con parasitación endótrix, han reaparecido en nuestro medio como consecuencia de la inmigración por motivos económicos y la adopción internacional. *T. soudanense* es la especie más prevalente y hemos confirmado su contagio a niños nacidos en España y que no han viajado al extranjero. La escasa sintomatología puede hacer que muchos casos pasen desapercibidos.

7. ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE EN EL VARÓN: PRESENTACIÓN DE 9 CASOS

N. Ormaechea-Pérez, A. Tuneu-Valls, A. López-Pestaña,
A. Jaka-Moreno y E. del Alcázar-Viladomiu

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una alopecia cicatricial que se caracteriza por el retroceso de la línea de implantación del pelo, junto con alopecia de cejas, pápulas faciales y grado variable de alopecia en extremidades, pubis y axilas. Habitualmente afecta a mujeres en edad posmenopáusica, siendo excepcional su aparición en varones. Presentamos los casos de hombres diagnosticados de AFF desde enero de 2010 hasta junio de 2014 en el Hospital Universitario Donostia.

Casos clínicos: Hemos recogido un total de 9 casos. El diagnóstico clínico fue confirmado histológicamente únicamente en los casos dudosos (n = 4). La edad media fue de 77 años. La alopecia fue el motivo de consulta en 2 pacientes, otros 2 consultaron por prurito y en el resto la AFF fue un hallazgo casual. El retroceso medio de la línea de implantación del pelo fue de 2,5 cm. El 88% (n = 8) de los pacientes presentaban alopecia de cejas, el 100% alopecia en extremidades y el 88% (n = 8) alopecia androgenética (AGA) asociada. El eritema y la hiperqueratosis folicular eran evidentes en el 44% (n = 4) y 55% (n = 5), respectivamente, y solo el 22% (n = 2) referían prurito.

Conclusiones: La AFF en varones es más frecuente de lo que parece. Cuando afecta al sexo masculino suele pasar desapercibida por dos razones: 1) La AGA habitualmente presente en los hombres determina un retroceso de la línea de implantación del pelo a nivel fronto-temporal, siendo muy sutil el retroceso que se produce debido a la AFF, y 2) La ausencia de prurito así y la baja frecuencia de eritema e hiperqueratosis perifolicular hacen que los cambios en la línea de implantación del pelo no sean evidentes. Por estos motivos, es importante llevar a cabo una exploración minuciosa para llegar al diagnóstico de la AFF en los hombres.

8. ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE EN DOS HERMANOS

C. Garrido Colmenero^a, G. Blasco Morente^a, A. Martín Castro^b, J. Tercedor Sánchez^a y E. García Lora^a

^aUGD Dermatología; ^bUGC Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: La alopecia frontal fibrosante (AFF) fue descrita por Kossard en 1994. Se trata de una alopecia cicatricial que se caracteriza clínicamente por la recesión progresiva y simétrica de la línea de implantación pilosa frontotemporal; suele acompañarse de alopecia parcial o total de cejas en la mayoría de los casos y disminución del vello corporal en un número variable de pacientes. Presentamos dos hermanos con AFF.

Casos clínicos: El primer paciente se trata de un hombre de 41 años de edad que consultó por alopecia de cejas y posterior retroceso de línea de implantación frontal, pápulas faciales, pérdida de barba y vello en piernas y antebrazos, conservando axilas e ingles, de 4 años de evolución. En la exploración dermatoscópica en la región frontal presentó eritema folicular e hiperqueratosis perifolicular. La biopsia cutánea fue compatible con liquen plano pilar (LPP). Se inició tratamiento con minoxidil al 5%, propionato de clobetasol 0,05% y ácido salicílico 5%. Al año de seguimiento el paciente no presenta signos de actividad. El segundo caso se trata de un hombre de 46 años, hermano del primer paciente, que consultó por retroceso de la línea de implantación frontotemporal y placa de alopecia cicatricial en región de vértex, acompañado de prurito intenso. Además presentó pápulas faciales, pérdida de cejas y barba, así como vello de piernas y antebrazos. En la exploración dermatoscópica a nivel frontotemporal se observó eritema folicular e hiperqueratosis perifolicular y en vértex hiperqueratosis perifolicular y aspecto blanco marfileño de base. Se realizó biopsia cutánea de región frontal y vértex, ambas compatibles con LPP. Se inició tratamiento con minoxidil 5%, propionato de clobetasol 0,05% e hidroxycloquinolona 200 mg/día. A los 9 meses de seguimiento el paciente presenta ligeros signos de actividad a nivel frontotemporal con eritema folicular y repoblación a nivel de cejas, con disminución de prurito.

Discusión: La AFF se considera una variedad de LPP que afecta selectivamente la línea de implantación frontotemporal, aunque se han descrito casos con afectación occipital. En esta alopecia no se ha demostrado un componente genético, sin embargo se han descrito casos de AFF familiar. En un estudio reciente de 355 pacientes con AFF, solo el 8% presentaban historia familiar y solo un 3% eran varones.

Conclusiones: Presentamos estos 2 casos de AFF en hermanos varones, lo cual es muy infrecuente ya que la mayoría de los casos familiares descritos hasta ahora han sido mujeres.

9. PIOGLITAZONAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE (AFF). SEGUIMIENTO DE 22 CASOS

A. Márquez García^a y F. Camacho Martínez^{a,b}

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^bDepartamento de Dermatología. Universidad de Sevilla. España.

