



# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

### XX Reunión del Grupo Español de Tricología de la AEDV Alicante, 19 y 20 de octubre de 2018

#### Ponencias

##### 1. CASOS CLÍNICOS INTERACTIVOS. ABORDAJE TERAPÉUTICO. CASO 1

M. Galán Gutiérrez

*Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.*

**Introducción.** La alopecia areata (AA) se encuadra dentro de las alopecias no cicatriciales telogénicas de etiología autoinmune. En su etiopatogenia influyen diferentes factores como son una predisposición genética, una respuesta autoinmune de tipo celular, posible asociación a otras enfermedades autoinmunes y factores desencadenantes externos. La prevalencia exacta en España es desconocida, aunque se estima que puede oscilar entre el 0,5 y el 1 por mil de la población. Puede presentarse a cualquier edad, con aproximadamente un 60% de los casos que aparece entre los 5 y los 20 años, afectando por igual a ambos sexos. Clínicamente se caracteriza por la aparición de placas alopécicas de diferente tamaño y número en el cuero cabelludo, en las que con frecuencia pueden apreciarse pelos cortos con forma de signo de admiración (extremo distal más ancho que el proximal). Aunque esto constituye la forma más frecuente de afectación (focal o multifocal), existen otras formas de presentación como son la AA total (afectación de todo el cuero cabelludo), AA universal (pérdida del pelo corporal y cuero cabelludo), AA oñásica (alopecia de la línea de implantación del cabello a nivel frontoparieto-temporo-occipital), AA sisaifo (alopecia de todo el cuero cabelludo respetando la línea de implantación fronto-parieto-temporo-occipital), AA reticular (múltiples placas alopécicas en cuero cabelludo con persistencia de zonas de cabellos entre ellas), AA difusa o “incognita” (difícil de diagnosticar en ocasiones, corresponde a caída de cabello aguda y generalizada), AA enrocada (es AA total en la que persisten uno o varios mechones de pelo terminal), AA tipo MAGA/FAGA (la pérdida de cabello adquiere un patrón similar a la alopecia androgenética masculina o femenina), AA perinevoide (caída de cabello alrededor de un nevus melanocítico). Aunque la localización más frecuente de aparición es el cuero cabelludo, también puede apreciarse en otras localizaciones con o sin afectación del mismo, como la barba, cejas, pestañas,

vello corporal, axilar y pubiano. Además, en numerosas ocasiones puede verse afectación ungueal, en forma de pitting o depresiones puntiformes, lúnula moteada, onicomadesis, leuconiquia puntiforme, traquioniquia (tipo papel de lija o brillante) y la paquioniquia «seudomicótica».

**Objetivo.** A través de la presentación de un caso clínico se plantearán diferentes cuestiones que permitan aumentar el conocimiento de la patología y su manejo.

**Métodos.** Revisión sistemática de la literatura junto a la práctica clínica para realizar, mediante un caso clínico de la patología, una actualización en el manejo de la misma y las distintas opciones de tratamiento que existen.

**Resultados y conclusiones.** La alopecia areata es una patología frecuente en nuestras consultas de dermatología, estimándose que supone el 2% de las mismas, aproximadamente. Las formas clínicas más leves siguen siendo las más frecuentes, sin embargo, existen formas más severas de la enfermedad o con afectación de determinadas localizaciones, que condicionan un importante impacto en la calidad de vida del paciente, y que necesitarán de un abordaje algo “más activo”. Podríamos decir que el tratamiento de cada paciente será individualizado, planteando un plan terapéutico adecuado en el que valoremos la severidad de la afectación, la repercusión en el paciente y las posibilidades de tratamiento existentes. 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 terapéutica. Durante la presentación se revisarán las opciones terapéuticas actuales así como las emergentes en el manejo de esta enfermedad.

##### 2. NOVEDADES EN CIRUGÍA UNGUEAL

E. Jiménez Blázquez

*Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.*

En los últimos años, aunque no encontramos grandes novedades, se puede decir que se ha producido un cambio en algunos abordajes quirúrgicos siendo el más significativo la tendencia actual a no realizar avulsiones ungueales completas que quedan casi limitadas al tratamiento de la retroniquia, prefiriendo en su lugar la reali-

zación de avulsiones parciales. Incluso en las biopsias la permanencia del plato puede permitir en muchos casos una mejor valoración anatomopatológica. Aunque fue descrita en 2001 y a pesar de su relativa complejidad, la biopsia tangencial de la matriz ungueal se está afianzando como técnica de elección en el diagnóstico, sobre todo, de las melanoniquias longitudinales. En patologías tan frecuentes como la onicocriptosis se siguen manteniendo las técnicas clásicas con pequeñas aportaciones y muchos trabajos se basan en el “revival” de los tratamientos conservadores como el “taping” y el “packing”. Respecto a las uñas en pinza permanece sin aclarar su etiopatogenia y las técnicas más recientemente descritas son fusión o pequeña modificación de las que se venían utilizando. En cuanto al tratamiento quirúrgico de los tumores, trabajos recientes parecen demostrar la utilidad de la cirugía funcional en el manejo del carcinoma epidermoide sin afectación ósea y el melanoma de espesor menor a 1 mm, evitando las limitantes amputaciones que se realizaban previamente. También la cirugía de Mohs se va incorporando lentamente al abordaje de los tumores en esta localización incluso en el caso de tumores benignos que por las peculiaridades anatómicas y funcionales de esta estructura requieren minimizar la resección. En tumores de reciente descripción como los onicopapilomas y los onicomatricomas se va definiendo el abordaje quirúrgico más adecuado. Se aportan también algunas perlas que mejorarán el desarrollo y el resultado de las intervenciones y se recuerda, por las peculiares características de este tipo de cirugía, la conveniencia de realizar un consentimiento informado específico.

