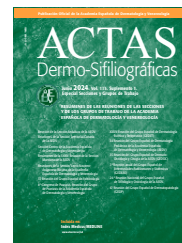




# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

### 24.<sup>a</sup> Reunión Nacional del Grupo Español de Tricología y Onicología de la AEDV Córdoba, 20-21 de octubre de 2023

#### Comunicaciones orales

##### C1. DOSIS ELEVADAS DE MINOXIDIL ORAL (HDOM) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA ANDROGENÉTICA

Ó. Muñoz Moreno-Arrones<sup>a</sup>, Á. Hermosa Gelbard<sup>a</sup>, J. Jiménez Cauhé<sup>a</sup>, D. Saceda Corralo<sup>a</sup>, D. Ortega Quijano<sup>a</sup>, R. Gil Redondo<sup>b</sup> y S. Vañó Galván<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. <sup>b</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivos.** El minoxidil oral a dosis bajas (LDOM) (menos de 5 mg diarios) ha cambiado el pronóstico de la alopecia androgenética masculina (MAGA) y femenina (FAGA). Sin embargo, en la mayoría de los pacientes el tratamiento médico no alcanza la respuesta completa deseada por el paciente. El objetivo de este estudio es describir la efectividad y seguridad del uso de minoxidil oral a dosis elevadas (HDOM) (> 5 mg diarios) en pacientes afectados de MAGA o FAGA.

**Métodos.** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo que reclutó a 40 pacientes afectados de alopecia androgenética que habían recibido HDOM al menos durante 6 meses. Se valoró la efectividad de HDOM según escala ordinal de mejoría clínica tras la última revisión del paciente.

**Resultados.** Globalmente se reclutaron 40 pacientes (95% varones, edad media 42,7 años [desviación estándar 4,3 años]). Tres pacientes (7,5%) eran hipertensos y recibían medicación antihipertensiva. Doce pacientes (30%) utilizaron minoxidil oral comercializado y el restante 70%, formulación magistral. La dosis diaria fue de 10 mg diarios (84% de los pacientes), 7,5 mg (9,6%) y 7 mg (6,4%). Dos pacientes (5%) iniciaron directamente HDOM sin pasar por LDOM. Los pacientes que habían utilizado LDOM en el pasado no habían sufrido efectos adversos distintos a la hipertriosis. En la totalidad de los pacientes el tratamiento con HDOM se añadió a tratamiento médico previo crónico (dutasterida 93,6%; finasterida 6,4%). Respecto a la efectividad, un paciente (2,5%) no obtuvo ninguna mejoría con el paso de LDOM a HDOM; 8 pacientes (20%) mejoraron menos de un 10%, 23 pacientes (57,5%) mejoraron entre un 10 y un 30%, 4

pacientes (10%) mejoraron entre 30 y 50% y 5 pacientes (12,5%) mejoraron más de un 50% en su densidad capilar. El paso de LDOM a HDOM supuso la aparición de efecto adverso en 8 pacientes (20%) siendo en 7 pacientes la hipertriosis y en el paciente restante taquicardia compensatoria, que requirió el ajuste de dosis del paciente de vuelta a dosis de LDOM (5 mg). No se describieron otros efectos adversos. En ningún paciente se suspendió el tratamiento de minoxidil y en un único paciente (2,5%) se requirió ajuste de dosis.

**Conclusiones.** El tratamiento con HDOM parece una opción atractiva, segura y efectiva en pacientes que han realizado tratamiento con LDOM previamente.

##### C2. ANÁLISIS EPIGENÉTICO Y TRANSCRIPCIONAL INTEGRAL DE CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA EN ALOPECIA AREATA LEVE Y SEVERA A TRAVÉS DE SECUENCIACIÓN DE ARN DE CÉLULA ÚNICA Y ATACseq

C. Mochon Jimenez<sup>a</sup>, M. Juan Cencerrado<sup>a</sup>, I. Rivera Ruiz<sup>a</sup>, E. Andújar Pulido<sup>b</sup>, F. Gómez García<sup>a</sup>, M. Pérez Alegre<sup>b</sup>, J. Gay Mimbres<sup>c</sup> y J. Ruano<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>b</sup>Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (CABIMER). Universidad de Sevilla. Sevilla.