Introducción: La AFF es una alopecia cicatricial de difícil manejo terapéutico. Se han propuesto múltiples tratamientos tanto tópicos como sistémicos sin llegar a conseguir ninguno una constante y buena tasa de respuesta terapéutica. Las pioglitazonas se han introducido recientemente en la terapéutica de la AFF al considerarla una forma de liquen plano pilar en el que se han obtenido buenos resultados.

Objetivos: Evaluar todas las pacientes diagnosticadas de AFF en nuestra Unidad de Tricología tratadas con pioglitazonas (Actos 15 mg) y valorar el grado de respuesta al nuevo tratamiento, así como la tolerancia.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo (prospectivo) de un total de 22 pacientes diagnosticados de AFF en nuestra Unidad de Tricología desde junio de 2012 hasta junio de 2014. En todas se realizó una historia clínica digital, medidas de la alopecia, iconografía macro y dermatoscópica, triocograma y base de datos en hoja de cálculos Excel. En todas se realizó tratamiento esteroideo local con inyección de acetónido de triamcinolona 10 mg al 0,125% en suero fisiológico repartidos entre cejas y línea de implantación, cada 3 meses. Además de pioglitazonas todas recibieron 2,5 mg de finasterida. El grado de respuesta se clasificó en: estable, buena respuesta +, ++, +++, no respuesta, empeoramiento, recidiva tras la suspensión. Fueron excluidas 9 pacientes que no acudieron a revisión y otras 2 que no tomaron la medicación por consejo de su médico de cabecera.

Resultados: De las 22 pacientes tratadas con Actos: 4 se mantuvieron estables, 1 tuvo buena respuesta +, 9 buena respuesta ++ (1 caso con dosis doble), 5 buena respuesta +++, 2 empeoraron tras suspender actos, 1 tuvo 2 rebrotes durante el tratamiento y no hubo ninguno sin respuesta o empeoramiento. La tolerancia fue buena en todas nuestras pacientes, a excepción de algún mareo ocasional en una de ellas.

Discusión: Los agonistas del receptor γ activador de la proliferación del peroxisoma (PPAR- γ) se propusieron como una nueva estrategia de tratamiento en alopecias cicatriciales, dado que una disfunción de este factor provoca una disminución de la biogénesis del peroxisoma y la homeostasis lipídica, con efecto lipotóxico en la unidad pilosebácea. Además ayudan a mantener las células madre del folículo piloso.

Conclusiones: Las pioglitazonas son una nueva herramienta terapéutica en la AFF, que consigue una muy aceptable tasa de respuesta en más del 50% de casos, con una excelente tolerancia. Sin embargo, son necesarios más estudios para poder extrapolar los resultados.

10. ÁCIDO HIALURÓNICO MICRONIZADO (AHM) COMO TERAPÉUTICA ADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO CORTICOIDEO DE LA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE (AFF)

A. Márquez García^a, M. Perea Cejudo^a y F.M. Camacho Martínez^{a,b}

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^bDepartamento de Dermatología. Universidad de Sevilla. España.

Introducción: Recientemente se ha propuesto el uso de AHM en el tratamiento de las atrofiaciones esteroideas y su prevención.

Objetivos: Comprobar la forma de actuación del AHM tópico para evitar la formación de atrofiaciones y evaluar la respuesta en aquellos otros casos que previamente a la introducción del hialurónico se habían tratado con esteroides y causado atrofia.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo (55 pacientes) y retrospectivo (10 pacientes) de pacientes tratados con una inyección de acetónido de triamcinolona (AC) 10 mg al 0,125% en cejas y línea de implantación, cada 3 meses, aplicación nocturna de propionato de clobetasol tópico (PC) al 0,0125% y AHM a la media hora de este, además, varias veces al día. En los 10 pacientes que habían presentado atrofia previa al AHM se eliminó la aplicación nocturna del PC en esas áreas, y si se había infiltrado AC al 0,25% se redujo al 0,125% solo en zonas no atróficas y se indicó aplicación de AHM 5 veces al día.

Resultados: En los 55 casos que desde el inicio se aplicó AC al 0,125% cada 3 meses, PC al 0,0125% por la noche y AHM varias veces al día no hubo atrofiaciones, salvo en un caso en que se había aplicado PC varias veces al día. En los 10 que se había producido atrofia hubo, en todos ellos, una restitución a la normalidad. En 3 de ellos a los 3 meses y en 7 a los 6 meses.

Discusión: El retinaldehído y el AHM aumentan los niveles de HA en la piel al estimular los hialurosomas de pacientes dermatopóroticos

y corrigen la atrofia cutánea mostrando un efecto sinérgico a nivel clínico y molecular. Basándonos en esta hipótesis utilizamos PC varias veces al día con resultados aceptables, AHM al 1% junto con retinaldehído 0,01% en base emoliente en las zonas alopecicas infiltradas con AC y manteniendo su efecto con PC.

Conclusiones: Con estos resultados podemos recomendar la utilización de AHM tras la infiltración de AC y mantenimiento con PC, así como en los casos con atrofia ya instaurada.

11. HIPOTRICOSIS CONGÉNITA SIMPLE NO HEREDITARIA

J. Ferrando^a, F.K. Sevilla^a, A. Brugués^a y M.A. González Enseñat^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico. Universidad de Barcelona. ^bServicio de Dermatología. Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona. España.

