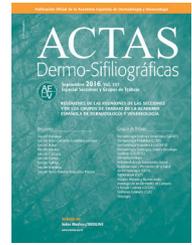




ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XVII Reunión del Grupo Español de Tricología Sevilla, 23 y 24 de octubre de 2015

Ponencias

1. SÍNDROME H

N. López Ibáñez y F.M. Camacho

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

El síndrome H es una genodermatosis autosómica recesiva descrita en el año 2008 especialmente en pacientes árabes, que asocia manifestaciones sistémicas. Se caracteriza por presentar, como hallazgos más frecuentes, hiperpigmentación e hipertrichosis progresiva que suele comenzar por las extremidades inferiores para posteriormente generalizarse al resto de la superficie corporal. También puede observarse, entre otras múltiples manifestaciones, hepatoesplenomegalia, anomalías cardíacas, hipoacusia neurosensorial, pérdida de peso, hipogonadismo, hallux valgus, contracturas en flexión de articulaciones interfalángicas proximales y, ocasionalmente, diabetes mellitus insulín-dependiente. Se han identificado mutaciones en el gen SCL29A3, que codifica el transportador de nucleósidos humanos hENT3, presente en lisosomas y en mitocondrias. Su correlación fenotípica es muy variable, pudiendo encontrar manifestaciones clínicas muy diversas incluso en familias portadoras de la misma mutación. Histopatológicamente, este síndrome muestra numerosas similitudes con la enfermedad de Rosai-Dorfman, observándose múltiples histiocitos positivos para las técnicas inmunohistoquímicas CD68 y S-100, así como imágenes de emperipoiesis, motivo por el cual las últimas investigaciones apuntan a que se trate de un tipo de histiocitosis X.

2. TRICOTIDISTROFIA. NOVEDADES GENÉTICAS Y FOTOBIOLOGICAS

S. Arias-Santiago

Servicio Andaluz de Salud. Granada. España.

La tricotodistrofia es un trastorno genético infrecuente, autosómico recesivo (mutaciones en ERCC2/XPD, ERCC3/XPB...) que se caracteriza por una fotosensibilidad grave en la mitad de los pacientes, ictiosis (eritrodermia ictiosiforme congénita, ictiosis vulgar...), alteraciones en el desarrollo intelectual, infertilidad y

talla baja, entre otros. Son características las manifestaciones tricológicas que se presentan en casi la totalidad de los pacientes, como el pelo quebradizo y deslustrado, tricosquisis, fracturas similares a la tricorrexis nudosa y una imagen en “bandas de cola de tigre” cuando se explora el pelo con luz polarizada debido a la disminución del contenido de azufre de la cutícula y corteza. Para realizar el diagnóstico, además de una buena exploración física y examen del pelo con microscopía óptica, es interesante determinar la disminución del contenido de azufre en el cabello mediante el análisis de aminoácidos o los estudios de microanálisis de rayos X. No existe un tratamiento curativo para los pacientes con tricotodistrofia y es importante realizar un consejo genético adecuado. Las manifestaciones tricológicas pueden mejorar con cistina levógi- ra. Se expondrán las investigaciones recientes que analizan las mutaciones en los pacientes con tricotodistrofia y explican el fenotipo de los mismos, como la fotosensibilidad.

3. SÍNDROME DE CABELLO EN ANAGEN SUELTO Y EN ANAGEN CORTO

C. Serrano Falcón

Clinica Dermatológica Serrano. Granada. España.

El síndrome del cabello en anagen suelto (SCAS) es una entidad recientemente descrita (1886-Vera Price) que produce una alopecia difusa más frecuente en niñas de pelo rubio, caracterizada por un pelo corto, que no crece y que se arranca sin dolor a la tracción suave. Puede afectar a las cejas y al vello corporal. Tiene un patrón de herencia autosómico dominante con expresividad variable y se debe a una anormal queratinización de la vaina epitelial interna y cutículas. Clínicamente, el pelo es un pelo fino, no frágil y que se arranca con facilidad sin dolor. Cuando se observan estos pelos al microscopio óptico, son pelos en anagen, con un bulbo distorsionado, vainas ausentes y la cutícula enrollada, como rizada en la porción más inferior (hay que tener cuidado porque si al realizar el tricograma tiramos de los cabellos con miedo o duda podemos observar igualmente la imagen de cutícula enrollada y solo ser un artefacto). En pocos casos se han descrito además alteraciones en el tallo como surcos longitudinales y crestas, que se observan mejor con el examen al microscopio electrónico. Se clasifica en: SCAS no asociado a otras anomalías: en este grupo encontramos el SCAS propiamente

dicho y el SCAS esporádico (cabello suelto de forma esporádica en cabellos en anagen). SCAS asociado a otros defectos del desarrollo: asociado a síndrome de Noonan, coloboma ocular, neurofibromatosis tipo I, uña-rótula-tricorrinofalángico, displasias ectodérmicas y otras distrofias pilosas. Este síndrome no es exclusivo de niños, habiéndose descrito en adolescentes y adultos, con una clínica común de arrancamiento de pelo sin dolor, pero más difícil diagnóstico. Se han establecido tres fenotipos en base a la presentación clínica. Los dos primeros propios de la infancia y el tercero de la edad adulta: Tipo A: disminución de la densidad de pelo. Tipo B: cabellos con aspecto "despeinado". Tipo C: cabellos de apariencia normal, pero con excesivo desprendimiento. Para su diagnóstico suele ser suficiente la historia clínica, la exploración tricológica y la imagen obtenida con microscopía óptica. La microscopía electrónica, al ser una técnica no cruenta es recomendable hacerla, si se dispone, para confirmar el diagnóstico, principalmente en adultos. La tricoscopia no nos aporta datos específicos de esta entidad y el estudio anatomopatológico no lo consideramos necesario. El diagnóstico diferencial principalmente se establece con el síndrome del cabello en Anagen corto (SAC) (1987, Kersey). Hay pocos casos publicados de SAC, considerando que es una entidad infradiagnosticada. La mayoría de casos aparecen en niñas de pelo rubio y corto que desde el nacimiento tienen una densidad pobre, con un pelo que no crece y no necesita ser cortado. Este pelo no presenta fragilidad y tampoco tiende al arrancamiento o a la caída. Al tratarse de un anagen corto, el porcentaje de cabellos en telogen suele estar aumentado, por lo que la tracción a veces es positiva. Es muy característica en la zona de implantación temporoparietal, por encima de los pabellones auriculares, una densidad muy disminuida. El examen al microscopio óptico no muestra alteraciones de las vainas, ni de la cutícula, sólo cabellos en anagen normal y aumento del telogen. El tratamiento en ambos síndromes no es necesario porque es un proceso autolimitado que suele mejorar al llegar a la pubertad. Es necesario informar a los padres de la naturaleza y pronóstico, insistiendo en evitar posibles traumatismos. Algunos autores recomiendan el uso del minoxidil al 2-5%, y la administración de biotina (5-10 mg/día) y cistina (500 mg/día), con éxito.

4. DISPLASIAS ECTODÉRMICAS ANHIDRÓTICAS E HIPOHIDRÓTICAS

P. Fernández-Crehuet Serrano

Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén. España.

La clasificación propuesta por Freire-Maia para todas las displasias ectodérmicas se basa en la presencia o ausencia de tricodisplasia, anomalías dentarias, onicodisplasia y dishidrosis (anhidrosis, hipohidrosis o hiperhidrosis). No obstante, actualmente se tiende más a utilizar la clasificación genética, aunque no se mencionen las alteraciones ungueales. Nos centraremos en las displasias ectodérmicas con implicación de las glándulas sudoríparas. En el grupo que presenta, además, defectos en pelo, dientes y uñas encontramos la displasia ectodérmica anhidrótica (DEA o síndrome de Christ-Siemens) y las displasias ectodérmicas asociadas a mutación del gen p63 (displasia ectodérmica hipohidrótica o DEH, el síndrome EEC y el síndrome AEC también llamado síndrome de Hay-Wells). Dentro de este grupo están también el síndrome EEM, la displasia ectodérmica con sindactilia (síndrome EDS), el síndrome del pterigion poplíteo (síndrome de Rosselli-Gulienetti), el síndrome XTE y la displasia hipohidrótica odontotricomélica (síndrome de Freire-Maia). Por otro lado, en el grupo de hipotricosis con afectación dentaria y de las glándulas sudoríparas, pero sin afectación ungueal, destacamos el síndrome de Basan, y en el de hipotricosis con onicopatía y afectación de las glándulas sudoríparas los síndromes de Freire-Maia y Hayden. Por último, el síndrome tricofacio-hipohidrótico asocia defectos del pelo y glándulas sudoríparas. En esta sesión, describiremos los fenotipos de los síndromes más frecuentes, centrándonos

en la DEA, DEH, el síndrome EEC y el síndrome de Hay-Wells. En el primero, la hipotricosis se caracteriza por escasos y finos cabellos, rectos e hipopigmentados en cuero cabelludo, ausencia de vello corporal, y escasas cejas y pestañas especialmente en su zona distal. Las alteraciones pilosas de la DEH son variables pues, aunque siempre se observa hipotricosis de pestañas y cejas, especialmente ausencia de la porción media de las pestañas superiores y en cuero cabelludo pelos finos, secos y de lento crecimiento. El vello corporal, púbico y axilar también puede afectarse, destacando hiperpigmentación del vello axilar. El síndrome EEC se caracteriza por ectrodactilia de manos y pies, displasia ectodérmica y fisura del velo del paladar y del labio. Los cabellos son quebradizos, claros y finos y tienden a pigmentarse con la edad. Además, hay hipotricosis de cejas, pestañas, vello pubiano y corporal. Se han descrito placas de alopecia cicatriciales debido a foliculitis profunda. El síndrome de Hay-Wells presenta anquiloblastoma filiforme, displasia ectodérmica y fisura labial o de paladar, siempre asociada a una importante dermatitis de cuero cabelludo. Los cabellos que al nacer son escasos y tienen una típica textura metálica, se pierden durante los primeros meses o años de vida como consecuencia de inflamaciones del cuero cabelludo. Las pestañas, las cejas y los vellos corporales son también escasos.