<sup>c</sup>Laboratorio de Enfermedades Inflamatorias Crónicas Inmunomediadas de la Piel. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. España.

**Antecedentes.** La alopecia areata (AA) es un trastorno autoinmunitario con un espectro de gravedad que varía desde formas leves que se resuelven por sí mismas hasta casos graves resistentes al tratamiento. Aunque se implica la inflamación sistémica en la AA, los matices celulares y moleculares que diferencian estas formas son en gran medida desconocidos.

**Métodos.** Empleamos técnicas avanzadas de secuenciación de ARN de célula única (scRNAseq) y técnicas de secuenciación de ensayo para cromatina accesible para transposasas (ATACseq) para interro-

gar a las células mononucleares de sangre periférica (PBMC) de pacientes con AA leve ( $n = 6$ ), pacientes con AA severa ( $n = 5$ ) y controles sanos ( $n = 5$ ). Analizamos específicamente la accesibilidad de los motivos del factor de transcripción (TF) en los tipos de células identificados.

**Resultados.** Nuestros análisis exhaustivos de scRNAseq y ATACseq de 32.084 células revelaron 16 grupos únicos dentro de las PBMC. Sorprendentemente, descubrimos que más del 80% de estos tipos de células compartían regiones de cromatina abierta asociadas con 9 TF clave. Estos TF están implicados en diversas funciones celulares que van desde la activación o diferenciación de células T CD4+ y CD8+ (BHLHE40, TBX21), el compromiso de linaje Th1 (TBX21), la maduración y función de células dendríticas (LYL1, BHLHE40), las funciones efectoras de células asesinas naturales (TBX21, BHLHE40) y la maduración de células B (PAX5, BCL6, EBF1). Finalmente, algunos de estos TF, como ZNF263 y MNT, parecen estar involucrados en la represión génica, inhibiendo potencialmente respuestas inmunitarias contraproducentes en células como monocitos y células dendríticas.

**Conclusión.** Nuestro estudio representa una iniciativa pionera en la que proporcionamos una perspectiva integrada y detallada de los paisajes transcripcionales y epigenéticos en las PBMC de pacientes con AA. De manera crítica, elucida los factores que distinguen las formas leves y severas de la enfermedad, sentando así una base firme para futuras investigaciones mecanicistas. Este análisis abre además la puerta a la identificación de nuevas rutas terapéuticas potenciales.

### C3. ANÁLISIS DE SECUENCIACIÓN DE ARN DE CÉLULA ÚNICA REVELA UNA DISMINUCIÓN DE MONOCITOS CIRCULANTES CD14+CD16- ALTAMENTE ACTIVOS, INDEPENDIENTE DE LA SEVERIDAD DE LA ALOPECIA AREATA

P.J. Gómez Arias<sup>a,b</sup>, M. Juan Cencerrado<sup>a,b</sup>, I. Rivera Ruiz<sup>a,b</sup>, E. Andújar Pulido<sup>c</sup>, F. Gómez García<sup>a,b</sup>, M. Pérez Alegre<sup>c</sup>, J. Gay Mimbres<sup>a</sup> y J. Ruano<sup>a,b,d</sup>

<sup>a</sup>Laboratorio de Enfermedades Cutáneas Crónicas Inflammatorias Inmunomediadas. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). <sup>b</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>c</sup>Centro de Genómica. Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (CABIMER). CSIC-Universidad de Sevilla-Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. <sup>d</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. Córdoba. España.

**Introducción.** La alopecia areata (AA) es una condición de pérdida de cabello impulsada por el sistema inmunológico con una base inmunológica compleja. Se conoce que los monocitos circulantes desempeñan roles inmunitarios activos, pero su implicación en AA y el impacto de la severidad de la enfermedad siguen siendo poco claros.

**Métodos.** Realizamos un análisis de secuenciación de ARN de célula única (scRNAseq) de 32.084 células mononucleares de sangre periférica (PBMC) en individuos con AA tanto leve como severa, además de controles sanos. Nuestro enfoque consistió en la clasificación celular, análisis de expresión génica diferencial y evaluaciones funcionales para descubrir las dinámicas subyacentes del sistema inmunológico en la enfermedad.