Introducción: El capítulo de las atriquias e hipotricosis congénitas es complejo en cuanto alberga múltiples entidades y síndromes hereditarios. Básicamente comprende alopecias cicatriciales y no cicatriciales en las que se encuentran sobre todo múltiples cuadros de displasias ectodérmicas en los que se asocian, también, diversos trastornos ectodérmicos y mesodérmicos (uña, dientes, huesos,...). Desde hace varios años venimos observando niñas cuyos padres consultan porque tienen o tuvieron "poco pelo" al nacer y sin embargo no presentaban asociación clínica alguna. Hemos seleccionado y seguido durante varios años a seis de estos casos.

Casos clínicos: Se trata de 5 niñas entre 3 y 9 años y un niño de 2 años cuyos padres apreciaron ya desde el nacimiento o dentro del 1º año un cabello muy fino y escaso. Antecedentes familiares y personales sin interés, excepto prematuridad y bajo peso al nacer en un caso. Exploraciones: analítica general normal, tricograma normal (ausencia de displasias pilosas), ausencia de signos clínicos de displasia ectodérmica. Tratamiento con minoxidil tópico 1-2%. Evolución favorable en pocos meses recuperando grosor y densidad del pelo en pocos años.

Conclusiones: No hemos hallado casos semejantes en la literatura, y descartado cualquier tipo de displasia ectodérmica y especialmente el síndrome de anágeno suelto, y teniendo en cuenta la falta de casos semejantes en la familia, podríamos denominar a esta entidad hipotricosis congénita simple no hereditaria (HCSNoH) a diferencia de las formas hereditarias como las Marie Unna, Toribio y Quiñones, y otras. En resumen, la HCSNoH se caracterizaría por afectar mayormente a niñas, no presentar asociaciones clinicopatológicas y ser recuperable con minoxidil tópico; probablemente corresponda a un retraso en la maduración de los folículos pilosebáceos del cuero cabelludo.

12. NEVUS DEL PELO LANOSO ASOCIADO AL SÍNDROME OROFACIODIGITAL TIPO 1

I. González-Villanueva, L. Berbegal-De Gracia, I. Betlloch-Mas y P. Hispán-Ocete

Hospital General Universitario de Alicante. España.

Introducción: El nevus del pelo lanoso es una anomalía no hereditaria caracterizada por la presencia de una o más regiones del cuero cabelludo con pelo crespo, difícil de peinar y color más claro que el cabello normal. En más de la mitad de los casos se acompaña de la presencia de un nevus epidérmico. Se ha descrito también su asociación con anomalías oculares, dentarias y del desarrollo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 3 años diagnosticada previamente de síndrome orofaciodigital tipo 1 que consultó por una alopecia de varios meses de evolución. A la exploración física se observó la presencia, junto a las anomalías fenotípicas propias de este síndrome, de un área en el cuero cabelludo localizada en línea media y vértex con disminución de la densidad pilar y cabellos finos, cortos, claros y encrespados. Los folículos pilosos

asentaban sobre piel sutilmente hiperpigmentada. En el tricograma se objetivó la existencia de cabellos delgados, finos, claros y aplanados formando ovillos, así como algún pelo con morfología "pili torti" y "pili annulati". Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de nevus del pelo lanoso en el contexto de un síndrome orofaciodigital tipo 1.

Comentario: El síndrome orofaciodigital tipo 1 es una entidad de baja incidencia que en el 75% de los casos aparece de forma esporádica. Se caracteriza por la presencia de malformaciones orofaciales y digitales junto con otras alteraciones orgánicas. También se han descrito anomalías cutáneas y tricológicas inespecíficas tales como alopecia difusa, quistes de milium en cuero cabelludo o pelos fragmentados. Consideramos de interés la divulgación de este caso dada la escasa prevalencia de ambas entidades. Además, en la revisión de la literatura que hemos realizado no hemos encontrado comunicaciones que describan esta asociación.

13. RECONSTRUCCIÓN DE CICATRICES EN CUERO CABELLUDO MEDIANTE TRASPLANTE DE UNIDADES FOLICULARES

A.J. Alcaide Martín^{a,b}, T. Meyer González^{a,b} y C. Bisanga^{b,c}

^aHospital Quirón Málaga. España. ^bBHR Clinic. Málaga. España.

^cBHR Clinic. Bruselas. Bélgica.

El trasplante capilar es una técnica en continuo desarrollo. Inicialmente, solamente tenía como finalidad el tratamiento de alopecias androgenéticas. Sin embargo, numerosas y novedosas aplicaciones han surgido más allá de esta indicación, una de ellas es el tratamiento y reconstrucción de cicatrices visibles en cuero cabelludo. Presentamos una serie de 5 casos de pacientes con alopecias cicatriciales secundarias a motivos diversos como quemaduras, cirugías o traumatismos, donde el trasplante capilar se presentó como la opción terapéutica menos agresiva y con mejores resultados estéticos. El trasplante de unidades foliculares se realizó mediante la técnica Follicular Unit Extraction (FUE) y la técnica de la Tira (FUT), siendo la zona donante el área occipital, mastoidea y temporales. Las zonas receptoras fueron áreas de alopecia cicatricial secundaria, localizadas en zonas diversas del cuero cabelludo. Tras un seguimiento mínimo de 9-12 meses, los resultados fueron excelentes en todos los casos, con grado de satisfacción muy elevado de los pacientes. No hubo complicaciones en ninguno de los casos. El trasplante de unidades foliculares en cicatrices es mucho más difícil que en tejido normal debido a que el tejido cicatricial presenta una menor irrigación vascular así como una mayor rigidez. Por ello hay que tener en cuenta una serie de consideraciones como, por ejemplo, poner una densidad de unidades foliculares por centímetro cuadrado menor que en un área de piel normal. Según nuestra experiencia, el trasplante de unidades foliculares es una técnica válida y efectiva para el tratamiento y reconstrucción de cicatrices en cuero cabelludo, con excelentes resultados estéticos, que no se pueden obtener con otros métodos, y escasas complicaciones.