5. SÍNDROME TRICO-HEPATO-ENTÉRICO O DIARREA FENOTÍPICA DE LA INFANCIA

G.M. Garnacho Saucedo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

El síndrome Trico-hepato-entérico (STHE) o diarrea fenotípica de la infancia es una enfermedad rara, con una incidencia baja, en torno a 1/1.000.000 nacidos vivos, del que existen en la actualidad 44 individuos identificados. Presenta un patrón de herencia autosómico recesivo y se ha asociado a mutaciones en el gen TTC37 (5q 14.3-21.2) o SKIV2L (6p21.2-6p24.3) homólogo con el anterior con el que comparte secuencias de aminoácidos. El gen TTC37 codifica la proteína THESPIN (Trico-Hepato-Enterico-Síndrome-Protein), presente en más de 130 proteínas diferentes lo que justifica los efectos multisistémicos y la variabilidad clínica del THES. Hasta el momento actual se han descrito 9 mutaciones del TTC37 sin existir una correlación genotipo fenotipo. Clínicamente el THES se caracteriza por la triada siempre presente de diarrea precoz, inmunodeficiencia humoral y alteración del cabello, acompañado de facies dismórfica característica con hipertelorismo, raíz nasal ancha y aplanada, frente prominente... La diarrea puede presentarse en las primeras semanas de vida o de forma más tardía en torno a los 5-6 meses. Es una diarrea secretora y osmótica y tan intensa que obliga a la nutrición parenteral. La biopsia intestinal no es específica, con infiltrado inflamatorio mixto y atrofia o no de vellosidades intestinales que suele mejorar con el tiempo y no se correlaciona con la intensidad de la diarrea. Se ha detectado por estudio de inmunofluorescencia una expresión reducida o localización aberrante de proteínas transportadoras de iones apicales del borde del cepillo del enterocito: NHE2, NHE3, acuaporina 7, Na/I transportador y H/K ATPasa, sin presentar alteraciones la bomba Na/K ATPasa de localización basolateral. La inmunodeficiencia es humoral con niveles bajos de inmunoglobulinas que suele mejorar con la edad, lo que permite la retirada progresiva de los suplementos de inmunoglobulinas intravenosas. Los pacientes presentan escasa respuesta a la vacunación habitual. La alteración del cabello presente en la mayoría de los casos es la tricorrexia nodosa proximal. Clínicamente se aprecia cabello escaso y ralo de aspecto áspero y deslustrado con coloración escasa y debilidad aumentada. Bajo la inspección con microscopía óptica se aprecian formaciones nodulares en los tallos pilosos que corresponden a zonas de prefracturas transversales. En el microanálisis de rayos X se objetiva una concentración de azufre disminuida tanto en zonas de fracturas como en zonas pro-

ximales y distales a las fracturas, a diferencia de la tricodistrofia donde el déficit de azufre es más acusado en las zonas de fracturas en comparación con las zonas vecinas. Además, los pacientes pueden presentar otras alteraciones, no siempre presentes en todos los pacientes y que completan las características clínicas del THES: 1) Enfermedad hepática precoz: enfermedad hepática de debut precoz, anterior a la diarrea que marca el pronóstico de los pacientes. Puede manifestarse como hepatomegalia, fibrosis, siderosis, cirrosis... incluso muerte por fallo hepático. La afectación hepática tardía no se considera factor de mal pronóstico ya que suele presentarse como complicación de la nutrición parenteral. 2) Defectos cardíacos: tetralogía de Fallot, defectos septales ventriculares o auriculares, ductus arterioso persistente, insuficiencia aórtica, estenosis pulmonar... 3) Alteraciones plaquetarias: déficit de gránulos alfa con respuesta disminuida a la estimulación de dichos gránulos alfa, inclusiones lipídicas, anomalías del sistema canalicular y microtúbulos... En general el paciente suele estar asintomático y no asocia trastornos de la coagulación. 4) Alteraciones prenatales: polihidramnios, placentomegalia, bajo peso para la edad gestacional, retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad... 5) Lesiones cutáneas inespecíficas como manchas café con leche y manchas hipopigmentadas.

6. TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: PIOGLITAZONAS

A. Márquez García y F.M. Camacho

UGC Dermatología Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una entidad clínica de difícil manejo terapéutico, considerada una variante de liquen plano pilar. Se han usado múltiples tratamientos tanto tópicos como sistémicos sin conseguir unos resultados aceptables. Si bien su patogenia es desconocida, en el año 2009 Karnik et al describieron una nueva hipótesis en modelos murinos que puede explicar una de las causas que provoca la destrucción del folículo piloso: un déficit del receptor activador de la proliferación del peroxisoma γ (PPAR- γ) provoca una disminución de la biogénesis del peroxisoma y la homeostasis lipídica, con un efecto lipotóxico en la unidad pilosebácea confiriendo un papel importante en la patogenia del liquen plano pilar. Ellos proponen que los agonistas de los PPAR- γ (pioglitazonas) pueden suponer una nueva estrategia de tratamiento en esta enfermedad. Las pioglitazonas son antidiabéticos orales seguros en pacientes no diabéticos que regulan la adipogénesis y la homeostasis de la glucosa (mejora la resistencia a la insulina). Tienen un buen perfil de tolerancia, pero están contraindicadas en insuficiencia cardíaca por el riesgo de retención hídrica, en insuficiencia hepática y en pacientes con antecedentes de cáncer vesical. Aunque las primeras publicaciones fueron muy esperanzadoras por sus buenos resultados, en otras posteriores no se ha demostrado tan buena respuesta como se esperaba ni en el liquen plano pilar clásico, ni en los escasos casos de alopecia frontal fibrosante incluidos en esos estudios. En la mayoría de pacientes se obtiene algo de mejoría, pero remisiones completas de la alopecia son difíciles de conseguir. Nosotros presentamos en la reunión del grupo de tricología de 2014 la serie más amplia de AFF hasta la actualidad tratada con pioglitazonas (Actos 15 mg), en la que más del 50% presentó una buena respuesta. El problema de todos estos estudios es que se trata de series retrospectivas de casos, o casos aislados, sin grupo control y con sistemas de valoración terapéutica no validados. Desde la reunión anterior a la presentación actual hemos tenido ocasión de estudiar diez nuevos casos y compararlos con otros diez casos en los que se decidió no darles la pioglitazona por niveles séricos de hipoglucemia o que fue desaconsejada por su médico de cabecera. En todos los casos el resto de la medicación, tanto local como general, fue idéntica. Los resultados en las pacientes que

tomaron la pioglitazona fueron mejores, comprobándose en todas ellas la detención e incluso regresión parcial del proceso. Además, en tres de ellas que, aunque iban bien, sus médicos de cabecera les desaconsejaron seguir con el medicamento, se demostró claramente el empeoramiento.

7. TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA CON EZETIMIBA Y SIMVASTATINA

C. Bernárdez Guerra

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

La alopecia areata, pese a ser una alopecia no cicatricial, genera un impacto tan importante en el aspecto físico que la convierte en una situación muy estresante para nuestros pacientes. La respuesta al tratamiento además tiende a ser imprevisible, suponiendo un verdadero reto terapéutico en algunas ocasiones. La patogenia de esta alopecia se basa en una reacción autoinmune órgano específica contra antígenos de los folículos pilosos, que genera una respuesta inflamatoria que impide el crecimiento del pelo. Alrededor de 25 millones de personas en el mundo están bajo tratamiento con estatinas. En los últimos años se está observando que estos fármacos hipolipemiantes presentan potencial terapéutico en muchas otras situaciones médicas aparte de la dislipemia. Entre otros, han mostrado tener efectos anticancerígenos y antioxidantes, pero principalmente inmunomoduladores y antiinflamatorios. En dermatología se está estudiando el uso de estos fármacos en psoriasis, dermatitis, vitiligo y otros. Su utilidad en la alopecia areata fue sugerida en 2007 con la publicación de un caso de alopecia areata universal que comenzó a repoblar tras el inicio de tratamiento con la combinación de simvastatina y ezetimibe para su dislipemia. Desde entonces otros dos artículos han mostrado una respuesta similar, en 2 y 19 pacientes respectivamente. La utilidad de esta combinación se asocia a su potencial inmunomodulador, que parece tener capacidad no solo para frenar el insulto inflamatorio sobre el folículo piloso y así permitir el crecimiento del pelo, sino para mantenerlo así. Pendiente de estudios más amplios y a largo plazo, el buen resultado y la alta seguridad de estos fármacos con escasos efectos adversos lo convierten en una opción terapéutica prometedora para el reto que supone en ocasiones la alopecia areata.

8. ANTIANDRÓGENOS PERIFÉRICOS EN LA FAGA

S. Serrano Ortega

Clínica Dermatológica Serrano. Granada. España.