**Resultados.** El grupo de monocitos mostró patrones de expresión génica que se asemejan a varios subtipos en pacientes con AA, incluidos los monocitos “S100A12”, “HLA-presenting” y “proinflamatorios”, indicando una respuesta compleja. Nuestro análisis reveló una disminución significativa de monocitos CD14+CD16- altamente activos en pacientes con AA leve y grave en comparación con controles sanos. Se observaron cambios transcriptómicos más sutiles en los subtipos de monocitos CD14-CD16+ y cDC. Los monocitos CD14+CD16- mostraron vías inmunológicas enriquecidas como seña-

lización TLR, señalización mediada por interferón gamma y presentación de antígeno, respaldados por procesos de procesamiento de ARN activos, traducción y procesos metabólicos (por ejemplo, TYMP, CYBA, KYNU).

**Conclusión.** Nuestros hallazgos revelan un escenario paradójico en AA, donde una disminución de monocitos CD14+CD16- circulantes coexiste con una mayor actividad metabólica y respuestas inmunitarias diversas. Este fenómeno dual persiste independientemente de la gravedad de la enfermedad, destacando el papel crucial de estos monocitos en la inflamación sistémica. Esta percepción sitúa a los monocitos CD14+CD16- como posibles actores centrales en la patogénesis de la AA, resaltando su potencial como objetivos terapéuticos, incluso en las etapas de diagnóstico temprano.

### C4. MINOXIDIL ORAL EN ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: SERIE DE 122 PACIENTES

C. Pindado Ortega<sup>a</sup>, R. Pirmez<sup>b</sup>, D. Fernandes Melo<sup>c</sup>, L. Junqueira Fortes<sup>c</sup>, M.L. Porriño Bustamante<sup>a</sup>, J. Barreto Carpi<sup>c</sup>, R. Gil Redondo<sup>a</sup>, Á. Hermosa Gelbard<sup>a</sup>, J. Jiménez Cauhé<sup>a</sup>, D. Saceda Corralo<sup>a</sup> y S. Vaño Galván<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Grupo Pedro Jaén. Madrid. España. <sup>b</sup>Instituto de Dermatología Professor Rubem David Azulay. Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. <sup>c</sup>Dermatología. University of State of Rio de Janeiro - UERJ. Rio de Janeiro. Brasil.

El minoxidil oral en dosis bajas ha demostrado crecimiento de cejas en alopecia fibrosante frontal (AFF). Sin embargo, su impacto en la línea de implantación del cuero cabelludo aún no ha sido estudiado. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la efectividad del minoxidil oral en la línea del cabello frontotemporal, cejas, pestañas y crecimiento global del cabello en AFF. Se diseñó un estudio retrospectivo, descriptivo y multicéntrico que incluyó a pacientes con AFF en tratamiento con minoxidil oral durante un mínimo de 3 meses en 2 centros de Brasil y uno de España. Las respuestas se calificaron en una escala de 3 puntos positivos y 3 puntos negativos. Se incluyeron un total de 122 pacientes. La dosis de minoxidil se tituló según la práctica clínica permitiendo el análisis de 194 dosis. La dosis media de minoxidil fue de 1,3 mg/día (rango 0,25-5 mg/día) con diferencias de género (mujeres 1,2 mg/día, hombres 2,7 mg/día). El minoxidil oral fue la única terapia sistémica en 12 pacientes (9,8%). Se observó una mejoría subjetiva de la densidad de la línea frontotemporal del cabello en 88 dosis (45,4%), clasificada como leve (34,0%), moderada (9,8%) y excelente (1,5%). Se recogió crecimiento global del cabello en 102 dosis (57,2%). Además, 49 dosis (25,2%) presentaron crecimiento de cejas y 7 dosis (3,6%) crecimiento de pestañas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la respuesta clínica y la dosis de minoxidil, la presencia de alopecia androgenética concomitante, el patrón de AFF, la alopecia de cejas, la edad o el género. Tampoco se identificaron diferencias significativas en la línea del cabello frontotemporal, el crecimiento general del cabello y las cejas entre los pacientes tratados con terapia sistémica combinada frente a minoxidil en monoterapia. Este estudio presenta al minoxidil oral como una terapia complementaria para la AFF, lo que permite a estos pacientes obtener, no solo una mejora en el crecimiento global del cabello y las cejas, sino también en la densidad de la línea frontotemporal del cabello.