### 3. NOVEDADES EN ONICOLOGÍA CLÍNICA

L. Navarro Campoamor

*Hospital Beata M<sup>a</sup> Ana. Madrid. España.*

Se realiza una revisión de las novedades más relevantes en onicología clínica a lo largo del año comprendido entre septiembre 2017 y septiembre 2018. El objetivo es informar de las actualizaciones en patología ungueal, incluyendo las lesiones pigmentadas, la patología inflamatoria de la uña, las lesiones tumorales benignas y malignas del aparato ungueal, los avances en métodos de diagnóstico y la repercusión en la uña de los nuevos sistemas estéticos. Se realiza una revisión bibliográfica crítica de los principales artículos publicados en PubMed en relación con la patología ungueal, con el objetivo de familiarizar a la audiencia con los signos clínicos diagnósticos, la toma de decisión de realización de biopsias ungueales y el adecuado tratamiento de las enfermedades de las uñas.

### 4. NOVEDADES 2018 ALOPECIAS NO CICATRICIALES

S. Vañó

*Unidad de Tricología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Unidad de Tricología y trasplante capilar de la clínica Grupo Pedro Jaén. Madrid. España.*

Realizamos una revisión bibliográfica incluyendo información de artículos publicados en PubMed/Medline en 2017/2018, artículos aceptados en prensa, comunicaciones a congresos nacionales e internacionales de tricología, ensayos clínicos en clinicaltrials.gov, novedades de la industria y noticias en medios. Podemos agrupar las novedades 2018 en alopecias no cicatriciales en 4 grupos:

#### 1. Alopecia androgénica:

A) Uso del minoxidil oral a dosis bajas (1 mg en mujeres y 5 mg en hombres) como una terapia efectiva y con un perfil de seguridad bueno en alopecia androgénica.

B) Fármacos tópicos agonistas de la vía Wnt: metilvanilato, ácido valproico, SM04554.

C) Dutasterida ha demostrado en estudios clínicos una mayor efectividad que finasterida, con un perfil de seguridad similar.

D) Los inhibidores de la 5-alfa reductasa tienen un riesgo muy bajo, casi similar a placebo, de producir efectos adversos a nivel sexual, según los metaanálisis publicados.

E) Según los estudios publicados, finasterida y dutasterida no aumentan el riesgo de cáncer de próstata ni cáncer de mama.

F) El uso de finasterida tópico en combinación con minoxidil tópico es más efectivo que el uso aislado de minoxidil tópico.

G) Las terapias físicas (microneedling y láser de baja potencia) han demostrado efectividad en alopecia androgénica en estudios clínicos.

H) Nueva terapia con potencial utilidad en alopecia androgénica: cetirizina tópica.

I) Existen 3 modalidades de tratamiento con células madre, en orden creciente de complejidad:

- Aislamiento de células madre foliculares y aplicación directa (sin cultivo previo) en cuero cabelludo mediante microinyecciones: terapia consistente en hacer una biopsia de región occipital, procesar la biopsia con un dispositivo para aislar las células madre foliculares, y directamente inyectarlas en mesoterapia en el cuero cabelludo en el mismo acto quirúrgico. Procedimiento en el que se inyecta un número bajo de células madre foliculares, los estudios publicados son muy preliminares y aun es necesaria mayor evidencia científica para demostrar el impacto real de esta terapia.

- Lipoaspirado de células madre mesenquimales de la grasa: procedimiento quirúrgico que consiste en realizar una liposucción para aislar el tejido celular subcutáneo, procesar la grasa y aislar las células madre mesenquimales y la fracción vascular estromal. A continuación, se aplican en cuero cabelludo mediante microinyecciones. Efectividad moderada demostrada en varios artículos, con el inconveniente de tener que realizar una intervención quirúrgica al paciente.

- Aislamiento de células madre foliculares, cultivo in vitro y aplicación mediante microinyecciones (también llamada “regeneración folicular” o “clonación capilar”): técnica muy compleja y que en la actualidad solo puede realizarse en el ámbito de la investigación. Consiste en realizar una biopsia de la zona occipital y procesarla en un laboratorio para poder aislar, cultivar y expandir las células madre foliculares (proceso que tarda entre 6-8 semanas). A continuación, se aplican en el cuero cabelludo mediante microinyecciones. Esta técnica permite aplicar un número muy elevado de células madre, pero los resultados preliminares en humanos son mucho más discretos que los resultados obtenidos en modelos murinos, por lo que aún es necesaria mucha investigación en este campo.