14. CLAVES PARA UN TRASPLANTE CAPILAR CON ÉXITO

T. Meyer González^{a,b}, A.J. Alcaide Martín^{a,b} y C. Bisanga^{b,c}

^aHospital Quirón Málaga. España. ^bBHR Clinic. Málaga. España.

^cBHR Clinic. Bruselas. Bélgica.

La cirugía de trasplante capilar es una técnica en continuo desarrollo. En estos últimos 15 años se ha conseguido por fin acabar con la idea de que el trasplante de pelo es una técnica agresiva que produce un resultado artificial gracias al empleo de unidades foliculares (UFs), convirtiéndola en una técnica poco invasiva con resultados naturales e indetectables. Estos mejores resultados han provocado un aumento de la demanda por parte de la población, haciendo a su vez que sean muchos los Centros Médicos y Hospitales

que ofrecen dicha cirugía, obteniendo sin embargo en ocasiones, resultados pobres o poco satisfactorios para el paciente. Aunque es una cirugía menor y que a priori puede parecer sencilla, son muchas las variables que hay que tener en cuenta antes de intervenir a un paciente. Existen una serie de claves imprescindibles en la cirugía de trasplante capilar que si las aplicamos a cada paciente nos permitirá obtener muy buenos resultados y un alto nivel de satisfacción por parte de los pacientes. Presentamos una serie de claves médicas y quirúrgicas imprescindibles para garantizar una cirugía de trasplante capilar con éxito, ofreciéndole así un resultado natural y permanente al paciente.

15. RECONSTRUCCIÓN DE LAS PESTAÑAS DEL BORDE PALPEBRAL A PARTIR DE INJERTO-TIRA DE LA CEJA CONTRALATERAL

F. Alarcón Soldevilla^a, M. Gessa Sorroche^b, R. Ángeles Figueroa^b y F. Camacho Martínez^a

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología; ^bUnidad de Gestión Clínica de Oftalmología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Reconstruir los bordes palpebrales es un reto debido a las características específicas de las pestañas que los conforman, como su dirección paralela, su limitada longitud, la corta distancia entre ellas y sobre todo su velocidad de crecimiento, que es más lenta que la de los pelos de otras localizaciones. Hasta el momento se han propuesto varias técnicas, no existiendo un procedimiento estándar.

Caso clínico: La técnica que proponemos para la reconstrucción de los bordes palpebrales es el injerto-tira obtenido de la ceja contralateral ya que esta presenta propiedades similares a los pelos de las pestañas y el párpado ofrece un rico suministro sanguíneo que asegura la supervivencia del injerto. Utilizamos la técnica en un paciente varón de 41 años sin antecedentes clínicos relevantes con madarosis parcial de párpado superior producto de un accidente de tráfico. Los resultados obtenidos demostraron que se trata de una técnica segura con un aceptable resultado estético y funcional.

Conclusiones: El injerto-tira de pestañas obtenido de ceja contralateral es una buena opción para reconstruir el borde palpebral, ya que es una técnica simple y segura que proporciona un aceptable resultado estético aprovechando la similitud estructural y funcional entre los pelos de ambas localizaciones.

Bibliografía

- Kasai K. Eyelash reconstruction with strip composite eyebrow graft. *Ann Plast Surg.* 2008;60:649-51.
Pochat VD, Costa TV, Castro MP, dos Anjos Neto JC, Alonso N, Meneses JV. Eyebrow composite graft for eyelash reconstruction: A case report and review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64:1232-4.

16. LIQUEN PLANO FOLICULAR Y SU VARIANTE: SÍNDROME DE PICARDI-LASSEUR-GRAHAM LITTLE

F.M. Ildelfonso Mendonça^a, F. Alarcón Soldevilla^a y F.M. Camacho^b

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^bDepartamento de Dermatología. Universidad de Sevilla. España.

Introducción: El liquen plano folicular es una alopecia cicatricial linfocitaria primaria con tres formas: liquen plano folicular clásico (LPF), síndrome de Picardi-Lasseur-Graham Little y alopecia frontal fibrosante (AFF). La forma clásica afecta sobre todo a mujeres de mediana edad y su asociación a elementos liquenianos mucosos o cutáneos es rara. Clínicamente se caracteriza por hiperqueratosis folicular y eritema de color violeta en la periferia de las placas que generalmente se localizan en la región interparietal y tienden a

confluir entre sí alcanzando una depilación frontoparietal que respeta la línea de implantación. La AFF, descrita por Kossard en 1994, se considera una variante topográfica del liquen plano folicular que se caracteriza por un retroceso progresivo de la línea de implantación frontoparietal con eritema e hiperqueratosis perifolicular, muchas veces precedida por una alopecia cicatricial de cejas. Previamente a la descripción de la AFF conocíamos una variante de LPF llamada síndrome de Picardi-Lasseur-Graham Little, descrito en 1913, que asocia alopecia cicatricial del cuero cabelludo, alopecia no cicatricial axilar y pubiana y pápulas foliculares en tronco y extremidades.