### C5. CANICIE SÚBITA TRATADA EXITOSAMENTE CON BARICITINIB

L. Corbella Bagot y D. Morgado Carrasco

Dermatología. Hospital Clinic. Barcelona. España.

**Introducción.** La canicie súbita, comúnmente conocida como el síndrome de María Antonieta, se caracteriza por el blanqueamiento

súbito del cabello. A continuación, presentamos el primer caso de canicie súbita tratada exitosamente con baricitinib.

**Caso clínico.** Varón de 60 años con antecedentes de espondilitis anquilosante en tratamiento con etanercept desde hacía un año, experimentó una caída súbita del pelo pigmentado a nivel de cuero cabelludo, cejas, pestañas y vello corporal. Durante el examen físico, se observaron únicamente cabellos canosos en el cuero cabelludo, así como pérdida de vello en otras localizaciones corporales y una placa alopecica de 8 cm en zona occipital, con signos dermatoscópicos sugestivos de alopecia areata. Tras el diagnóstico de canicie súbita y de forma consensuada con el departamento de Reumatología, se decidió cambiar el tratamiento de etanercept por baricitinib a una dosis de 4 mg diarios. Después de 4 meses de tratamiento, se observó una repoblación parcial del pelo pigmentado en las cejas y pestañas, y a los 8 meses se logró una repoblación completa en estas áreas, así como en el cuero cabelludo y el vello corporal.

**Discusión.** La canicie súbita se ha relacionado en múltiples ocasiones con la alopecia areata. La presencia concomitante de placas con signos dermatoscópicos de alopecia areata, junto con una presentación clínica compatible y una respuesta positiva al tratamiento con baricitinib, respaldan la teoría de que podría ser un subtipo de alopecia areata.

**Conclusión.** Presentamos el primer caso descrito de canicie súbita resuelta mediante el uso de baricitinib. Los hallazgos presentados y la respuesta terapéutica observada respaldan la hipótesis de que la canicie súbita puede ser considerada un subtipo de alopecia areata.

#### C6. ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: CARACTERIZACIÓN DE HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN REGIÓN INTERPARIETAL EN PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

M. González Cañete<sup>a</sup>, A. Rodríguez-Villa Lario<sup>a</sup>, D. Vega Díez<sup>a</sup>, M.D. Vélez Velázquez<sup>b</sup>, D. Subiabre Ferrer<sup>a</sup>, M.I. García Briz<sup>a</sup>, J.J. Andrés Lencina<sup>a</sup>, B. Ferrer Guillén<sup>a</sup>, M. Berger<sup>a</sup>, V. Cabezas Calderón<sup>a</sup>, C. Valenzuela Oñate<sup>a</sup>, M. Ballesteros Redondo<sup>a</sup>, J.M. Ricart Vaya<sup>a</sup> y A. Gómez Zubiaur<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. IMR. Madrid. <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). España.

**Objetivo.** Caracterización histopatológica en región interparietal en pacientes con alopecia frontal fibrosante (AFF) y hallazgos clínicos sugestivos de inflamación y/o síntomas en dicha localización en práctica clínica real.

**Métodos.** Estudio prospectivo descriptivo que incluye pacientes con diagnóstico previo de AFF y hallazgos clínicos de afectación interparietal y/o con sintomatología en dicha localización. Se realizaron 2 biopsia-punch interparietales. Se analizaron las muestras con el mismo protocolo. Se recogió el número de folículos terminales, vellosos y miniaturizados, la presencia, tipo y localización del infiltrado inflamatorio, presencia o ausencia de tejido cicatricial, degeneración vacuolar del epitelio folicular, hendidura epitelial/estromal, fibroplasia laminar concéntrica y glándulas sebáceas.

**Resultados.** Se incluyeron 12 mujeres con edad media de 64,25 años. Tras seguir el protocolo para estudio histológico, las pacientes se clasificaron en 3 grupos: Afectación interparietal por la propia AFF (CA-AFF) (N = 6), alopecia fibrosante en patrón androgénico (FAPD) (N = 4) y alopecia cicatricial indeterminada (N = 2). La edad media del grupo de CA-AFF fue de 70 años, con una mediana de tiempo de evolución de la AFF de 9 años, frente a 57 y 3 años respectivamente en el grupo de FAPD. El 66,7% de los pacientes con CA-AFF y el 25% con FAPD presentaban un patrón clínico difuso. Los pacientes con CA-AFF tenían 2 veces más afectación occipital que los de FAPD.