#### 2. Efluvio telógeno crónico:

A) Uso del minoxidil oral a dosis bajas (0,25-2,5 mg diarios) en mujeres con efluvio telógeno crónico. Efectivo y con buen perfil de seguridad. Efecto adverso más frecuente: 36% hipertricosis, pero que no supuso la retirada del fármaco.

#### 3. Alopecia areata:

A) Utilidad de los fármacos anti-JAK tofacitinib, ruxolitinib y bari-citinib. Desarrollo de los fármacos anti-JAK tópicos.

B) Desarrollo de nuevas terapias biológicas y nuevas dianas terapéuticas (IL-4, IL-15, IL-23) C) Estudios mostrando nula efectividad de apremilast y secukinumab en alopecia areata.

D) Metaanálisis de inmunoterapia con difenciprona: efectividad en el 65% de pacientes, puede inducir repoblación completa en 1/3 pacientes con alopecia totalis/universalis.

E) Los niveles altos en sangre de IL-12 predicen una mejor respuesta a DFSP. Los niveles altos de IgE se asocian con mayores efectos adversos.

F) Los pacientes con alopecia areata presentan menores niveles de vitamina D que los controles, pero aún no existe evidencia del beneficio de suplementar vitamina D en estos pacientes.

G) La hidroxicloquina puede ser una herramienta terapéutica de utilidad en niños con alopecia areata.

H) Los sistemas capilares fijos FAS suponen una herramienta cosmética interesante para pacientes con alopecia areata total o universal.

#### 4. Alopecia por quimioterapia:

A) Utilidad del scalp cooling como terapia preventiva del efluvio anágeno por quimioterapia. Evita el efluvio en aproximadamente el 50% de los pacientes que reciben quimioterapia por cáncer de mama, con buena tolerancia.

## Comunicaciones orales

### C1. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON DUTASTERIDA EN ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

C. Pindado-Ortega, D. Saceda-Corralo, Á. Hermosa-Gelbard, Ó. M. Moreno-Arrones y S. Vañó-Galván

*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Introducción.** La alopecia fibrosante frontal (AFF) es un tipo de alopecia cicatricial primaria caracterizada por una recesión simétrica de la línea de implantación frontal del cuero cabelludo y, con menor frecuencia, alopecia de las cejas, axilas, área púbica y extremidades. La etiopatogenia de la AFF es desconocida. Se cree que es debida a una reacción autoinmune mediada por linfocitos T. La localización en la línea frontal del cabello, el predominio en mujeres posmenopáusicas y la estabilización del retroceso con fármacos antiandrogénos sugieren que los andrógenos pueden desempeñar un papel patogénico.

**Objetivos.** Evaluación de la seguridad y efectividad del tratamiento con dutasterida en pacientes con AFF.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo, descriptivo y unicéntrico. Se realizó una revisión de las historias clínicas de los casos catalogados en el archivo de la unidad de Tricología del servicio de Dermatología como "AFF" desde enero de 2011 hasta enero de 2017 hasta llegar a un tamaño muestral aproximado de 250 pacientes. Se recogieron variables sociodemográficas, variables relacionadas con cambios en la medición de la línea de implantación y la tricoscopia, efectos adversos y mejoría en las diferentes escalas de los cuestionarios de calidad de vida. Se comparó el tratamiento con dutasterida con las otras modalidades terapéuticas.

**Resultados y conclusiones.** Se presentarán en la XX reunión del Grupo Español de Tricología de la AEDV.

### C2. ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 75 PACIENTES

P. Maldonado Cid<sup>a</sup>, V.M. Leis Dosil<sup>a</sup>, C. Garrido Gutiérrez<sup>a</sup>, S. Salinas Moreno<sup>b</sup> y R.M. Díaz Díaz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. *Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. España.*

**Introducción.** La alopecia frontal fibrosante (AFF) es un tipo de alopecia cicatricial cuya incidencia parece estar aumentando. Existen pocos estudios que describan las características de estos pacientes y la respuesta al tratamiento.

**Objetivos.** Describir las características demográficas, clínicas, y los tratamientos utilizados en los pacientes con AFF atendidos en la consulta de Tricología de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se recogieron de forma retrospectiva datos de todos los pacientes diagnosticados de AFF atendidos en la consulta de Tricología del Hospital Universitario Infanta Sofía desde mayo de 2016 a mayo de 2018.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 75 pacientes (73 mujeres y 2 varones). El diagnóstico en la mayoría de los casos fue clínico, se realizó estudio histológico en el 17,3% de los pacientes. El 56% de los pacientes presentaba alopecia en grado leve (menos de 3 cm de retroceso frontal y/o lateral). La edad media de inicio del cuadro fue de 60,8 años. El tiempo de evolución medio de la enfermedad fue de 4,5 años. El 93,3% de los casos presentaba afectación de las cejas, y en el 9,3% de los casos se objetivaron signos de liquen orogenital. El 14,7% de los pacientes asociaban hipotiroidismo. En los pacientes inestables y/o sintomáticos se instauró tratamiento oral o intralesional, logrando la estabilización en el 76% de los casos.