Casos clínicos: Caso representativo de síndrome de Picardi-Lasseur-Graham Little diagnosticado antes de la descripción de AFF en una mujer de 66 años y un caso de diagnóstico reciente en otra mujer de 62 años.

Conclusiones: Desde que comenzó la eclosión de AFF no habíamos constatado casos de síndrome de Picardi-Lasseur-Graham Little. A diferencia de la AFF, el retroceso frontal no presenta cabellos solitarios (*lonely hairs*) pero sí lo hace de forma difusa con cabellos desgastados en la frente.

Pósteres

1. TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: RECURSOS ESTÉTICOS

A. Guerra-Tapia y E. González-Guerra

Dermatólogos Guerra, S.L. Madrid. España.

Introducción: La alopecia frontal fibrosante (AFF) es un proceso para el que en la actualidad no existe un tratamiento eficaz (glucocorticoides, hidroxiclороquina, finasterida, tacrolimus, antibióticos y otros inmunomoduladores)¹. Su evolución progresiva e irreversible provoca un intenso impacto emocional en los pacientes, en su mayoría mujeres, como evidencian las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios “Illness Perception Questionnaire” (IPQ-R), “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) y “Dermatology Life Quality Index” (DLQI)². Los recursos estéticos (peluca, sistema de integración capilar [SIC]) pueden suponer un importante coadyuvante en estos casos. Los SIC pueden aportar importantes ventajas frente a la clásica peluca.

Material y métodos: 27 mujeres provenientes de las clínicas IMD (Instituto Médico Estético) diagnosticadas de AFF utilizaron como coadyuvante de su tratamiento un SIC. Al final del proceso rellenaron una encuesta de satisfacción general, que contenía además una pregunta abierta para opinar sobre ventajas e inconvenientes del SIC.

Resultados y discusión: Todas las pacientes mostraron un alto grado de satisfacción (8,7 sobre 10), encontrando las siguientes ventajas: permanencia, seguridad, ligereza, compatibilidad con el tratamiento médico, mejora de la imagen corporal, autoestima y calidad de vida al permitir una vida social y afectiva completa (gimnasio, piscina, relaciones sexuales, trabajo, etc.).

Conclusiones: El SIC es una prótesis parcial semipermanente que representa un recurso coadyuvante al tratamiento médico de alta eficacia estética y emocional, superior a la prótesis completa o peluca. Los tricólogos deben considerar esta opción para mejorar anímicamente a sus pacientes.

Bibliografía

- Vano-Galvan S, et al. Frontal fibrosing alopecia: a multicenter review of 355 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2014.
- Chiang Z, et al. The role of beliefs: Lessons from a pilot study on illness perception, psychological distress, and quality of life in patients with primary cicatricial alopecia. *Br J Dermatol.* 2014.

2. PILI MULTIGEMINI “NEVOIDE” SOBRE LA ESPALDA

C. Ciudad-Blanco^{a,b}, J.A. Jiménez-Heffernan^b y P. Lázaro-Ochaita^b

^aHospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

^bHospital La Zarzuela. Madrid. España.

Introducción: El *pili multigemini* es un trastorno de los folículos pilosos en el que varios pelos terminales emergen de un mismo folículo. Se ha descrito en la barba de varones adultos, pero su hallazgo de forma confluyente en otras localizaciones es muy infrecuente.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 35 años que consultaba por prurito en la espalda, que notaba desde la adolescencia. La exploración física mostraba una placa de límites muy bien definidos con pelos cortos e irregulares, que ocupaba toda la espalda. El paciente refería que dichos pelos nunca habían crecido. La dermatocopia mostraba varios pelos terminales cortos con diferentes longitudes emergiendo del mismo folículo. El examen histológico reveló la presencia de varios tallos pilosos en el interior de un mismo folículo. El resto del pelo terminal del paciente presentaba una distribución y longitud normales.

Discusión: El *pili multigemini* es una displasia pilosa en la que varios pelos emergen de un mismo folículo. En el interior del bulbo existe una papila dérmica separada para cada pelo. Esta correspondencia tan exacta entre las subdivisiones de la papila y el número de pelos formados en un folículo sugiere que cada lóbulo de la papila dérmica puede inducir la formación de un pelo aislado a partir de una matriz común. Este trastorno se observa con relativa frecuencia en los folículos de la barba. Sin embargo, la presencia de placas confluyentes con *pili multigemini* en otras localizaciones es infrecuente. En la literatura se han descrito 3 casos similares al presente caso con placas en la espalda y se ha propuesto el nombre de *pili multigemini nevoide*?

Conclusiones: Se describe un trastorno piloso infrecuente por la distribución y localización. Es probable que exista una displasia pilosa que afecte a todos los folículos en la misma región anatómica. La tricoscopia es útil para observar la salida de los diferentes pelos terminales por un canal pilosebáceo común.

3. ALOPECIA EN LAS LESIONES CUTÁNEAS DEL SÍNDROME MALFORMACIONES CAPILARES-MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS ASOCIADO A MUTACIONES EN RASA1

M.M. Escudero, A. Martín-Santiago, N. Knöpfel, J. del Pozo, J. Escalas, B. Bartolomé, V. Janer, M. Pascual y J. Hervás

Servicios de Dermatología y Pediatría. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. Servicio de Dermatología. Hospital Comarcal de Inca. Palma de Mallorca. Servicio de Dermatología. Hospital Manacor. Palma de Mallorca. España.