**Discusión y conclusión.** Tras la caracterización histopatológica interparietal en pacientes con AFF, describimos principalmente 2 pa-

trones: CA-AFF y FAPD. Los pacientes con CA-AFF, tienen con mayor frecuencia un patrón clínico difuso, una mayor edad media y mediana de tiempo de evolución que aquellos con FAPD. Nuestros resultados, junto con la idea de que la AFF causa una mayor alteración estructural que la FAPD plantean la cuestión de si ambas son entidades superpuestas o si son parte del mismo proceso evolutivo. Además, la ocurrencia familiar de FAPD + AFF y la presencia de pápulas faciales y/o puntos rojos foliculares en pacientes con FAPD hace preguntarnos si existe una vía patogénica común entre ambas entidades. Se necesitan más estudios en pacientes con AFF y FAPD para dilucidar el papel de factores androgénicos además del infiltrado linfohistiocítico y la fibrosis laminar perifolicular.

#### C7. REACTIVACIÓN DE QUISTES TRICOLÉMICOS EN TRATAMIENTO CON BARICITINIB PARA ALOPECIA AREATA

J.M. Liñán Barroso, A. Alcalá Ramírez del Puerto, R. Bueno Molina, J. Conejo-Mir Sánchez y R. Barabash Neila

UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

**Antecedentes y objetivos.** La alopecia areata (AA) es un tipo de alopecia no cicatricial autoinmune que causa un impacto significativo en la calidad de vida. Baricitinib ha recibido recientemente la aprobación de la Agencia Europea del Medicamento para el tratamiento de pacientes adultos con AA grave, convirtiéndose en el único tratamiento disponible aprobado.

**Caso clínico.** Mujer de 53 años con AA universal y quistes tricolémicos previos que disminuyeron drásticamente después de una pérdida completa de vello corporal (SALT 100). El quiste más grande se había extirpado quirúrgicamente, con confirmación histológica. Su madre y hermana también tenían antecedentes de múltiples quistes tricolémicos. Previamente a los tratamientos con inhibidores de la Janus-quinasa, no respondió a prednisona oral 50 mg/24 h, ciclosporina oral 4 mg/kg/24h, dexametasona oral 4 mg 2 veces por semana y azatioprina oral 300 mg/semana. Después de la nueva indicación de baricitinib para AA, decidimos comenzar con baricitinib oral 4 mg/24 h, logrando repoblación completa a la semana 8 (SALT 0). Al mismo tiempo, se produjo reactivación y crecimiento de 4 quistes tricolémicos en el cuero cabelludo.

**Discusión.** La reactivación de quistes tricolémicos durante tratamiento con baricitinib no se ha publicado previamente en la literatura. Nuestra hipótesis es que este fenómeno se debe a la inhibición de la vía JAK-STAT por baricitinib, que reduce los efectos de las citoquinas y conduce a la reactivación de los folículos pilosos que estaban inactivos debido a la inflamación. De esta manera, la vaina de la raíz externa del folículo piloso puede llenarse nuevamente de queratina, reactivando los quistes tricolémicos.

**Conclusiones.** Consideramos este crecimiento rápido de los quistes tricolémicos como un marcador de "fenotipo de respuesta precoz" a baricitinib en alopecia areata. Es importante considerar los antecedentes personales y familiares de quistes tricolémicos antes de iniciar el tratamiento con baricitinib en AA.

#### C8. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA LÁSER DE BAJA POTENCIA EN ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

P.M. Fonda Pascual<sup>a</sup>, D. Saceda Corralo<sup>b</sup>, Ó. Muñoz Moreno-Arrones<sup>b</sup>, C. Pindado Ortega<sup>b</sup> y S. Vañó Galván<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. Hospital Central de la Defensa. <sup>b</sup>Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Introducción.** La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una alopecia cicatricial linfocítica con una prevalencia creciente en nuestras

consultas. Supone un desafío terapéutico ya que las opciones de tratamiento son limitadas. La terapia de luz de baja potencia (LLLT) ha demostrado su efectividad en la alopecia androgenética y puede ayudar en las alopecias cicatriciales, como el liquen plano. En pacientes con AFF, evaluamos la eficacia antiinflamatoria y antifibrótica de la LLLT domiciliaria para controlar la enfermedad y su sintomatología.