**Discusión.** La mayoría de nuestros pacientes son mujeres posmenopáusicas, con 2 varones en nuestra serie. El tratamiento sistémico más utilizado han sido los inhibidores de la 5 alfa reductasa, y hemos conseguido la estabilización en la mayoría de nuestros casos.

**Conclusión.** Los datos demográficos y clínicos de nuestros pacientes son similares a los reportados previamente en la literatura. Hemos logrado buenos resultados con el uso de tratamiento sistémico, aunque el tiempo de seguimiento es corto.

### C3. ESCALA TRICOSCÓPICA PARA EVALUAR LA ACTIVIDAD EN LA FOLICULITIS DECALVANTE

D. Saceda Corralo, Ó. Muñoz Moreno-Arrones, Á. Hermosa-Gelbard, C. Pindado Ortega y S. Vañó Galván

*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Introducción.** La foliculitis decalvante es la alopecia cicatricial neutrofílica más frecuente. Su curso es intermitente, con brotes inflamatorios que destruyen los folículos pilosos y períodos de inactividad. Identificar los signos tricoscópicos asociados a los brotes inflamatorios puede ayudar al mejor manejo de la enfermedad.

**Objetivo.** Desarrollar una escala de actividad de la foliculitis decalvante basada en la tricoscopia.

**Método.** Estudio prospectivo multicéntrico observacional que incluye a pacientes diagnosticados de foliculitis decalvante bajo seguimiento en Unidades de Tricología. Se recogieron variables clínicas (tiempo de evolución, prurito, tricodinia, sangrado en la última semana, costras mielécricas o hemorrágicas, pústulas clínicas), imágenes tricoscópicas estandarizadas con tricoscopio digital y valoración subjetiva de actividad clínica. Se identificaron signos tricoscópicos relacionados con brotes inflamatorios o períodos de inactividad, y se confirmó correlación estadística con la valoración de actividad clínica. Los ítems estadísticamente significativos se integran en la Escala de Actividad Tricoscópica de la Foliculitis Decalvante.

**Resultados y conclusiones.** Se presentarán en la próxima reunión del Grupo Español de Tricología en octubre de 2018.

### C4. FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ALOPECIA EN 22 UNIDADES DE TRICOLOGÍA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

S. Vañó-Galván, D. Saceda-Corralo, Ó. M. Moreno-Arrones, C. Pindado, Á. Hermosa, P. Fonda, R. Grimalt y P. Jaén

*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Introducción.** No existen estudios recientes que evalúen la frecuencia de los diferentes tipos de alopecia en los pacientes que consultan en las unidades específicas de tricología. El objetivo principal del estudio fue analizar la frecuencia de los diferentes subtipos de alopecia en pacientes evaluados en unidades de referencia de tricología. Los objetivos secundarios fueron analizar las diferencias en la frecuencia de las alopecias entre regiones geográficas y según actividad pública o privada.

**Métodos.** Estudio multicéntrico retrospectivo incluyendo datos obtenidos de diferentes unidades de tricología de múltiples países, en el

periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2017. Participaron un total de 22 centros, repartidos en diferentes localizaciones, incluyendo Estados Unidos, España, Sudamérica, Australia, Sudáfrica y Europa. Cada centro participante recogió los siguientes datos en los pacientes que acudieron durante el periodo de estudio: tipo de alopecia (androgénica, efluvio telógeno, areata, frontal fibrosante, liquen plano pilar, lupus discoide, folliculitis decalvante, alopecia cicatricial central centrífuga, traccional, tricotilomanía, displasias pilosas y otras), tipo de consulta (pública/privada), primera visita vs. revisión, género y edad. Cada centro incluyó retrospectivamente un mínimo de 100 pacientes durante el periodo de estudio. Si un mismo paciente presentó 2 o más tipos de alopecia concomitantemente, todas ellas se recogieron en la base de datos para el estudio.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 2.835 pacientes. De ellos, 298 acudieron con 2 formas concomitantes de alopecia, por lo que en total se analizaron un total de 3.133 formas de alopecia. La edad media de los pacientes fue de 43,8 años (rango 1-92 años), 2.307 pacientes fueron mujeres (74%) y 826 fueron hombres (26%). Del total de pacientes, 1.008 (32%) fueron evaluados en primera visita y 2.125 (68%) en revisión. Del total de centros, 2.171 pacientes (69%) fueron evaluados en un ámbito privado mientras que 962 (31%) fueron evaluados en el ámbito público. Se realizaron 57 diagnósticos diferentes de alopecia. La alopecia más frecuente fue la alopecia androgénica (37,7%), seguida de la alopecia areata (18,2%), el efluvio telógeno (11,3%) y la alopecia frontal fibrosante (10,8%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de las diferentes alopecias atendidas en el ámbito público (alopecia areata > alopecia frontal fibrosante > alopecia androgénica) vs. privado (alopecia androgénica > efluvio telógeno > alopecia areata). La alopecia cicatricial más frecuente fue la alopecia frontal fibrosante, seguida del liquen plano pilar y de la folliculitis decalvante. Las alopecias más frecuentes en varones fueron: AGA (48% de varones), seguida de AA (25%), folliculitis decalvante (6,9%), LPP (5%), efluvio telógeno (3,8%), celulitis disecante (2,7%), AFF (1,9%), acné keloidal nuchae (1,8%), lupus discoide (0,9%) y FAPD (0,7%). Las alopecias más frecuentes en mujeres fueron: AGA (34,2%), AA (15,7%), AFF (14%), ET (13,5%), LPP (8,5%), lupus discoide (2,3%), FAPD (2,2%), alopecia traccional (1,9%), folliculitis decalvante (1,4%) y ACCC (1,3%). Se analizó la frecuencia de las diferentes alopecias por continentes (Europa, América, África y Australia). No se encontraron diferencias relevantes en la frecuencia de alopecia androgénica, alopecia areata, efluvio telógeno, alopecia frontal fibrosante ni liquen plano pilar. Se encontró una mayor frecuencia de alopecia cicatricial central centrífuga, alopecia traccional y acné queiloideo de la nuca en África.