La AGA es una alopecia androgenodependiente con una carga genética en la que se produce una miniaturización progresiva del cabello de acuerdo con unos patrones conocidos. Los andrógenos más potentes son la testosterona (T) y la dihidrotestosterona (DHT), que proviene de la T por acción de la 5 α Reductasa (5 α R). En una mujer en edad fértil el 50% de la T deriva de la conversión periférica y la otra mitad se produce en los ovarios y suprarrenales. La androstendiona se sintetiza preferentemente en los ovarios y su acción biológica es del 10-20% de la T y por conversión periférica pasa a T y, si se aromatiza, a estradiol. En la mujer posmenopáusica se produce mayoritariamente en las suprarrenales y por aromatización pasan a estrona. La dehidroepiandroterona (DEAT) y su sulfato (DEAT-sulfato) tienen una actividad biológica un 5% menor que la T. La producción de andrógenos disminuye con la edad en la mujer posmenopáusica. Los antiandrógenos se definen por su acción como "sustancias que impiden la acción de los andrógenos". Podemos clasificarlos en dos grandes grupos, los que actúan directamente sobre la producción a nivel ovárico (anticonceptivos orales), suprarrenal (corticoides) o frenado hipofisario con análogos de la GNRH, y los antiandrógenos periféricos, que actúan en el órgano diana, bien sobre el receptor androgénico (AR) o sobre la 5 α R que transforma la T en DHT andró-

geno mucho más potente que la T. Antes de iniciar tratamiento con antiandrógenos en la mujer con AGA es importante saber: el tratamiento con antiandrógenos produce feminización del feto masculino (fármacos categoría X), por lo que en mujeres fértiles hay que asociarlos a anticoncepción. La AEMPS sólo establece la indicación para la ciproterona. Los demás no tienen indicación reconocida. Hay que estudiar posible alteración hormonal que hay que corregir. Cuando no hay alteración hormonal y la afectación es muy leve (estadio I), tratamiento local. Cuando indicamos el tratamiento hay que explicar lo que esperamos y que la mejoría será progresiva, pero que tardará entre tres y seis meses. Hay que introducir cambios en el “estilo de vida”: perder peso y hacer ejercicio. Recomendar anticoncepción con o sin ACO.

9. LUCES EN TERAPÉUTICA TRICOLÓGICA

C. Serrano Falcón

Clinica Dermatológica Serrano. Granada. España.

En los últimos años se han publicado artículos sobre el empleo de sistemas láser en las diferentes formas de alopecia, y cada vez es más frecuente la publicidad sobre este tema. Pero, ¿qué hay de cierto? Su empleo se inició después de observar como hallazgo casual crecimiento de pelo en ratones irradiados con luz roja a baja fluencia. También en humanos dentro del llamado “crecimiento paradójico” con el láser de depilación. Así, el láser de baja potencia emerge como una nueva alternativa terapéutica para pacientes seleccionados con alopecia androgénica. Suele producir una mejora subjetiva en los pacientes y en ocasiones también objetiva. Parece que el empleo de fluencias subóptimas no llega a destruir el folículo y sin embargo causa inflamación perifolicular que puede estimular el crecimiento folicular por activación de células madre del bulge. Explicaría que láseres de baja potencia puedan estimular el crecimiento capilar. El Láser Excimer 308 nm se ha empleado en la alopecia areata (enfermedad autoinmune mediada por células T). La radiación monocromática ultravioleta emitida por estos es capaz de inducir apoptosis de los linfocitos T (efecto inmunosupresor local). Los pocos casos descritos son con control intrapaciente con buena respuesta tras 12 semanas con 2 sesiones semanales y excelente tolerancia. También se ha empleado el Láser Excimer en alopecias cicatriciales linfocíticas como la alopecia frontal fibrosante y el liquen plano folicular. Actúa favorablemente sobre el eritema, la hiperqueratosis folicular, la tricodinia y el prurito, e induce crecimiento de pelo nuevo. Aunque existe alguna evidencia científica, son necesarios más estudios independientes. No debe sustituir el tratamiento médico de base y debe acompañarse de un estricto control médico, si así lo elegimos.

10. TRICOSCOPIA/TRICOGRAMA EN TRICOLOGÍA

M. Galán Gutiérrez

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Jaén. España.

La exploración en tricología está justificada por varios motivos. Primero, la consulta de pelo es muy frecuente en la práctica diaria, habiéndose calculado que un 17,5% de los motivos de consulta corresponde a alopecias, por encima de las consultas sobre cosmética-estética, acné o dermatología pediátrica. Por otra parte, los pacientes que consultan por un problema de pelo son pacientes por lo general muy preocupados y que han consultado con anterioridad en otros centros, especializados o no, y vienen “exigiendo” una atención adecuada. Los métodos de exploración en tricología se pueden clasificar en tres categorías: métodos no invasivos (historia clínica, exploración general, inspección y palpación del cabello y cuero cabelludo, fotografía, dermoscopia, etc.), métodos semiinvasivos (tricograma) e invasivos (biopsia). Es necesario seguir este orden en prácticamente todas las alopecias, insistiendo en que los datos obte-

nidos mediante la historia clínica y la exploración del cabello básica nos van a guiar en el resto de exploraciones y los consideramos de gran importancia. La **tricoscopia** es un método complementario en la exploración clínica del pelo basado en el empleo de la dermoscopia. Consiste en la observación con un dermatoscopio de la superficie del cuero cabelludo y el tallo del pelo para identificar signos en relación con patologías que pueden afectar al cuero cabelludo y distintos tipos de alopecias. Nos dará información sobre el tallo y extremo distal. El **tricograma** es una técnica de exploración mínimamente invasiva, sencilla, económica y rápida que se hace para conocer la actividad del folículo piloso. Consiste en la observación al microscopio óptico de pelos obtenidos por tracción de una zona pilosa y nos ofrece información sobre el estado del extremo proximal o raíz, del tallo y del extremo distal o punta. Como ventaja a la tricoscopia, nos permite obtener información del extremo proximal, de la raíz, ver si un cabello está en fase de anagen, telogen o catagen, si es un cabello distrófico o no, y ver el estado de las membranas y vainas, que están alteradas en distrofias pilosas de forma frecuente. La imagen mediante tricograma es mejor, pudiendo según el microscopio que utilicemos ampliar la imagen hasta x100 aumentos. Además, el sistema de luz polarizada que incluye el microscopio óptico nos permite diferenciar mejor las diferentes estructuras de la raíz y las anomalías del tallo piloso. Como desventajas, que es necesario obtener el cabello del paciente mediante tracción suave, en total con 15-20 pelos es suficiente, pero genera angustia en muchos pacientes que vienen sobrepreocupados por su problema de caída. Además, requiere disponer de un microscopio óptico en la consulta (que tiene muchas más utilidades que la tricología), mientras que la tricoscopia con los sistemas manuales de dermoscopia puede ser suficiente. También lleva más tiempo la exploración. Considero que la controversia está resuelta, hay que decir que sí a la exploración con tricoscopia y con tricograma, porque son técnicas diferentes que aportan información (aunque a veces se solapan) útil para completar el estudio del paciente, para establecer el diagnóstico y para valorar la respuesta al tratamiento.

11. CONTROVERSIA EN CIRUGÍA: TIRA VS FUE MANUAL VS FUE ASISTIDO

S. Vañó Galván

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

La técnica más utilizada actualmente para el tratamiento quirúrgico de las alopecias es el trasplante capilar mediante microinjertos foliculares. Consiste en una técnica quirúrgica mínimamente invasiva en la que se trasladan unidades foliculares de un área (habitualmente la región occipital del cuero cabelludo) a la zona alopécica. Al realizarse el trasplante en forma de unidades foliculares individualizadas, el resultado cosmético es muy natural al crecer el pelo como lo hace en condiciones fisiológicas, evitando el efecto de “pelo de muñeca” del trasplante capilar con injertos o punches realizado hace un par de décadas. Existen diferentes formas de realizar el trasplante capilar con microinjertos, cada una con sus ventajas e inconvenientes: a) Técnica de la tira (strip o FUT): es la técnica clásica, consiste en extirpar quirúrgicamente una tira de la zona occipital de 1 cm de ancho y unos 18-25 de largo. El defecto quirúrgico se cierra de forma directa. Un equipo de 3-4 técnicos va cortando y aislando las unidades foliculares de b) esta tira, que serán las que posteriormente se implantarán en el área alopécica. Ventajas: técnica “rápida” y “económica” respecto a la técnica FUE, no hace falta rapar el cabello. Inconvenientes: cicatriz de zona donante, requiere un equipo de 3-5 técnicos. c) Técnica FUE (Follicular Unit Extraction): consiste en realizar la extracción de unidades foliculares de la zona donante individualmente con unos bisturís circulares de 0,8-1,0 mm de diámetro. Posteriormente estos microdefectos cierran por segunda intención. Las unidades foliculares posteriormente se implantan en el área alopécica de la

misma forma que en la técnica de la tira. Ventajas: evita la cicatriz, es una técnica menos invasiva que la tira. Inconvenientes: técnica más lenta y más cara, requiere rapar la zona delante al paciente. d) Técnica FUE asistida: el cirujano capilar puede utilizar diferentes dispositivos tecnológicos para realizar la técnica FUE, dispositivos que mejoran el tiempo quirúrgico y pueden mejorar el resultado, con el inconveniente de que requieren un tiempo de aprendizaje y suelen encarecer la cirugía. Estos dispositivos son: Micromotor: el más básico. Consiste en un micromotor que permite realizar la extracción de unidades foliculares de forma más rápida y con menos esfuerzo para el cirujano. Robot ARTAS. Complejo dispositivo que permite realizar la extracción de forma robotizada y automática en un tiempo muy corto. Sistema SAFER. Dispositivo que permite optimizar la extracción de unidades foliculares, así como su implantación, mediante un sistema de succión y eyección de aire que minimiza el traumatismo sobre las unidades foliculares, mejorando por tanto su supervivencia. La técnica a utilizar va a depender de cada paciente y de la experiencia y medios del cirujano capilar. En opinión del autor, no existe una técnica mejor que otra, sino que es necesario individualizar en cada paciente la técnica a realizar en su caso en particular.