**Material y métodos.** Se diseñó un ensayo clínico aleatorizado unicéntrico, doble ciego, controlado con placebo. Se administraron a los pacientes dispositivos con forma de gorra con 246 LED de alta potencia a una longitud de onda de 630 nm para usar 10 min diarios. Cada dispositivo tenía un lado placebo y un lado activo, y el lado de la intervención fue enmascarado y aleatorizado para los 37 pacientes. El lado activo emitía a una fluencia de 4,5 J/cm<sup>2</sup>, mientras que el lado placebo era 10 veces más débil a una fluencia de 0,45 J/cm<sup>2</sup>. Los pacientes fueron evaluados al inicio del estudio y cada 12 semanas con una duración total de 6 meses. El objetivo primario del estudio fue evaluar el efecto de la LLLT en la enfermedad, analizando la mejoría de las variables relacionadas con la inflamación (eritema perifolicular e hiperqueratosis) y los síntomas (prurito y tricodinia). Diversas variables secundarias fueron también analizadas.

**Resultados.** Treinta y cinco pacientes completaron el tratamiento. Todas ellas eran mujeres con una edad media de 63,3 años (rango 49-81). Después de 6 meses de LLLT se encontraron diferencias estadísticamente significativas globales con progresión de la regresión frontal media (8,7 cm basales versus 9,0 cm;  $p < 0,001$ ), sin diferencias en la banda cicatricial ( $p > 0,05$ ). Se observó una mejoría en los síntomas locales, con menor prurito ( $p = 0,002$ ) y ardor ( $p = 0,013$ ). El eritema perifolicular disminuyó ( $p < 0,001$ ), sin diferencias en la hiperqueratosis ( $p = 0,827$ ). Se observaron diferencias en hiperqueratosis, retroceso frontal y grosor de pelos terminales a favor del lado placebo (0,45 J/cm<sup>2</sup>).

**Conclusión.** La LLLT podría ser una terapia eficaz para mejorar los síntomas y la inflamación asociada a la AFF. Su efecto parece neutro en mejorar la extensión de la misma.

## C9. ALOPECIA Y FOTOSENSIBILIDAD EN UNA MUJER DE 78 AÑOS CON SÍNDROME DE SJÖGREN. ¿QUO VADIS DERMATOLOGÍA?

E. Fonseca Capdevila<sup>a</sup>, Á. Fernández Flores<sup>b</sup> y M.E. Gil Sande<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña (A Coruña). <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León). <sup>c</sup>Laboratorio. Hospital San Rafael. A Coruña (A Coruña). España.

Mujer de 78 años, residente en Madrid, con antecedentes de síndrome de Sjögren oligosintomático, ataxia cerebelosa, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y osteoporosis. No recibía medicación inmunodepresora. Hacía tres meses había desarrollado lesiones muy pruriginosas y descamativas en el cuero cabelludo, que se habían extendido a la cara, el cuello, el tronco y los brazos y causaban alopecia de las áreas afectas. La paciente consultó con al menos doce dermatólogos, su caso fue discutido en una sesión hospitalaria y se derivó a reumatólogos, recibiendo diagnósticos de dermatitis seborreica y lupus eritematoso cutáneo subagudo. Había sido tratada con corticoides orales, antipalúdicos de síntesis y corticoides tópicos, lo cual no impidió el empeoramiento progresivo de su enfermedad. La anamnesis y la exploración resultaban muy sugestivas de una tiña generalizada. Este diagnóstico fue corroborado por un examen en fresco teñido con KOH, cultivo de *M. canis*, estudio histopatológico e inmunofluorescencia directa, que también descartaron otras patologías. La paciente fue tratada con terbinafina p.o. 250 mg/día y sertaconazol tópico durante tres meses, resolviéndose el cuadro clínico. En la actualidad, la oferta de formación en dermatología es inmensa, pero muy sesgada hacia aspectos concretos con interés comercial. Casos como este de-

muestran que serían necesarios mecanismos correctores que eviten el progresivo abandono de más y más parcelas de la especialidad.