#### Conclusiones.

- 1) La alopecia androgénica, seguida de la alopecia areata y el efluvio telógeno, fueron las alopecias no cicatriciales más frecuentes.
- 2) La AFF fue la alopecia cicatricial más frecuente en todas las regiones geográficas estudiadas, seguida del LPP y la folliculitis decalvante.
- 3) La folliculitis decalvante fue el tercer tipo de alopecia más frecuente en varones después de la alopecia androgénica y la alopecia areata.
- 4) La AFF fue el tercer tipo de alopecia más frecuente en mujeres después de la alopecia androgénica y la alopecia areata.
- 5) Se realizaron 57 diagnósticos diferentes de alopecia, resaltando la importancia de un adecuado diagnóstico en tricología.

### C5. ¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE UNA PLACA INFILTRADA DE CUERO CABELLUDO Y ADENOPATÍAS CERVICALES?

A. Combalia<sup>a</sup>, X. Fustà-Novell<sup>a</sup>, A. García-Herrera<sup>b</sup> y J. Ferrando<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Dermatología. <sup>b</sup>Unidad de Patología. Hospital Clinic de Barcelona. Barcelona. España

Presentamos el caso de una mujer 49 años de edad, que consultó en nuestro servicio por una placa eritematosa de 3 cm de diámetro en

cuero cabelludo. Paralelamente, la paciente se encontraba en estudio por hematología por un cuadro caracterizado por adenopatías cervicales bilaterales, neutropenia ( $2,2 \times 10^9/l$ ) y anticuerpos antinucleares positivos (títulos 1:160). Tanto la tomografía computarizada como la tomografía por emisión de positrones con 18 fluorodeoxiglucosa confirmaron la presencia de adenopatías cervicales bilaterales con ganglios linfáticos agrandados de hasta 2 cm de tamaño. Se realizó una biopsia de piel que mostró un leve cambio vacuolar en las células basales epidérmicas, acompañado de un infiltrado linfocitario perifolicular junto con cariorrexis en la dermis reticular. El estudio inmunohistoquímico reveló que el infiltrado linfocitario era CD3+, predominantemente CD8+. La positividad de CD68, CD163 y mieloperoxidasa puso en evidencia la presencia de múltiples histiocitos, y la positividad de CD123 la presencia de algunos monocitos plasmocitoides. No se detectaron neutrófilos, eosinófilos ni granulomas en el infiltrado, ni se encontraron hallazgos sugestivos de vasculitis. La biopsia de los ganglios linfáticos reveló hiperplasia paracortical, necrosis en parches con abundantes restos celulares y una profusión de células histiocíticas periféricas. Se diagnosticó una enfermedad de Kikuchi-Fujimoto con compromiso cutáneo.

### C6. ANÁLISIS DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN PACIENTES AFECTOS DE ALOPECIA AREATA

Ó. Muñoz Moreno-Arrones, D. Saceda Corralo, R. Rodrigues-Barata, C. Pindado Ortega y S. Vañó Galván

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

**Introducción.** La alopecia areata es una patología autoinmunitaria crónica, recidivante y de pronóstico impredecible consecuencia del daño a los folículos pilosos mediado fundamentalmente por linfocitos. En otras patologías crónicas autoinmunitarias y autoinflamatorias se ha determinado la influencia sobre el sistema inmune de la microbiota intestinal como detonante o agravante de las mismas.

**Objetivo.** Determinar si los pacientes afectados de alopecia areata muestran una microbiota intestinal diferente a la población sana.

**Materiales y métodos.** Se reclutó a 15 pacientes afectados de alopecia areata totalis o universalis no tratados y 15 controles sanos convivientes. Posteriormente, se obtuvieron las muestras fecales y tras su procesamiento y extracción de ADN se llevó a cabo la creación de librerías de amplicones 16S rDNA y finalmente la pirosecuenciación masiva de ellos mediante un secuenciador Roche GS FLX. Por último, se llevó a cabo un estudio bioinformático para determinar la  $\alpha$  y  $\beta$  biodiversidad de la microbiota intestinal de los sujetos reclutados.