Introducción: El síndrome de malformaciones capilares-malformaciones arteriovenosas (MC-MAV) es una enfermedad autosómica dominante causada por mutaciones del gen RASA1. La enfermedad asocia MC multifocales y un alto riesgo de malformaciones arteriovenosas. La enfermedad fue descrita en 2003. Recientemente se han identificado dos nuevos hallazgos clínicos: numerosos halos pálidos con un punto rojo central y nevus anémico.

Objetivos: Identificar la prevalencia de estas dos manifestaciones nuevas en nuestros pacientes con síndrome MC-MAV. El objetivo secundario fue investigar la presencia de otras lesiones cutáneas.

Métodos: Revisamos retrospectivamente la base de datos de nuestro Servicio. Se seleccionaron los pacientes diagnosticados de síndrome MC-MAV y prospectivamente se realizó una exploración cutánea y dermatoscópica en todos ellos.

Resultados: Se identificaron 7 pacientes. Cuatro casos en dos familias, una de ellas con antecedentes de muerte fetal intraútero por aneurisma de la vena galena (MAV). Todos los pacientes presentaban múltiples (4-28) malformaciones capilares características del síndro-

me MC-MAV. Un caso asociaba una MAV en el dorso nasal. Cinco pacientes presentaban numerosos puntos rojizos rodeados de un halo anémico en las extremidades superiores. Además, en los dos pacientes adultos se evidenciaron múltiples telangiectasias en cuello y tronco. No identificamos ningún nevus anémico. El examen clínico y dermatoscópico de todas las malformaciones capilares evidenció una reducción total o parcial de pelo, más evidente en zona de la barba. **Conclusiones:** Nuestro estudio confirma que la presencia de telangiectasias puntiformes rodeadas de un halo anémico es un hallazgo frecuente en el síndrome MC-MAV. La hipotricosis presente en la superficie de las malformaciones capilares de este síndrome podría ser de ayuda en el diagnóstico diferencial con otras malformaciones capilares, como la mancha en vino de Oporto. Además, estos hallazgos sugieren que las mutaciones en el gen RASA1 están implicadas en el ciclo y proliferación folicular. Esto podría ser de interés en la investigación de nuevas terapias para los trastornos del pelo, como la alopecia o la hipertriosis.

4. CARACTERÍSTICAS DERMATOSCÓPICAS Y ECOGRÁFICAS DE LOS NÓDULOS ALOPÉCICOS Y ASÉPTICOS DEL CUERO CABELLUDO

C. Garrido Colmenero^a, E. García Lora^a, S. Arias Santiago^a y J. Aneiros Fernández^b

^aUGC Dermatología; ^bUGC Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: Los nódulos alopécicos y asépticos del cuero cabelludo (NAACC), también llamados pseudoquistes del cuero cabelludo (CC), son una entidad desconocida e infradiagnosticada. Las características dermatoscópicas y ecográficas de los NAACC no se han descrito anteriormente.

Casos clínicos: Caso 1: hombre de 20 años que consultó por una masa fluctuante localizada en el CC de 5 meses de evolución. En la exploración se observó un tumor cupuliforme fluctuante de superficie alopécica localizado en la región retroauricular izquierda. La tricoscopia mostró cabellos rotos, puntos negros y amarillos y cabellos vellosos. El examen ecográfico reveló un nódulo hipoeoico bien definido. La lesión fue tratada con punción-aspiración siendo el material de punción estéril. El examen histológico mostró una arquitectura similar a un pseudoquiste, sin evidencia de una verdadera pared quística y con un infiltrado inflamatorio mixto en dermis inferior. Se completó el tratamiento con la administración de doxiciclina (100 mg/día) durante tres meses. Seis meses después del tratamiento, la lesión se había resuelto. Caso 2: hombre de 27 años que consultó por varios nódulos fluctuantes asintomáticos en CC de años de evolución. En la exploración se observó un tumor cupuliforme, de superficie alopécica ubicado en parietal derecho. La tricoscopia y el examen ecográfico revelaron los mismos hallazgos que en el caso anterior. Se diagnosticó de NAACC y se instauró tratamiento con doxiciclina 100 mg/día durante 3 meses sin recurrencias.

Discusión: Los pseudoquistes del CC fueron descritos por primera vez en 1992. Los signos dermatoscópicos son similares a los de la alopecia areata, pero también se han descrito en las primeras etapas de la celulitis disecante del cuero cabelludo. Las características ecográficas pueden ser útiles para diferenciar el pseudoquiste del cuero cabelludo de la celulitis disecante y el quiste triquilemal.

Conclusiones: Hasta donde sabemos, este es el primer informe que muestra las características dermatoscópicas y ecográficas de los NAACC.

5. ALOPECIA RECTANGULAR TRANSITORIA TRAS EMBOLIZACIÓN ENDOVASCULAR: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

C. Bernárdez^a, I. Alcaraz^a, A. Molina-Ruiz^a, M. Rodríguez-Pinilla^b y L. Requena^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma. Madrid. España.