## C10. SUPERVIVENCIA, ACTIVIDAD Y RESULTADOS DE TRASPLANTE CAPILAR EN LIQUEN PLANO PILARIS: RESULTADOS PRELIMINARES A LOS 6 MESES DE ESTUDIO AMBISPECTIVO OBSERVACIONAL

D. Vega Díez<sup>a</sup>, A. Rodríguez-Villa Lario<sup>a</sup>, M. González Cañete<sup>a</sup>, R. Pérez Mesonero<sup>b</sup>, E.L. Pinto Pulido<sup>b</sup>, V. Cabezas Calderón<sup>c</sup>, J.M. Ricart Vaya<sup>d</sup> y A. Gómez Zubiaur<sup>c</sup>

<sup>a</sup>IMR. Madrid. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). <sup>c</sup>IMR. Barcelona. <sup>d</sup>Instituto Médico Ricart. Valencia. España.

**Antecedentes y objetivos del estudio.** Las alopecias cicatriciales primarias son un grupo de alopecias caracterizadas por la destrucción de las unidades foliculares debido a un infiltrado inflamatorio. Entre los tratamientos más empleados encontramos, entre otros, a los inhibidores de 5 alfa reductasa, los antibióticos orales o la corticoterapia. El trasplante capilar en estas alopecias es un terreno de debate. Debido a su mecanismo fisiopatológico, la supervivencia de las unidades foliculares injertadas podría ser inferior a la observada en la alopecia androgenética (principal indicación de esta técnica), debido a la acción directa del infiltrado inflamatorio sobre estas unidades injertadas, además de un riesgo de fenómeno de Koebner en la zona donante. Actualmente existen escasos artículos que hayan estudiado la supervivencia folicular y los resultados del trasplante capilar en alopecias cicatriciales primarias y en especial en liquen plano pilaris. La única serie consistente publicada en LPP, con 32 casos, mostró una supervivencia del 78,32% al año, en pacientes sin ningún tipo de actividad en el momento del trasplante. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la supervivencia tras trasplante capilar de las unidades foliculares en pacientes con liquen plano pilaris.

**Métodos utilizados.** Realizamos un estudio ambispectivo, observacional, multicéntrico incluyendo a todos los pacientes con liquen plano pilaris que hayan sido sometidos a un trasplante capilar en las zonas afectas por la enfermedad y con un seguimiento mínimo de 6 meses. Recogemos los datos tanto en el momento del trasplante como a los 6 meses de LPPAI, la supervivencia folicular, la existencia o no de nuevas lesiones en la zona donante o en alguna otra zona del cuero cabelludo. Además, recogemos todas las incidencias tanto quirúrgicas como en el periodo de seguimiento (infección, hemorragia...).

**Resumen de los resultados.** Un total de 11 pacientes fueron incluidos en el análisis con edades comprendidas entre 45 y 75 años. Dado que algunos de los pacientes todavía están llevando las últimas revisiones, los resultados se comunicarán en la reunión del Grupo Español de Tricología.

## C11. ONICOPATÍAS PROFESIONALES. EXPERIENCIA EN INDUSTRIA CÁRNICA (CHACINERÍA)

J. García Dorado<sup>a</sup>, P. Alonso Fraile<sup>a</sup>, A. Romo Melgar<sup>a</sup> y Á. Santos-Briz Terrón<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Clínica Dermatológica. <sup>b</sup>Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Las onicopatías profesionales son entidades raras, en las que el diagnóstico se establece por la sintomatología, una exploración física muy detallada y apoyándose en una minuciosa anamnesis con estudio de los "gestos" efectuados, investigación sobre los productos manipulados y, en su caso, sobre las medidas de protección y materiales empleados en las mismas. En términos generales, las estructuras