**Resultados.** Se encontraron diferencias cuali- y cuantitativas estadísticamente significativas.

### C7. NEVUS FLAMEUS DE LA NUCA Y ALOPECIA AREATA: EL TAMAÑO IMPORTA

A. Combalia, L. Rojano-Fritz y J. Ferrando

Unidad de Dermatología. Hospital Clinic de Barcelona. Barcelona. España.

Las afecciones extrafolliculares de la alopecia areata (AA) se relacionan clásicamente con un peor pronóstico de la enfermedad, y estudios previos han sugerido que la presencia de un nevus flammeus persistente en la nuca (NFN) se relaciona con una mayor gravedad y duración de la enfermedad. La asociación entre AA y NNF fue descrita por primera vez por Hatzis y colaboradores en 1988, quienes demostraron que la relación era estadísticamente evidente y no se debía a un simple sesgo de observador, una teoría que ha



sido respaldada por publicaciones adicionales. Presentamos un estudio en el que determinamos en 80 individuos (40 pacientes diagnosticados con AA y 40 controles) la presencia /ausencia de NFN y el tamaño del mismo. El examen de ambos casos y controles fue realizado por los mismos dos clínicos experimentados. El diagnóstico de NFN se basó en la presencia de un parche rosado congénito en la nuca o en el área occipital y la exclusión de otras posibles causas. EL NFN se evidenció en 30 pacientes con alopecia areata (75%) con un tamaño medio de 20,66 cm<sup>2</sup> (rango 1-54 cm<sup>2</sup>) y en 14 controles (35%) con un tamaño medio de 7,71 cm<sup>2</sup> (rango 2-24 cm<sup>2</sup>). Con respecto a los subgrupos en pacientes con AA, encontramos que el tamaño del NNF estaba directamente relacionado con la gravedad de AA. No hubo diferencias en cuanto a la incidencia y el tamaño de NNF entre el grupo de control y el AA de bajo grado (AAF-grupo 1), mientras que las formas graves de AA (AAMF-grupo 2, AAT-grupo 3 y AAU-grupo 4) se asociaron con mayor incidencia y tamaño de NFN. De todos modos, la patogenia exacta de esta asociación aún no está clara, y son necesarios estudios adicionales con un mayor número de pacientes para validar esta asociación y determinar qué vías moleculares o marcadores genéticos están involucrados.

## Pósteres

### P01. ALOPECIA CICATRICAL EN MUJER CAUCÁSICA DE FOTOTIPO III

D. Fernández Nieto<sup>a</sup>, D. Saceda Corralo<sup>a</sup>, C. Moreno García del Real<sup>b</sup>, S. Vañó Galván<sup>a</sup> y P. Jaén Olasolo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Introducción.** Presentamos el caso de una mujer de 56 años posmenopáusica, fototipo III, sin otros antecedentes personales de interés que consulta por alopecia progresiva de 5 años de evolución asociando episodios aislados de prurito y sensibilidad.

**Caso clínico.** La inspección visual mostró pelo rizado rubio con alopecia difusa de predominio en vértex. Pull-test y tug-test negativos. La tricoscopia observó disminución de la densidad folicular con hiperqueratosis folicular. Destacó la presencia de un halo blanquecino perifolicular acompañante y la presencia de hiperpigmentación con patrón en panal de abeja en los espacios interfoliculares. Los tallos pilosos no presentaban alteraciones ni signos de miniaturización. Con la sospecha de alopecia cicatricial centrífuga central se realizó biopsia cutánea que mostró un infiltrado linfocitario perifolicular y perivasculas superficial, fibrosis laminar concéntrica perifolicular en capas de cebolla y disminución del número de glándulas sebáceas. El epitelio folicular de algunos folículos se fusionaba a nivel de la vaina radicular externa.

**Discusión.** La alopecia cicatricial centrífuga central (ACCC) es la forma de alopecia cicatricial más frecuente en mujeres afroamericanas de fototipos altos. El diagnóstico de la alopecia cicatricial centrífuga central se basa en la correlación clínico-patológica. Entidades como la alopecia androgénica, el líquen plano pilar o el lupus eritematoso discoide se pueden presentar con un patrón de alopecia progresiva de predominio en vértex o en la parte central del cuero cabelludo. La tricoscopia es de gran ayuda en el diagnóstico, la presencia de un halo gris-blanquecino perifolicular es característica de esta entidad y ayuda en la selección de la zona a biopsiar. Histopatológicamente traduce la fusión de los folículos afectados con la vaina radicular externa. Presentamos un caso de ACCC en una paciente con fototipo poco habitual para esta patología del que existen pocos casos descritos, con características clínicas y tricoscópicas superponibles a las ya existentes en la literatura previa.