12. LUPUS ERITEMATOSO Y OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL CUERO CABELLUDO

J.C. Moreno Giménez

Clinica Dermatológica Dr. Moreno. Córdoba. España.

Introducción: Las enfermedades autoinmunes (colagenosis) tienen, en porcentajes variables, afectación del cuero cabelludo y/o del pelo. Revisaremos desde este punto de vista: Lupus: Discoide, Subagudo, Tumidus, Paniculitis, Diseminado agudo. Esclerodermia. Dermatomiositis.

Lupus eritematoso crónico: Afecta al cuero cabelludo en el 60% de los casos, siendo en el 10% localización única. En el 5-10% de los pacientes se aprecia evolución a LED, siendo esta evolución rara cuando es el cuero cabelludo localización única. Clínicamente se caracteriza por una alopecia cicatricial que se clasificaría, según la North American Hair Research Society, como alopecia cicatricial linfocítica. Se inicia como una placa, o pápula, de crecimiento excéntrico donde se aprecian las lesiones características del lupus cutáneo: eritema, queratosis folicular y atrofia. Las lesiones tienden a estabilizarse en un promedio de cuatro años dejando una alopecia cicatricial que puede ulcerarse e incluso evolucionar hacia un carcinoma epidermoide. La dermoscopia puede proporcionarnos datos que ayudan al diagnóstico y orientan sobre las zonas de actividad que son las más adecuadas para la práctica de biopsia. Los signos más típicos encontrados son (Mubki T et al. J Am Acad Dermatol 2014;714:431-41): queratosis folicular ("Yellow dots"). Dilataciones vasculares ("Red spiders"). Ausencia de orificios foliculares. Histológicamente, se encuentran las típicas lesiones de lupus: tapones foliculares e infiltrado linfocitario con una especial fijación por las estructuras foliculares a las que acaban destruyendo. La presencia de la banda lúpica establece el diagnóstico definitivo.

Lupus eritematoso diseminado agudo: No produce alopecia cicatricial, sino una caída difusa de pelo de predominio en el área frontal (*Lupus hair*). Se trata de un efluvio telogénico que en casos muy agresivos puede convertirse en un efluvio anagénico distrófico, como ocurre en la terapia oncológica. Parece ser que existe una relación entre intensidad de la caída y la actividad de la enfermedad. El pelo es delgado, escaso, débil... En el caso de que exista asociación a S. antifosfolípidos pueden observarse lesiones necróticas. Se ha descrito asociación de lupus con alopecia areata. Wert et al revisan 39 pacientes con lupus y observan que el 10% desarrolla alopecia universal.

Lupus subagudo: Patrón mixto.

Lupus tumidus: Placas edematosas en cuero cabelludo. No tapones foliculares. Regresión en estadios iniciales, tendencia a cicatriz en estadios avanzados.

Lupus paniculitis: Afectación excepcional del cuero cabelludo. Lesiones nodulares con distribución lineal y tendencia a la ulceración. Se asocia a lupus discoide: 60% y a LEDA 10%. Falta de respuesta a antipalúdicos, por lo que precisa empleo de corticoides.

Dermatomiositis: Es característico el cuadro de hipertricosis en la forma infantil/ juvenil, pero la afectación de cuero cabelludo es escasa. Kassel et al revisan 17 pacientes con DM. En 14 de ellos había afectación de cuero cabelludo en forma de lesiones eritematoescamosas y atróficas. En el año 1969 se describe el S. de Wong, caracterizado por dermatomiositis, queratodermia p-p y *P. rubra pilaris*.

Esclerodermia: También produce alopecia cicatricial conformando placas esclerosas, depresivas con tendencia a la alopecia cicatricial. Las formas localizadas son especialmente llamativas constituyendo la típica imagen en esclerodermia lineal en "*coup de sabre*" que para muchos autores es una forma inicial de la "hemiatrofia facial progresiva de Parry-Romberg". La forma esclerodermiforme de la enfermedad injerto contra el huésped puede también producir lesiones esclerodermiformes de cuero cabelludo. El tratamiento es el de la enfermedad de base, pudiéndose, en formas estabilizadas, la realización de tratamiento quirúrgico.

13. FOLICULITIS POR INFECCIONES O INFESTACIONES DEL CUERO CABELLUDO

F.M. Camacho

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Las foliculitis se caracterizan por un infiltrado inflamatorio a nivel del folículo pilosebáceo y clínicamente se caracterizan por presentar, en casos agudos, eritema, pústulas y vesículas perifoliculares y, en casos crónicos, hiperqueratosis folicular o presencia de tapones de queratina. Las foliculitis infecciosas pueden ser superficiales o profundas. Tanto las superficiales como las profundas pueden estar provocadas por hongos, aunque no comentaremos este tipo de foliculitis por corresponder a otra ponencia. Desarrollaremos el resto de las foliculitis por infecciones e infestaciones, que también pueden ser superficiales y profundas.

14. NOVEDADES DERMATOPATOLÓGICAS EN TUMORES DEL CUERO CABELLUDO

J.J. Ríos Martín

UGC de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Revisaremos las principales novedades en melanomas, angiosarcomas, metástasis en cuero cabelludo y nevus sebáceos. Los melanomas del cuero cabelludo deben ser considerados una forma especial de melanomas debido a su carácter agresivo, sobre todo en estadios II y III. En una serie de 250 casos la mayoría aparecen en varones y en localización posterior (vertex y región occipital) y corresponden a lentigos malignos melanomas (39%) y melanomas de extensión superficial (21%). La invasión vascular/linfática es un criterio de mal pronóstico y debe de ser valorada con la ayuda de técnicas inmunohistoquímicas (D2-40, CD31) ya que permiten identificar una mayor tasa de invasión que solo con HE. Dos variedades histológicas han sido recientemente descritas: melanoma desmoplásico con diferenciación sarcomatoide y melanoma con células gigantes tipo Touton. Ambas plantean el diagnóstico diferencial con el fibroxantoma atípico y el xantogranuloma juvenil, respectivamente. En relación con los angiosarcomas, se revisarán dos subtipos de angiosarcomas descritos en cuero cabelludo: de células espumosas y de células fusiformes. Además, es importante conocer la expresión aberrante de marcadores inmunohistoquímicos (neuroendocrinos, S100) en angiosarcomas que puede llevar a un diagnóstico incorrecto. En el último año han aparecido en la literatura varios artículos referentes a las metástasis

en cuero cabelludo de carcinomas neuroendocrinos de diferentes orígenes, que es importante diferenciar de neoplasias primarias cutáneas con esta diferenciación (carcinoma de células de Merkel y carcinoma mucinoso). Para este diagnóstico diferencial es de utilidad el estudio inmunohistoquímico con citoqueratina 20, CDX2 y TTF-1. La alta incidencia de neoplasias secundarias en nevus sebáceos puede ser explicada por el reciente descubrimiento de mutaciones en HRAS y KRAS que conducen a la activación de la vía de las MAPquinas y PI3K-AKT. En relación a las neoplasias basaloideas en nevus sebáceos, algunos autores han demostrado, utilizando el marcador de células madres foliculares PHLDA1, que la mayoría corresponden a carcinomas de células basales y no a tricoblastomas, como ha sido considerado clásicamente.

15. NOVEDADES EN PATOLOGÍA UNGUEAL

M.A. Fernández Pugnaire

Clinica Dermatológica Avanzada. Granada. España.

La uña es un anejo cutáneo que proporciona una cubierta protectora a la zona distal de los dedos añadiendo precisión y delicadeza además de su aspecto estético. Realizar una puesta al día en novedades en patología ungueal supone recorrer distintos aspectos que resumimos en los siguientes apartados: clásicas patologías como el síndrome de la uña amarilla y el liquen plano ungueal nos presentan nuevos factores ambientales implicados en su etiopatogenia, formas clínicas inusuales y nuevos tratamientos. Dentro de la patología infecciosa ungueal, la onicomiosis es sin duda el motivo más frecuente de consulta. En la actualidad se están investigando nuevas moléculas que, bien por vía tópica o por vía oral, nos proporcionen más beneficios que los clásicos tratamientos e incluso nuevas terapias de luz, como la terapia fotodinámica y diversos tipos de láser, se ofrecen como otras alternativas. En relación con la exploración clínica del aparato ungueal encontramos referencias a pruebas complementarias no invasivas como la ecografía, y otras no tan accesibles como la microscopía confocal, que nos muestran nuevos signos para mejorar el diagnóstico e incluso, como en el caso del psoriasis ungueal, confirmar su relación con la entesopatía asociada en estos pacientes. La dermoscopia, en la actualidad establecida como prueba complementaria fundamental y al alcance de cualquier dermatólogo, también se emplea cada vez más en el diagnóstico de las distintas melanoniquias, y la capilaroscopia del repliegue proximal para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades sistémicas y más recientemente en algunas cardiopatías. Con las nuevas terapias antitumorales se describen nuevos efectos secundarios a nivel no solo cutáneo, sino también que afectan a las uñas y que es de interés conocer para evitar tratamientos inapropiados. Algunas novedades han surgido en la cirugía ungueal, especialmente en la patología tumoral. Hacemos referencia a la cirugía con mayor eficacia en el tratamiento del carcinoma espinocelular, el tumor maligno más frecuente del aparato ungueal. En la literatura, especial relevancia para el tratamiento quirúrgico del melanoma ungueal in situ. Desde hace unos años, el láser apareció como una nueva opción terapéutica para el tratamiento de patologías ungueales, como la onicomiosis o psoriasis ungueal. El láser de Nd:Yag ha demostrado cierta utilidad en el tratamiento de la onicomiosis. Abordaremos los últimos estudios que reflejan diferencias importantes en términos de respuesta clínica al tratamiento y tasas de curación en la onicomiosis. En la psoriasis ungueal, el láser de luz pulsada parece ser una modalidad promisoriosa y efectiva. Los cosméticos ungueales se utilizan cada vez con más frecuencia en todo el mundo y la preocupación con la apariencia de las uñas ha crecido en los últimos años. Recientes informes en los medios de comunicación y la literatura científica han puesto de relieve el potencial oncogénico de las lámparas UV para uñas. Hablaremos de la actualidad de este tema y de tratamientos que puedan mejorar la apariencia ungueal.