La embolización endovascular (EE) es el tratamiento de primera elección para aneurismas y malformaciones vasculares intracraneales. La posibilidad de inducir una alopecia transitoria secundaria tras EE es bien conocida por los neurorradiólogos intervencionistas, pero ha sido escasamente descrita en la literatura dermatológica. Presentamos dos casos de alopecia rectangular transitoria tras EE. El primer caso es el de una mujer de 32 años, sometida a EE como tratamiento de una malformación arteriovenosa intracraneal. Un mes después del procedimiento consultó por caída abrupta del cabello. En la exploración presentaba una placa alopécica rectangular de bordes netos y pilotracción intensamente positiva localizada en región occipital izquierda. Se realizó una biopsia que demostró fibrosis dérmica y folicular, sin afectación del epitelio folicular. El segundo caso es el de una mujer de 67 años, sometida a EE como tratamiento de un aneurisma cerebral. Consultó un mes después por presentar una pérdida total del cabello de la región occipitoparietal izquierda. Presentaba una placa alopécica rectangular con pilotracción negativa en los bordes y persistencia de los orificios de apertura de los folículos. En ambos casos la placa de alopecia repobló por completo de forma progresiva en los meses posteriores. La fluoroscopia, una técnica que aprovecha las propiedades fluorescentes de los rayos X para obtener imágenes en tiempo real, constituye una parte importante de la técnica de EE. La toma de imágenes de forma prolongada puede ocasionar efectos adversos inducidos por la radiación. La alopecia transitoria tras EE suele desarrollarse unas semanas tras la intervención como una placa de morfología artefacta en la zona de cuero cabelludo que recibió la mayor dosis de radiación. La causa es una finalización abrupta del ciclo folicular, que se reinicia tras finalizar el estímulo nocivo, de ahí que estas lesiones repueblen por completo tras el procedimiento. Es importante como dermatólogos conocer esta entidad para tranquilizar a nuestros pacientes acerca de su buena evolución.

6. PLACA DE ALOPECIA CONGÉNITA EN UN LACTANTE DE 6 MESES

H. Larrain Páez, F. Tous Romero, R. Rivera Díaz y A. Guerra Tapia
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: Las alopecias congénitas incluyen un gran número de entidades de menudo difíciles de diagnosticar correctamente, pero de extraordinario interés, ya que pueden estar asociadas a síndromes con afectación sistémica o ser una situación aislada que tiene solo importancia estética. En algunos casos la alopecia no es evidente al nacimiento, aumentando la confusión diagnóstica.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 6 meses de vida que desde su nacimiento presenta una placa de alopecia en cuero cabelludo. El niño, nacido de parto normal, carece de antecedentes familiares o personales de interés. En la exploración física se observa una placa de alopecia en la línea media interparietal, que se extiende hasta el vértex, donde se ensancha, siendo su diámetro mayor unos 6 cm. La piel de la lesión y sus bordes no presentan lesiones salvo un quiste de milio aislado en el centro. En la placa se aprecian múltiples vellos de color blanquecino muy finos y algunos cabellos aislados. El estudio dermatoscópico objetiva múltiples puntos amarillo-blanquecinos, presencia de vellos y algún cabello aislado, siendo los límites de la lesión algo difusos.

Conclusiones: Existen varias maneras de clasificar las alopecias congénitas y la forma más común es dividir las en cicatriciales y no cicatriciales. Dentro de este segundo grupo se encuentran las atriquias, en donde hay aplasia de los folículos (total o parcial), y las hipotricosis, que son la disminución o pérdida difusa de folículos (precoz o tardía). Una forma de atriquia es la alopecia triangular congénita, que habitualmente se localiza en la región temporal,

aunque se han descrito otras localizaciones. Consideramos que nuestro caso corresponde a una alopecia congénita no cicatricial, de difícil clasificación nosológica. Apuntamos la posibilidad de que se trate de una alopecia triangular congénita, de localización extratemporal, de las que se han descrito pocos casos.

7. FOLICULITIS DECALVANS Y PARONQUIA CRÓNICA INDUCIDAS POR ERLOTINIB

I. Andrés-Ramos, C. Román-Curto, A. Romo-Melgar, A. Santos-Briz y E. Fernández-López

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología; Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Salamanca. España.

Introducción: El erlotinib es un fármaco inhibidor del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) utilizado en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico. El EGFR es un receptor celular en piel y anejos, lo que explica las frecuentes reacciones cutáneas (erupción acneiforme, xerosis, paroniquia).

Caso clínico: Varón de 51 años con carcinoma epidermoide pulmonar en tratamiento con erlotinib desde hace 4 años que desarrolla toxicidad cutánea leve, bien tolerada hasta el primer año, cuando presenta una infección por *Escherichia coli* sobre su paroniquia previa (primer dedo del pie derecho). Hace 5 meses acude por lesiones papulonodulares edematosas, alopecia parcheada y costra amarillenta por todo el cuero cabelludo. Histológicamente existe una foliculitis quística profunda (foliculitis decalvans), sobreinfectada por *Staphylococcus aureus*. Debido a la intensa inflamación indicamos prednisona 5 mg/24 h/7 días y antibioterapia oral (amoxicilina-clavulánico 875-125 mg/8 h/7 días y doxiciclina 100 mg/24 h de mantenimiento) y curas tópicas, resolviéndose el cuadro.

Conclusiones: La erupción acneiforme aparece en las primeras semanas tras comenzar con el anti-EGFR, asociándose con una mejor respuesta al fármaco. La paroniquia suele manifestarse más tardíamente, siendo frecuente la sobreinfección secundaria. La foliculitis decalvans es una alopecia cicatricial y existen pocos casos descritos en pacientes con erlotinib. Histológicamente consiste en una foliculitis supurativa neutrofílica. El tratamiento tópico (antibióticos, nitrato de plata) de la paroniquia suele ser suficiente. En las reacciones papulopustulares se usan corticoides, antibióticos e inmunomoduladores tópicos con diversos resultados, habitualmente asociados a tetraciclinas orales o isotretinoína. Los corticoides sistémicos se reservan para casos muy inflamatorios como el nuestro. Algunos autores recomiendan una terapia profiláctica con tetraciclinas al introducir el anti-EGFR. El correcto manejo de estos efectos secundarios cutáneos permite el mantenimiento del fármaco a dosis óptimas, sin disminuirlo ni suspenderlo, mejorando la supervivencia y calidad de vida de los pacientes oncológicos. No se ha recibido ningún tipo de subvención.