### P02. DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS TRICOSCÓPICOS EN EL LUPUS ERITEMATOSO CRÓNICO Y CORRELACIÓN CON PRESENTACIÓN CLÍNICA

H. Gomez Q., D. Saceda, O. Muñoz Moreno-Arrones, C. Pindado Ortega y S. Vaño

Unidad de Tricología. Servicio de Dermatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Introducción.** El lupus eritematoso crónico (LEC) es una causa de alopecia cicatricial en el cuero cabelludo. Se presenta en forma de placas eritematodescamativas que evolucionan a placas atróficas con hiper- e hipopigmentación y telangiectasias. El diagnóstico se confirma mediante la correlación clinicopatológica con biopsia cutánea. La tricoscopia permite reconocer estructuras características del LEC, para ayudar al diagnóstico y a dirigir la biopsia a puntos rentables. Sin embargo, no se han correlacionado los hallazgos tricoscópicos con la presentación clínica de los pacientes con LEC.

**Objetivo.** El objetivo principal de este estudio es describir de forma sistemática los hallazgos tricoscópicos en una serie de pacientes con LEC y correlacionarlos con su presentación clínica en consulta. **Materiales y métodos.** Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se incluyeron a los pacientes de la Unidad de Tricología del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal con diagnóstico de LEC y alopecia en el cuero cabelludo. El diagnóstico se confirmó mediante biopsia cutánea y correlación clínica. Se recogieron datos epidemiológicos (edad, sexo, antecedentes personales), clínicos (tiempo de evolución de la enfermedad, presentación clínica de lesiones previas y actuales) y terapéuticos (terapias utilizadas y la respuesta al tratamiento). Se realizaron fotos clínicas y tricoscópicas, y estas fueron analizadas por 3 observadores, de forma independiente. **Discusión, resultados y conclusiones.** Las discusiones, resultados y conclusiones se presentarán en la reunión anual del Grupo Español de Tricología en Alicante en octubre de 2018.

### P03. PRESENTACIÓN DE UN NUEVO CASO DE ALOPECIA CICATRICAL CENTRAL CENTRÍFUGA CON PATRÓN PARCHEADO

A. Gómez-Zubiaur<sup>a</sup>, M.D. Vélez-Velázquez<sup>b</sup>, A. Rodríguez-Villa Lario<sup>a</sup>, A.B. Piteiro-Bermejo<sup>a</sup> y L. Trasobares-Marugán<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.

**Introducción.** La alopecia cicatricial central centrífuga (ACCC) es un tipo de alopecia linfocítica cicatricial que se presenta en mujeres de raza negra. La denominación actual se estableció en 2001 y hace referencia a su patrón de presentación clínica, con inicio en la zona central del cuero cabelludo y avance progresivo hacia la periferia. Sin embargo, Miteva et al. publicaron en 2015 una variante clínica, con parches alopécicos en área parietal y occipital, sumados a la clásica afectación central del cuero cabelludo. Presentamos un nuevo caso de ACCC con patrón parcheado.

**Caso clínico.** Se trata de una mujer de 50 años y natural de Ghana que consultó por placas alopécicas de aparición progresiva desde hace más de 10 años. Refería peinados con importante tracción y empleo de alisados químicos en su juventud. Se observaban parches alopécicos confluentes en zona de vértex, algunos aislados en zona occipital y múltiples parietales irregulares e interconectados con aspecto laberíntico. La dermatoscopia reveló un retículo en panal de abejas, puntos blancos irregulares interfoliculares, diversos diámetros en los tallos pilosos, áreas blanquecinas cicatriciales, descamación perifolicular e interfolicular así como halos grisáceos rodeando ostium foliculares. Se tomó una biopsia de uno de los parches parietales que confirmó el diagnóstico de ACCC, con presencia de degeneración prematura de la vaina radicular interna, fragmentos rotos de tallos pilosos y fibrosis concéntrica perifolicular.

**Discusión.** Este nuevo patrón de ACCC ofrece mayores dificultades en el diagnóstico diferencial con la alopecia traccional (AT), también muy prevalente en la raza negra. La AT afecta a las zonas marginales frontoparietales, aunque también puede asociar parcheado en el resto del cuero cabelludo. Además, ambas formas clínicas pueden coexistir. La ausencia de los hallazgos dermatoscópicos característicos, así como de inflamación y fibrosis a nivel histológico permitirán orientar el diagnóstico.

**Conclusión.** Es fundamental ver a las pacientes sin peinados específicos, ya que pueden camuflar una ACCC de patrón parcheado y diagnosticarse erróneamente de AT.

#### P04. "RED SPIDER IN YELLOW DOT". UN SIGNO TRICOSCÓPICO CARACTERÍSTICO

J. Jiménez Cauhé, D. Saceda Corralo y S. Vañó Galván

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

**Caso clínico.** Mujer de 42 años, sin antecedentes de interés, que consultaba por una placa alopecica aislada, sin síntomas asociados, descubierta de forma casual y de tiempo de evolución indeterminado. La visualización de la placa mediante tricoscopia mostraba puntos amarillos tenues desde donde emergen telangiectasias o vasos arboriformes finos y bien enfocados. Este hallazgo tricoscópico, denominado "red spider in yellow dot", es relativamente infrecuente y muy característico de lupus crónico discoide, especialmente de lesiones inactivas o de larga evolución de esta enfermedad.