Comunicaciones orales

1. HIPERPIGMENTACIÓN ADQUIRIDA Y ALOPECIA CICATRICIAL

J. Ocampo Garza, M.E. Herz Ruelas, R. González Ramírez y J. Ocampo Candiani

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

Introducción: La alopecia frontal fibrosante (AFF) es un tipo de alopecia cicatricial que afecta predominantemente a la línea de implantación frontal y las cejas. El liquen plano pigmentoso (LPP) es una variante macular del liquen plano que se caracteriza por máculas color gris a marrón-negro en áreas expuestas al sol.

Caso clínico: Paciente femenina posmenopáusica de 69 años de edad, con una historia de 5 años de evolución de máculas hiperpigmentadas de aumento progresivo en el cuello. El examen físico reveló máculas color marrón-negro a gris difusas en el cuello en áreas expuestas al sol. Presentó recesión de la línea de implantación frontotemporal y la pérdida de cejas, de aparición 1 año posterior a las máculas hiperpigmentadas. A la exploración dermatoscópica destacaba un patrón en panal de abeja de la piel interfolicular, disminución del tamaño de las unidades foliculares y del calibre del pelo, además de obliteración de otras unidades foliculares. Una biopsia de piel del cuello mostró degeneración de la capa basal con un infiltrado linfohistiocitario y melanófagos en dermis. La biopsia de la región frontotemporal reveló un infiltrado liquenoide perifolicular involucrando el infundíbulo y el istmo, con fibrosis perifolicular. Con estos datos clínicos dermatoscópicos e histológicos la paciente fue diagnosticada de LPP y AFF. La paciente fue tratada con cloroquina (150 mg, VO, qd) para la alopecia frontal fibrosante y con protección solar y tacrolimus tópico para el cuello, con lo que presentó ligera mejoría.

Discusión: La asociación entre LPP y AFF ha sido reportada recientemente, con más de 50% de los pacientes con AFF presentando LPP. Es importante examinar a los pacientes con hiperpigmentación adquirida en busca de signos de alopecia cicatricial en las primeras etapas para evitar la progresión rápida y definitiva de la enfermedad, ya que puede tener repercusiones sociológicas importantes en los pacientes.

2. ESTUDIO OBSERVACIONAL PARA EVALUAR LA EFICACIA DE UNA NUEVA TERAPIA CON CÉLULAS PROGENITORAS DE CABELLO PARA ALOPECIA

A. Gorrochategui-Barrueta, A. Álvarez-Junquera y C. Díaz-Asensio

Clinica Dermatológica Ercilla. Alopecell Technologies. Bilbao. Vizcaya. España.

Introducción: Clínica Dermatológica Ercilla (CDE) y su departamento de investigación Alopecell Technologies han desarrollado un modelo de terapia celular basado en la obtención de células progenitoras de cabello (CPCs). Las células madre tienen un papel esencial en el crecimiento y mantenimiento de las propiedades del cabello, conservando su funcionalidad. La obtención de las células progenitoras de cabello se ha realizado por personal cualificado, siguiendo protocolos normalizados de trabajo y bajo normas de correcta fabricación.

Material y métodos: CDE ha realizado el estudio observacional del tratamiento con CPCs con 39 pacientes, hombres y mujeres, con una edad comprendida entre 25 y 79 años, con diferente tipo y grado de alopecia, para evaluar el resultado de la terapia y determinar en qué casos está recomendada su prescripción. Tras la firma del consentimiento informado los pacientes se han sometido al tratamiento y durante los 6 meses posteriores se les ha realizado un exhaustivo seguimiento.

Resultados: Se ha evaluado la eficacia (densidad capilar) y tolerancia de la terapia (naturaleza y frecuencia de las reacciones adversas), observándose una mejora significativa en las propiedades del cabello como son el volumen y la densidad y con una buena tolerancia (sin efectos adversos ni secundarios). Este tratamiento frena y estabiliza el envejecimiento capilar.

Discusión: CDE, como centro especializado en cirugías capilares, ha desarrollado e implantado una nueva terapia con CPCs para aplicar los avances de la medicina regenerativa al área capilar. Gracias a estos avances científicos se abre una nueva vía para el tratamiento de las alopecias y problemas capilares.

Conclusiones: Los resultados del estudio sugieren que el tratamiento con CPCs puede ser útil en el tratamiento de la caída del cabello y en las primeras fases de la alopecia, mejorando la funcionalidad y el equilibrio fisiológico del cabello.

3. ALOPECIA AREATA DE LA BARBA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO DE 55 PACIENTES

D. Saceda Corralo^a, S. Vañó Galván^a, C. Bernárdez^b, F.M. Camacho^c y P. Jaén^a

^aHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ^bHospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^cHospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La alopecia areata (AA) es un tipo de alopecia telógena no cicatricial que puede afectar a los folículos pilosos de cualquier región corporal. Habitualmente el área afectada es el cuero cabelludo, aunque en ocasiones se observan manifestaciones aisladas en otras áreas. La AA del área de la barba es un motivo de consulta frecuente. A pesar de ello, a día de hoy no existen estudios protocolizados que describan las características clínicas y epidemiológicas de la AA de la barba.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, comorbilidades asociadas, presentación clínica, hallazgos de laboratorio y tratamientos recibidos en 55 pacientes con alopecia areata de la barba.

Material y métodos: Estudio multicéntrico observacional retrospectivo en el que participaron dermatólogos de 8 centros hospitalarios españoles. Se incluyeron paciente con diagnóstico clínico de alopecia areata de la barba como única y primera manifestación de la enfermedad y con un mínimo de 12 meses de seguimiento clínico. Se recogieron los datos relacionados con su epidemiología (edad, edad de inicio, posibles factores desencadenantes, antecedentes familiares), clínica (número de episodios, afectación de cuero cabelludo, afectación de vello corporal, afectación ungueal), comorbilidades, necesidad de tratamiento psiquiátrico, hallazgos de laboratorio, líneas de tratamiento recibidas, efectos adversos y respuesta al mismo. Para realizar el estudio estadístico en busca de relación entre diferentes grupos y subgrupos se utilizó el paquete estadístico SPSS 21.0.

Resultados y conclusiones: Los resultados y conclusiones del estudio se comunicarán en la próxima XVII Reunión Nacional del Grupo Español de Tricología.

4. ESTUDIO DE LOS NIVELES DE VITAMINA D Y ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA

M. Galán Gutiérrez^a, C. Martínez Peinado^a, R. Ruiz Villaverde^b y A. Vélez García Nieto^c

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Jaén.

^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: La alopecia areata (AA) es una forma de alopecia muy frecuente, que tiene una presentación clínica peculiar que

condiciona, a menudo, alteraciones de la imagen corporal constituyendo un motivo muy prevalente de consulta. De base autoinmune, cada vez existen más trabajos que tratan de terapéutico. En esta línea han aparecido interesantes publicaciones sobre los niveles de vitamina D, así como la positividad y/o asociación a enfermedad celiaca en algunos pacientes, abriendo un posible campo en este sentido.

Material y métodos: Estudio transversal multicéntrico realizado en 3 centros hospitalarios andaluces durante 6 meses. Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SSPS 18.0.

Resultados: Se incluyeron un total de 23 pacientes afectados de diferentes formas clínicas de AA, encontrando en todos ellos niveles normales de vitamina D; aunque algunos pacientes presentaban niveles bajos, nunca fueron deficitarios. La positividad de los anticuerpos antitransglutaminasa se encontró en 3 pacientes (todos con afectación de cejas y pestañas), confirmando posteriormente enfermedad celiaca por el servicio de digestivo.

Conclusiones: A la vista de la bibliografía y los resultados de nuestro trabajo parece bastante sensato incluir el despistaje de la enfermedad celiaca en nuestros pacientes afectados de alopecia areata, especialmente en aquellos con afectación de cejas y pestañas, ya que podría ser una localización electiva en la que exista una mayor asociación con la enfermedad celiaca. Los 3 enfermos mejoraron solamente con la eliminación del gluten en la dieta. Por otro lado, y aunque en nuestros pacientes se han encontrado unos valores normales de 25 hidroxivitamina D, parece también razonable incluir la determinación de sus niveles en estos pacientes, especialmente en aquellos con formas más severas de la enfermedad, y valorar si su administración tiene algún valor terapéutico.

5. EXPRESIÓN DE LA CONEXINA 43 EN EL FOLÍCULO PILOSO HUMANO: OBSERVACIONES PRELIMINARES

A. Varela-Vázquez^a, P. Carpintero-Fernández^a, M.L. Díaz^b, A. Fernández Flores^c, E. Fonseca^a y M.D. Mayán^a

^aGrupo de Investigación CellCOM-SB. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC-XXIAC). Universidade da Coruña. SERGAS. A Coruña. ^bFacultad de Ciencias. Universidad de A Coruña. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León. España.