8. FOLICULITIS DECALVANTE REFRACTARIA TRATADA MEDIANTE TERAPIA FOTODINÁMICA

I. Molina-López, E. Rodríguez-Lomba, R. Suárez-Fernández y M.C. Ciudad-Blanco

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: Dentro de las alopecias cicatriciales primarias, la foliculitis decalvante (FD) es una entidad caracterizada por un alto grado de inflamación neutrofílica asociada a infección por *S. aureus* que acaba destruyendo la unidad pilosebácea. Su etiopatogenia está poco aclarada y su tratamiento supone un reto en la práctica clínica diaria.

Caso clínico: Se presenta a un paciente varón de 39 años sin otros antecedentes, en seguimiento por alopecia cicatricial de 9 años de

evolución. A la exploración, presentaba dos placas alopecicas parietoccipitales, con pelos en penacho y borde inflamatorio. La biopsia realizada mostró una histología compatible con el diagnóstico clínico de FD. Durante su evolución, el paciente realizó diversos tratamientos sin mejoría (ciclo prolongado de doxiciclina, isotretinoína oral 30 mg al día, rifampicina asociada a minociclina, glucocorticoides orales). También recibió infiltraciones de triamcinolona intralesional con buena tolerancia y buena respuesta, pero con recaída y empeoramiento posterior. Finalmente se optó por la terapia fotodinámica (TFD) en 9 sesiones con muy buena respuesta clínica y periodo libre de enfermedad de 11 meses hasta la fecha.

Conclusiones: En el tratamiento de la foliculitis decalvante se utilizan múltiples terapias con resultados muy variables. Se dispone de productos tópicos (antibióticos, antiinflamatorios), sistémicos (antibióticos, inmunomoduladores, derivados retinoicos) y otras técnicas de abordaje (cirugía, radioterapia, láser). A pesar de todo, el pronóstico es incierto y muchos pacientes permanecen afectados durante años. Exponemos un caso en el que se utilizó la TFD asociada a metil aminolevulinato como fotosensibilizante. Este uso se basa en sus efectos antiinflamatorio, antimicrobiano, regulador del recambio celular del folículo y a su capacidad de destrucción selectiva de las glándulas sebáceas. La TFD parece una opción a tener en cuenta en la FD refractaria, al igual que en otras alteraciones de la unidad pilosebácea como el acné vulgar.

9. ALOPECIA PERMANENTE TRAS TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO DEL CÁNCER DE MAMA: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS Y DESCRIPCIÓN CLÍNICA

D. Saceda Corralo, A. Hermosa Gelbard, N. Sánchez Neila, M. Urech de la Vega, S. Vañó Galván y P. Jaén Olasolo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: La alopecia es un efecto secundario frecuente del tratamiento quimioterápico que tiene un impacto muy negativo en

la autoestima de las personas afectadas. En la mayoría de los casos la pérdida de cabello es temporal y reversible, recuperándose el pelo perdido en 3-6 meses después del último ciclo de quimioterapia. Sin embargo, se estima que aproximadamente un 5% de los casos puede presentar cierto grado de alopecia definitiva tras el tratamiento quimioterápico.

Métodos: Presentamos 4 casos de pacientes, seguidas actualmente por el Servicio de Dermatología del Hospital Ramón y Cajal, con alopecia difusa del cuero cabelludo que habían recibido tratamiento quimioterápico para cáncer de mama y que no se recuperó un año después de finalizado el tratamiento.

Resultados: Podemos observar que las pacientes estudiadas tenían edades comprendidas entre los 43 y 50 años. Todas ellas comenzaron con alopecia a las 2 semanas de quimioterapia y, aunque el esquema terapéutico varía en cada caso, todas recibieron taxanos. Dos de ellas recibieron además tratamiento adyuvante con trastuzumab y en uno de los casos se utilizó tamoxifeno. Para evaluar el grado de alopecia se ha utilizado la escala de Ludwig por analogía con la presentación clínica de otras alopecias difusas. Todas tenían un grado de afectación entre moderado y severo, y dos de ellas presentaban alopecia concomitante en las cejas. Ninguna tenía antecedentes personales ni familiares de alopecia. Tres de ellas se encontraban en etapa de climaterio y la fecha de la menopausia coincidía con el tratamiento quimioterápico en una de ellas.

Conclusiones: El tratamiento quimioterápico del cáncer de mama puede dañar las células madre del folículo piloso produciendo una alopecia permanente en un pequeño porcentaje de mujeres. Clínicamente, esta alopecia se presenta como una alopecia difusa moderada o extensa que presenta un pronóstico capilar poco favorable, ya que hoy por hoy no existe ningún tratamiento médico efectivo que consiga mejorarla. Se ha implicado principalmente a los taxanos como agente causal en pacientes con cáncer de mama. Aunque es relativamente poco frecuente, debemos conocer este efecto adverso del tratamiento quimioterápico del cáncer de mama y asesorar de forma adecuada a las pacientes en cuanto al pronóstico y evolución.