**Discusión.** El lupus eritematoso cutáneo crónico y la afectación del cuero cabelludo se incluye dentro de las alopecias cicatriciales primarias linfocíticas. En formas activas de la enfermedad, los signos tricoscópicos típicos son los vasos tortuosos gruesos y los puntos amarillos grandes, además de otros como puntos rojos foliculares, puntos azulgrises con patrón moteado o hiperqueratosis interfolicular. Sin embargo, en estadios tardíos e inactivos, las placas de LED adquieren un fondo más atrófico ("milky-red"), los puntos amarillos son más pálidos y difusos y los vasos arboriformes se encuentran adelgazados y superpuestos encima de los puntos amarillos, dando lugar al signo "red spider in yellow dot", como en el caso que presentamos. En ocasiones, el estudio histológico no permite diferenciar el LED de otras alopecias cicatriciales primarias, especialmente del liquen plano pilar, por lo que la tricoscopia es fundamental en estos casos. Conocer estas características es útil no solo para el diagnóstico diferencial, sino también para estimar la actividad y el estadio de evolución de las lesiones, con las implicaciones terapéuticas que ello conlleva.

#### P05. MICROSCOPIA CONFOCAL EN EL DIAGNÓSTICO DE ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

D. Ortega-Quijano<sup>a</sup>, D. Fernández-Nieto<sup>a</sup>, R. Carrillo-Gijón<sup>b</sup>, G. Segurado-Miravalles<sup>a</sup> y D. Saceda-Corralo<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Introducción.** La alopecia frontal fibrosante (AFF) es un tipo alopecia cicatricial linfocítica primaria de incidencia creciente a nivel mundial. El diagnóstico precoz es esencial para instaurar un tratamiento capaz de frenar su progresión a estadios avanzados. Las

nuevas técnicas diagnósticas no invasivas como la microscopia confocal podrían ser útiles para su detección.

**Caso clínico.** Mujer premenopáusica sin antecedentes personales ni familiares de interés acude a nuestra consulta de tricología con diagnóstico previo de alopecia androgenética refractaria a tratamiento tópico con minoxidil 5% diario durante 2 años. A la exploración se observó una pérdida leve de densidad capilar a nivel frontal, sin afectación de las cejas ni presencia de pápulas faciales. La tricoscopia mostró una ausencia de vello en la línea de implantación, con puntos negros aislados. Ante la escasez de hallazgos clínicos se decidió realizar un estudio de microscopia confocal de los puntos negros, el cual evidenció como hallazgo más característico un marcado borramiento e infiltrado inflamatorio en la unión dermoepidérmica a nivel perifolicular. Finalmente se realizó una biopsia de cuero cabelludo que confirmó el diagnóstico de AFF.

**Discusión.** El uso de nuevas técnicas no invasivas como la microscopia confocal es de utilidad en el diagnóstico y monitorización de tratamiento en diversas patologías cutáneas

#### P06. TIÑA CAPITIS SIMULANDO LIQUEN PLANO PILAR EN MUJER DE EDAD AVANZADA

A.M. Victoria Martínez, J. Frías Iniesta, M. Lova Navarro, B. Ferri Níguez, T. Martínez Menchón, R. Corbalán Vélez y P. Sánchez-Pedreño Guillén

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.*

La tiña capitis ha sido considerada una enfermedad típica de la infancia, siendo excepcional en la edad adulta. Presentamos un nuevo caso de tiña del cuero cabelludo por *Trichophyton rubrum* en una anciana inmunocompetente. Mujer de 75 años con AP de hipertensión arterial en tratamiento con telmisartán-hidroclorotiazida, que consulta por alopecia intensa de 1 año de evolución y erupción en cuero cabelludo, en tratamiento con corticoides tópicos durante 6 meses, sin mejoría. A la exploración se observaba alopecia difusa, afectando sobre todo a la región temporoparietal, con eritema y descamación en todas las superficies alopecicas, con zonas de hiperqueratosis folicular. Se realizó biopsia punch para HE e IFD, ante sospecha de liquen plano pilar vs. tiña de cuero cabelludo, observándose infiltrado inflamatorio mixto en relación con restos de un folículo piloso y con técnica Pas-diastasa y Gram presencia de numerosas hifas y esporas fúngicas en los tallos pilosos intrafoliculares. Se realizó un cultivo de hongos que fue positivo para *T. rubrum*. Con el diagnóstico de tiña capitis se dio tratamiento con terbinafina 250 mg/día 3 meses con mejoría clínica. En los últimos años se han observado cambios en el patrón epidemiológico de las tiñas capitis, detectándose un incremento en la prevalencia en los pacientes de edad avanzada, en particular en mujeres alrededor de la menopausia o en ancianas. Estas pacientes suelen presentar características clínicas, con frecuencia, atípicas. La baja sospecha clínica condiciona tratamientos empíricos inadecuados que retrasan el diagnóstico y complican la respuesta terapéutica. Entre los factores que podrían favorecer su desarrollo a esta edad se incluyen cambios hormonales (probablemente porque estas alteraciones modifican la secreción y composición del sebo, cuyos ácidos grasos de cadena larga protegen de forma natural frente a la infección), el uso de ciertos cosméticos capilares o la frecuentación de peluquerías que podrían favorecer la transmisión.