Introducción: Las conexinas son proteínas transmembrana que forman canales que permiten la transmisión directa de moléculas entre la célula y su entorno y entre células en contacto. Se han descrito 21 tipos de conexinas en humanos, siendo la Cx43 la más ampliamente expresada y estudiada. La importancia que han alcanzado estas proteínas en estas últimas dos décadas se debe a su implicación en el desarrollo de diferentes enfermedades, y en especial en enfermedades de la piel y cáncer. En piel, se detectó Cx43 en queratinocitos, fibroblastos dérmicos, células del músculo erector pili, de las glándulas sudoríparas y sebáceas y del folículo piloso. Resultados de estudios in vitro sugieren que mutaciones en la secuencia de la Cx43 podrían estar implicadas en alteraciones en la cicatrización y en el crecimiento y la estructura del pelo. Sin embargo, todavía no se conoce el papel que juega la Cx43 en el folículo piloso.

Material y métodos: En este estudio pretendemos caracterizar la expresión y localización de la Cx43 en las células del folículo piloso humano. Se realizaron técnicas histológicas y de inmunohistoquímica, utilizando cortes de 4 µm de bloques de parafina y un anticuerpo que reconoce específicamente el dominio C-terminal de la Cx43 (C-8093, Sigma-Aldrich). Se realizó contraincubación de las preparaciones con Giemsa.

Resultados: Se demuestra la expresión de Cx43 en las células epiteliales de la raíz del pelo y de la vaina epitelial externa e interna desde las zonas inferiores a las más superiores, con menores niveles

en las células de la capa basal frente a la proximal. Como es esperable, no se detectó Cx43 en las células que se queratinizan de las diferentes estructuras del pelo. Entre todas las células, la Cx43 se detectó muy bien localizada alrededor de las membranas celulares, lo que indica que está formando canales que permiten la comunicación directa entre las células en contacto.

6. VARIABLES PSICOLÓGICAS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

C. Vila Sava, E.M. Morales Conde, A. Rodríguez Pichardo y F.M. Camacho

Departamento y Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La alopecia en mujeres, especialmente si esta es definitiva e irreversible como son los casos de alopecia cicatricial, origina un gran impacto emocional debido a los cambios en la imagen corporal y la repercusión en la autoestima. En muchas ocasiones estos cambios físicos dan lugar a diversos trastornos psíquicos. Hasta la fecha se desconoce el grado de afectación psíquica en mujeres con alopecia frontal fibrosante, por lo que hemos diseñado un estudio transversal para detectar diversas variables psicológicas. **Material y métodos:** Durante el mes de septiembre de 2015 incluimos 36 pacientes en seguimiento en la consulta de tricología con esta patología, recogiendo datos sociodemográficos, clínicos, terapéuticos y los aportados por diversos test psicológicos (PHQ9, HADS, DLQI).

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 59,39 años, el 61,1% llevaba más de 5 años de evolución y el 19,4% presentaba patología tiroidea. El 66,7% presentó afectación ciliar grave con tatuaje de cejas. La mayoría de las pacientes realizaron tratamiento con corticoides y retinoides tópicos, minoxidil, biotina e hidroxiclороquina, encontrándose respuesta favorable al mismo en el 69,4% de los casos. El 61,2 y el 69,8% presentaron resultados patológicos en los test PHQ9 y HADS, respectivamente, y en 2 ocasiones hubo que derivar a las pacientes a psiquiatría por ideación suicida.

Conclusiones: La AFF es una enfermedad crónica, progresiva e irreversible, con importante repercusión e implicaciones psicopatológicas que los dermatólogos debemos reconocer precozmente a fin de mejorar el pronóstico y efectuar un tratamiento adecuado de la enfermedad.

No se ha recibido ninguna subvención

7. ESTUDIO CLÍNICO Y ULTRAESTRUCTURAL DE FIBRAS CAPILARES VOLUMINIZADORAS EN CASOS DE ALOPECIA

A. Brugués^a, F.J. García Veigas^b y J. Ferrando^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínic. Barcelona.

^bServicio de Dermatología. Centres Científics i Tecnològics. Universitat de Barcelona. España.

Introducción: Está demostrado que muchos pacientes afectados de alopecia crónica de diferente índole, temporal (alopecia areata) o permanente (alopecia androgenética, alopecia cicatricial, hipotricosis congénitas), sufren un impacto psicológico, a veces importante, provocando ansiedad o depresión. En estos casos, además del tratamiento médico adecuado (minoxidil, finasterida, factores de crecimiento, etc.), muchas veces el paciente recurre a diferentes sistemas que mejoren su aspecto estético: pelucas, extensiones, y que por otra parte empeoran su alopecia y/o impiden la aplicación de productos tópicos activos como minoxidil. Nos ha llamado la atención recientemente que existe una serie de fibras voluminizadoras capilares que solventan dicha necesidad y con la ventaja que al adherirse al cabello mediante electricidad estática son fácilmente retirables con un simple lavado o mediante aire

intenso con secador, lo cual permite aplicar el producto tópico activo a continuación.

Material y métodos: Hemos analizado mediante microscopía electrónica de barrido (MEB) y microanálisis de rayos X (MRx) cinco de estos productos voluminizadores capilares (muestras A, B, C, D, E). **Resultados:** Las muestras A, B y C presentan un aspecto liso y amorfo al MEB y al MRx son polímeros orgánicos que contienen C, Cl, Na, S y Al, y la muestra C además gran cantidad de sílice. Las muestras D y E presentan al MEB aspectos característicos de cabello normal y al MRx su composición presentaba gran cantidad de azufre, como el cabello normal.

Conclusión: Las fibras voluminizadoras capilares son una alternativa de camuflaje en distintos tipos y casos de alopecia y no hemos apreciado diferencias de resultados estéticos entre ellas, independientemente de cuál fuera su naturaleza y composición.

8. PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN EL TRATAMIENTO DE LA AGA. A PROPOSITO DE 100 CASOS

M. Asín Llorca y M.R. Navarro Belmonte

Centro Dermatológico Estético. Alicante. España.

Introducción: La alopecia androgenética (AGA) es un trastorno común del cabello que afecta a hombres y mujeres de todo el mundo. A pesar de que está lejos de ser una enfermedad que amenaza la vida, el impacto psicosocial de la AGA puede provocar estrés y una significativa disminución de la calidad de vida. El objetivo de este estudio es investigar la seguridad y eficacia de plasma autólogo rico en factores de crecimiento (PRGF) para el tratamiento de la AGA.

Métodos: Cien pacientes se incluyeron en este estudio. Siguiendo dos ciclos de infiltraciones de plasma cada 4 semanas. Macrofotografías y tricogramas se realizaron al inicio del estudio y a los 4 meses después del primer tratamiento con el fin de evaluar la mejora global y determinar el ratio de cabello de la fase anágena/telogen, respectivamente.

Resultados: Los pacientes mostraron un aumento general de la densidad del pelo. El tricograma mostró que los folículos pilosos en fase anágena aumentaron significativamente en 6,2 puntos porcentuales ($p < 0,05$) comparados con los niveles basales, mientras que una disminución de 5,1 puntos se observó ($p < 0,05$) entre los telógenos. Ningún efecto adverso fue informado por ninguno de los pacientes.

Conclusiones: Aunque son necesarios más estudios clínicos aleatorizados, nuestros datos sugieren que el plasma tiene un efecto terapéutico positivo sobre la alopecia androgenética y que no muestra efectos adversos relacionados con el protocolo de tratamiento. Nivel de evidencia: III, estudio terapéutico.

9. ¿SE ENCUENTRAN ALTERADAS LAS HORMONAS SEXUALES DE LAS PACIENTES PREMENOPÁUSICAS DIAGNOSTICADAS DE ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE? ESTUDIO DEL ESTATUS HORMONAL EN 26 PACIENTES PREMENOPÁUSICAS

C. Bernárdez^a, A.M. Molina Ruiz^a, S. Vañó Galván^b, A. Rodríguez Pichardo^c y F.M. Camacho^c

^aServicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Quirónsalud.

^bServicio de Dermatología. Hospital Ramón y Cajal.

^cServicio de Dermatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una alopecia cicatricial primariamente linfocítica, descrita inicialmente solo en pacientes posmenopáusicas. Recientemente la AFF también se ha descrito en pacientes premenopáusicas; sin embargo, no existen estudios previos que afronten la pregunta de si estas pacientes pre-

sentan un estatus de hormonas sexuales propio de la premenopausia o alterado. El objetivo del estudio fue describir el perfil de hormonas sexuales en análisis sanguíneo de pacientes premenopáusicas diagnosticadas con AFF.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico. Se incluyó a pacientes premenopáusicas con diagnóstico de AFF, basado en la presentación clínica. Tricoscopia y biopsia fueron usadas solo en casos dudosos. Otros criterios de inclusión era no haber usado tratamiento hormonal en los últimos 3 meses, no presentar amenorrea y la realización de analítica entre el primer y quinto día del ciclo menstrual.

Resultados: En total, 27 mujeres fueron incluidas en el estudio, de las cuales una no presentaba suficientes resultados analíticos para ser considerada. Se estudiaron las hormonas sexuales incluyendo LH, FSH, prolactina, testosterona y estradiol. De estas 26 pacientes, 22 (85%) presentaron un perfil hormonal normal.

Conclusiones: El perfil hormonal de las pacientes premenopáusicas fue mayoritariamente normal. Esta situación sugiere que la base patogénica de la AFF no se encuentra a nivel sistémico, sino que más probablemente está causada por una alteración a nivel local.

Pósteres

1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRICOSCÓPICAS DE LA ALOPECIA TRIANGULAR TEMPORAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 31 PACIENTES

P. Fernández-Crehuet Serrano^a, S. Vaño Galván^b, S. Arias Santiago^c, R. Grimalt^d y F.M. Camacho^e

^aServicio de Dermatología. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén. ^bHospital Ramón y Cajal. Madrid. ^cHospital Virgen de las Nieves. Granada. ^dUniversitat de Barcelona. ^eDepartamento de Dermatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La alopecia triangular congénita o alopecia triangular temporal (ATT) es una alopecia circunscrita no cicatrizante, permanente y asintomática. Suele localizarse en el área frontotemporal de manera unilateral como una placa de alopecia sin signos cutáneos subyacentes y presencia de vello. Se le ha asociado con síndrome de Down, leuconiquia, hiperpigmentación sectorial del iris, nevus de cabello lanoso y otras polimalformaciones.

Material y métodos: Reclutamos 31 casos de ATT atendidos en diferentes hospitales de España para determinar las características clínicas y tricoscópicas (sistema DermLite II pro HR) de esta entidad. Cada imagen dermatoscópica fue valorada por dos observadores diferentes al azar. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo y talla), clínicas (edad de aparición, forma, tamaño, localización y unilateral/bilateral), comorbilidades asociadas y hallazgos tricoscópicos (puntos blancos, amarillos, folículos vacíos, puntos negros, presencia de vello, diversidad de diámetro, pelos cadavéricos, pelos en signos de exclamación, pelos rotos, pelos blancos, pitiriasis y patrón vascular). También se recogieron tratamientos realizados y su eficacia.

Resultados: La presencia de vello, puntos blancos y pelos blancos era el signo dermatoscópico más frecuentemente presente. Desarrollaremos los resultados obtenidos en tablas y expondremos fotografías de los pacientes.

Conclusiones: La ATT afecta tanto a mujeres como a hombres, con ligera predominancia de las primeras. Puede estar presente de forma bilateral pero la afectación del lado izquierdo es la más frecuente. La mayoría de casos son esporádicos de forma triangular de 3,6 cm sin otra malformación asociada y se diagnostican durante los 2 primeros años de vida. La tricoscopia es una herramienta útil para

los casos dudosos, mostrando predominancia de pelos blancos, diversidad de diámetro y vello. Solo el tratamiento quirúrgico es eficaz.

No subvenciones recibidas.

2. ALOPECIA AREATA Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS: DESCRIPCIÓN DE 6 NUEVOS CASOS

E. González-Guerra y E. López Bran

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. España.

Introducción: La alopecia areata (AA) es una enfermedad raramente descrita en receptores de órganos sólidos. Describimos 6 casos más.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 39 años, trasplantada renal en 2006 por una glomerulonefritis IgA. En tratamiento con rapamicina y micofenolato mofetilo (MM). Diagnosticada de AA en 2012. Caso 2: varón de 66 años, trasplantado renal en 2003 y 2012 por glomerulonefritis con vasculitis con semilunas. En tratamiento con tacrolimus, MM y prednisona. Diagnosticado de AA en 2003. Caso 3: mujer de 52 años, trasplantada renal en 1987, por glomerulonefritis por fiebre reumática. En tratamiento con tacrolimus, MM y prednisona. Diagnosticada de AA en 2013. Caso 4: varón de 45 años, trasplantado renal en 2004 por síndrome de Prune Belly. En tratamiento con rapamicina y MM. Diagnosticado de AA en 2014. Caso 5: varón de 58 años, trasplantado renal en 2012 por enfermedad de Goodpasture. En tratamiento con tacrolimus, MM y prednisona. Diagnosticado de AA universal previa al trasplante que persiste hasta la fecha. Caso 6: varón de 58 años, trasplantado renal en 2012 por nefropatía diabética. En tratamiento con tacrolimus, everolimus y prednisona. Diagnosticado de AA y vitiligo previo al trasplante.

Discusión: A pesar de la inmunosupresión inducida en los pacientes trasplantados, se ha descrito el desarrollo de AA en 25 pacientes receptores de órganos sólidos. Se ha atribuido al tratamiento con tacrolimus. Sin embargo, hay estudios donde la ciclosporina, también inhibidor de la calcinurina, muestra eficacia en el tratamiento de la AA. Describimos 6 pacientes más, de los cuales 4 están en tratamiento con tacrolimus. También se ha descrito la asociación de AA a otras enfermedades autoinmunes. Cuatro de los 6 pacientes presentados tienen enfermedades autoinmunes. Concluimos que la AA es una enfermedad autoinmune de evolución incierta y asociada con frecuencia a otras enfermedades autoinmunes.

3. ATROFIA CUTÁNEA POR CORTICOIDES INTRALESIONALES PARA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: INFILTRACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO

I. García Morales^a, J.L. Martínez-Amo Gámez^b y S. Vaño Galván^c

^aHospital Sagrado Corazón. Sevilla. ^bHospital de Poniente. Almería. ^cHospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: La alopecia frontal fibrosante (AFF) es un subtipo de liquen plano pilaris que casi siempre se presenta en mujeres posmenopáusicas. Actualmente, los tratamientos son poco eficaces y se indican principalmente finasteride o dutasteride oral asociado a veces a la administración de corticoides intralesiones.

Caso clínico: Mujer de 47 años sin AP de interés y AF de madre con alopecia tipo FAGA. Acude por elastosis y queratosis seborreicas faciales, por lo que se inicia tratamiento con luz intensa pulsada. Además, presenta cuadro inicial de alopecia frontal fibrosante. Se indica tratamiento con dutasteride oral 0,5 mg/día, minoxidil 5% tópico y se realiza infiltración de triamcinolona diluida intralesional. La paciente desarrolla depresiones en zonas de infiltración, por lo que se decide tratamiento con infiltración de ácido hialurónico.

Discusión: Destacamos la importancia de los posibles efectos adversos de los corticoides. Describimos la resolución estética de la atrofia corticoidea mediante el empleo de ácido hialurónico.

4. EXPERIENCIA EN USO DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN ALOPECIA ANDROGENÉTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE MADRID

M. Castellanos González, M.A. Segurado, F.J. García Martínez, B. Díaz Ley y C. García Acebes

Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital del Sureste. Arganda del Rey. Madrid. España.

Introducción: La alopecia es uno de los motivos más frecuentes de consulta y uno de los mayores retos terapéuticos del dermatólogo, dado que generalmente constituye un problema crónico que distorsiona la propia imagen del paciente y afecta su calidad de vida. En los últimos años están surgiendo nuevas terapias que pueden complementar a los tratamientos convencionales. Las inyecciones de factores de crecimiento derivados de plaquetas o PRP son una técnica reciente que se emplea en multitud de especialidades médicas dentro del campo de la medicina regenerativa. En dermatología se usa desde hace unos años en diferentes patologías, como las úlceras, cicatrices o tratamiento del fotoenvejecimiento, pero también ha comenzado a utilizarse en alopecia.

Material y métodos: Presentamos nuestra experiencia en el Servicio de Dermatología del Hospital universitario del Sureste en el tratamiento de las alopecias con infiltraciones de PRP. Se ha realizado un estudio descriptivo de 17 mujeres diagnosticadas de alopecia androgenética cuya evolución no era satisfactoria con los tratamientos convencionales. Se realizaron tres sesiones quincenales con administración de 2 ml de PRP en cada una, seguidas posteriormente de una sesión bimensual hasta la actualidad.

Resultados: En total hemos tratado a 17 mujeres con diagnóstico médico de alopecia androgenética, de edades comprendidas entre los 20 y los 79 años con miniaturización del cuero cabelludo más acentuado en la mayoría de los casos a nivel del vértex y parietal. Todas las pacientes se encontraban en tratamiento médico adicional desde hacía 6 meses sin resultados satisfactorios. Todas las pacientes, excepto tres de ellas, notaron mejoría con el tratamiento, más significativo entre la 5ª y la 8ª sesión. Referían principalmente aumento del grosor y la calidad del cabello. Un 50% de las pacientes notó reducción en la caída del pelo y 1/3 aumento de la densidad capilar. Hemos observado que los casos que no respondieron a las infiltraciones eran las pacientes más jóvenes, lo que podría estar en relación con la carga hormonal de su enfermedad de base.

Conclusiones: Como conclusión, pensamos que la mesoterapia con PRP constituye un tratamiento prometedor en el campo de la tricología, especialmente como técnica complementaria a otros tratamientos médicos como los antiandrógenos, finasterie o minoxidil. Sin embargo, consideramos que se necesitan más estudios de investigación que perfilen su uso y su efectividad.

5. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN LA FOLICULITIS DECALVANTE

P. García Montero, F.J. del Boz, J.F. Millán Cayetano, C. García Harana y M. de Troya Martín

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

Introducción: La foliculitis decalvante (FD) es un trastorno inflamatorio, crónico y pustuloso del cuero cabelludo. Englobada dentro de las alopecias cicatriciales neutrofilicas, afecta principalmente a adultos de edad media a nivel del vértex y la región occipital. La ecografía cutánea de alta frecuencia (ECA) es una técnica diagnóstica de re-

ciente introducción que permite obtener de forma sencilla y no invasiva imágenes a tiempo real de la piel y estructuras subyacentes.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 63 años de edad con FD de 5 años de evolución sin tratamiento. A la exploración se apreció una gran placa parieto-occipital derecha, con aspecto cicatricial y múltiples folículos en penacho. La tricoscopia reveló pústulas foliculares y escamas tubulares amarillentas. Se realizó una ECAF de la lesión que apoyó el diagnóstico de sospecha mostrando una ecogenicidad heterogénea dermoepidérmica, gruesas estructuras lineales hipoeoicas dermoepidérmicas y aumento de vascularización perifolicular. El estudio histológico posterior confirmó el diagnóstico de FD. Caso 2: mujer de 41 años de edad con FD de 6 años de evolución confirmada histológicamente. Realizó durante este tiempo múltiples tratamientos tópicos (clobetasol, champús antisépticos) y orales (doxiciclina, clindamicina más rifampicina) con remisiones temporales. En la actualidad presenta una placa de alopecia cicatricial en vértex, que se mantiene estable año y medio después de finalizar un tercer ciclo de tratamiento con clindamicina más rifampicina. A nivel ecográfico la lesión mostró ecogenicidad homogénea en los diferentes estratos, ausencia de estructuras hipoeoicas lineales oblicuas y ausencia de vascularización.

Discusión: La ECAF aplicada a la FD resulta de gran utilidad como apoyo al diagnóstico y como herramienta para evaluar el grado de actividad y la respuesta al tratamiento. Es una técnica no invasiva que aporta información imperceptible al ojo clínico y permite al dermatólogo actuar con mayor rigor en el manejo de esta compleja entidad.

6. ALOPECIA ANDROGENÉTICA EN PACIENTE CON TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GÉNERO

O. Muñoz Moreno-Arrones y S. Vañó Galván

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

La alopecia androgenética (AAG), la alopecia más prevalente en la población general, es consecuente a un acortamiento progresivo de la fase anágena de los folículos pilosos en individuos genéticamente predispuestos bajo un determinado contexto bioquímico-hormonal que condiciona su miniaturización progresiva. Se sabe que los andrógenos (fundamentalmente la testosterona y su metabolito la dihidrotestosterona) están estrechamente relacionados con la AAG ya que el inicio de esta alopecia es pospuberal, los varones orquiectomizados antes de la pubertad no la desarrollan si no son expuestos a andrógenos y, asimismo, los pacientes con síndrome de insensibilidad de andrógenos o con mutaciones en la enzima 5-alfareductasa tampoco la padecen. Los individuos con trastorno de identidad de género *female to male* (FtM) poseen sexo cromosómico femenino, pero se someten a tratamiento androgénico para adquirir caracteres sexuales masculinos en detrimento de los femeninos. El tratamiento de estos pacientes con fármacos hormonales conlleva de forma inherente modificaciones dermatotricológicas deseadas (hirsutismo) y no deseadas (acné, seborrea o AAG). El objetivo hormonal de estos pacientes es que mantengan sus niveles de testosterona entre los límites fisiológicos de un varón biológico evitando eventos adversos asociados al tratamiento crónico con andrógenos. Los fármacos inhibidores de la 5-alfareductasa han demostrado su eficacia en ensayos clínicos en el tratamiento de la AAG. Actualmente, solo uno de ellos, el finasteride, tiene indicación aprobada para esta entidad y únicamente en varones entre 18-41 a dosis de 1 mg diario. A pesar de esto, su uso *offlabel* en mujeres se encuentra extendido en la práctica clínica habitual. Presentamos el primer caso, de una serie de casos en tratamiento, de un paciente transexual FtM que presenta AAG de patrón masculino tratado con finasteride sin evidenciarse alteraciones hormonales o clínicas adversas con mejoría significativa de su alopecia y asimismo proponemos una subclasificación terminológica de pacientes transexuales con AAG.

7. ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE Y LUPUS CUTÁNEO

J.F. Millán Cayetano, J. del Boz, P. García Montero,
C. García Harana y M. de Troya Martín

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

Introducción: Las alopecias cicatriciales primarias se caracterizan por el daño irreversible de los folículos pilosos. Se suelen clasificar según el tipo de infiltrado inflamatorio predominante. Entre aquellas con predominio de infiltrado linfocítico se encuentran el lupus cutáneo (LC) y la alopecia frontal fibrosante (AFF), habiéndose descrito en los últimos años aislados casos de presentación simultánea. Presentamos 3 casos de pacientes con LC confirmado por biopsia que desarrollaron lesiones clínicamente sugestivas de AFF.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 57 años con lesiones craneofaciales y en tronco de LC que 2 años después comenzó con retraso en la línea de implantación y pérdida de densidad de cola de cejas, siendo diagnosticada clínicamente de AFF (rechazó biopsia). Caso 2: mujer de 64 años con LC de 3 años de evolución afectando a cara, cráneo y tronco que desarrolló una alopecia cicatricial con pérdida de densidad y retraso en línea de implantación frontotemporal con estudio histológico compatible con lupus discoide. Caso 3: mujer de 41 años en seguimiento por placas alopecias en cuero cabelludo (con biopsia compatible con LC) que años más tarde comienza con pérdida de cabello en regiones frontotemporales de forma similar a la anterior.

Discusión: En el primer caso vemos cómo tras un periodo con LC sin afectación de cuero cabelludo surge una clínica de novo de AFF. En los otros dos la clínica de inicio es sugestiva de AFF, pero el estudio histológico confirma un LC. Teniendo en cuenta que ambas entidades se caracterizan por infiltrado inflamatorio linfocitario podría plantearse una eventual etiopatogenia común entre ambos procesos. Se podría pensar si ambas entidades (así como la AFF con el líquen plano pilar [LPP]) pudieran englobarse dentro del espectro de una misma entidad o si estamos ante un síndrome de solapamiento entre LC y LPP. La presencia de lesiones cutáneas fuera del cuero cabelludo podría actuar como posible factor de confusión excluyendo otras opciones diagnósticas.

8. TRASPLANTE CAPILAR INMEDIATO EN LA CIRUGÍA DE FEMINIZACIÓN FACIAL

A.J. Alcaide Martín^a, T. Meyer González^a, L.M. Capitán Cañadas^b
y D. Simón^b

^aServicio de Dermatología. Unidad de Tricología y Trasplante Capilar. BHR Clinic Málaga. Hospital Quirón. Málaga. ^bFacial Team. HC Marbella International Hospital. Málaga. España.

Introducción: La cirugía de feminización facial comprende una serie de técnicas quirúrgicas llevadas a cabo por cirujanos plásticos y maxilofaciales (y ahora también cirujanos de trasplante capilar) cuyo objetivo es suavizar los rasgos faciales masculinos en pacientes con diagnóstico de disforia de género. Este trabajo describe un método único en el que las técnicas quirúrgicas utilizadas en la feminización facial se llevan a cabo simultáneamente al trasplante de pelo.

Material y métodos: Las principales diferencias entre los rasgos faciales masculino y femenino están relacionadas fundamentalmente con la estructura ósea, pero también hay otras características

diferenciadoras importantes como son el cabello y la forma del nacimiento del pelo. Presentamos una serie de casos en los que se realizó trasplante capilar inmediato al mismo tiempo que la cirugía de feminización facial, que incluye tratamiento quirúrgico de la frente (escultura del hueso frontal con osteotomía y fresado, reposicionamiento y anclaje de la pared anterior del seno frontal) y también, en la mayoría de casos, tratamiento de otras áreas faciales: nariz, mentón, mandíbula, tráquea. El abordaje de la frente se realiza mediante una incisión coronal, obteniendo un fragmento elíptico de cuero cabelludo. Clásicamente, este fragmento del cuero cabelludo era desechado, pero hemos desarrollado una novedosa técnica en la que se emplean las unidades foliculares de ese fragmento extraído para el trasplante inmediato en la línea del cabello y entradas temporales.

Discusión y conclusiones: A través de ciertas áreas de la cara se puede intuir fácilmente el género de la persona, ya que son fácilmente reconocibles como masculinas o femeninas. La región fronto-naso-orbitaria es un área especialmente importante en la identificación visual del género facial. Mediante la combinación de ambas técnicas (trasplante capilar inmediato y reconstrucción de frente) los rasgos faciales masculinos pueden ser modificados hacia femeninos consiguiendo un elevado grado de satisfacción de nuestros pacientes.

9. TRASPLANTE DE PESTAÑAS PARA EL MANEJO DE MADAROSIS TRAUMÁTICA DE PÁRPADO SUPERIOR E INFERIOR

F. Alarcón Soldevilla, R.A. Figueroa, M. Gessa Sorroche,
F.M. Camacho Martínez y A. López Ávila

Hospital General Universitario Nuestra Señora del Rosell. Murcia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Las pestañas del párpado superior presentan características específicas que convierten en un reto su reconstrucción, tales 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, así también las pestañas del párpado inferior, que son de apariencia más frágiles y presentan una separación mayor entre ellas. Se han propuesto algunas técnicas, no existiendo un procedimiento estándar hasta el momento.

Caso clínico: Varón de 41 años sin antecedentes clínicos de relevancia que tras un accidente de tráfico presenta madarosis parcial de párpado superior, por lo que nos proponemos reconstruirla a partir de un injerto-tira obtenido de la ceja contralateral aprovechando que el párpado ofrece un rico aporte sanguíneo que asegura su supervivencia obteniéndose un aceptable resultado estético y funcional y de párpado inferior a partir de folículos individuales obtenidos del dorso de la mano mediante la técnica FUE.

Conclusiones: La reconstrucción de las pestañas del borde parpebral con un injerto-tira obtenido de la ceja es una técnica simple y segura que proporciona un aceptable resultado estético aprovechando su mayor similitud estructural y funcional con respecto a los pelos de otras localizaciones. El trasplante de forma individual de unidades foliculares en el párpado inferior obtenidos mediante la técnica FUE a partir del dorso de la mano proporciona un resultado satisfactorio.