principalmente dañadas son el pliegue ungueal proximal (perionixis) y el hipoiquio (onicolisis y en menor medida, hiperqueratosis subungueal). La afección de la matriz es menos frecuente. La lámina ungueal puede padecerse por agresión directa o como resultado de la afectación de la piel circundante. Los agentes desencadenantes son muy diversos, atendiendo a la amplia variabilidad de “profesiones” implicadas. Prioritariamente factores mecánicos y traumáticos, químicos, infecciosos o por cuerpos extraños. La industria chacinera orienta su actividad a la producción y elaboración de carnes curadas, saladas o ahumadas, especialmente de cerdo. Es una técnica de conservación de alimentos que se ha utilizado desde hace mucho tiempo en varias culturas y regiones del mundo. El sureste de la provincia de Salamanca destaca por ser una de las áreas geográficas con mayor producción de jamones y embutidos ibéricos del mundo. Se elaboran en gran medida de una manera artesanal con manipulación directa siendo la zona distal de los dedos de la mano con sus uñas correspondientes, áreas especialmente implicadas. La relación mantenida a lo largo de 20 años con las mutuas de trabajo que atienden a cerca de 200 empresas que se concentran en esa área nos ha permitido recopilar una notable experiencia en onicopatías relacionadas con esta especial actividad. Exponemos algunos de los cambios ungueales habitualmente observados centrándonos en aquellos más específicos, inclusive patognomónicos de esta particular actividad como son las onicolisis, hemorragias subungueales y cambios psoriasiformes en tridente (los tres dedos de la mano que ejercen como “garra o pinza”). Y de forma excepcional, la parasitación subungueal por ácaros *Tyrophagus*.

## C12. COMORBILIDADES Y CONSUMO DE FÁRMACOS EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA

I. Muelas Rives<sup>a</sup>, B. Clemente Hernández<sup>a</sup>, T. Gracia Cazaña<sup>a</sup>, M. Almenara Blasco<sup>a</sup>, A. Gimeno-Miguel<sup>b</sup>, B. Poblador-Plou<sup>b</sup>, C. Laguna Bernal<sup>b</sup>, A. Prados Torres<sup>a</sup> e Y. Gilaberte Calzada<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. <sup>b</sup>Grupo de Investigación EpiChron. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. España.

**Antecedentes y objetivos.** Cada vez existe mayor interés en conocer las comorbilidades asociadas a la alopecia areata (AA) para tratar de una forma multidisciplinar a los pacientes afectados. El objetivo de este trabajo es describir las características sociodemográficas de los pacientes aragoneses diagnosticados de AA durante el año 2019, así como estudiar los patrones de asociación de sus comorbilidades y conocer qué fármacos utilizan para su tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo, basado en la información clínica de 1.325.342 individuos del estudio de cohortes EpiChron (población de Aragón, España) con diagnóstico de AA entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de la población en relación con sus características demográficas, clínicas y consumo de fármacos. Asimismo, se ha calculado, mediante modelos de regresión logística, la asociación entre las diferentes comorbilidades con la AA. Se ha utilizado un punto de corte para la significación estadística de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** En Aragón, durante el año 2019, se diagnosticaron 571 pacientes de AA: 313 mujeres (54,82%) y 258 varones (45%), con una media de edad entre ambos sexos de 40,69 años. El 59% de los varones y el 70% de las mujeres presentan multimorbilidad, con una media de 5 fármacos dispensados. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas son los trastornos de ansiedad (OR 1,44;  $p < 0,001$ ), trastornos tiroideos (OR 1,44;  $p < 0,004$ ), obesidad (OR 1,37;  $p < 0,021$ ), deficiencias nutricionales (OR 2,92;  $p < 0,000$ ) y enfermedades del tejido conectivo (OR 1,48;  $p < 0,011$ ). Los fármacos que más utilizan son los corticoides (53%), seguido de antiinflamatorios (38%) y otros analgésicos y antipiréticos. El 21% de los pacientes consumen fármacos ansiolíticos.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes con AA, tanto hombres y sobre todo mujeres, presentan alguna comorbilidad, siendo las más frecuentes la ansiedad y los trastornos tiroideos, y presentan un alto consumo de fármacos. Estos resultados corresponden a la población aragonesa y probablemente pueden dar una idea de la realidad de nuestro país, lo que podría ayudar a plantear estrategias multidisciplinarias orientadas a la detección precoz de comorbilidades específicas, e incluso a su posible prevención primaria.

## C13. MIS COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE TRASPLANTE CAPILAR

A. Gómez Zubiaur, J.J. Andrés Lencina, M. Ballesteros Redondo, M. Berger, V. Cabezas Calderón, B. Ferrer Guillén, M.I. García Briz, M. González Cañete, A. Rodríguez-Villa Lario, D. Subiabre Ferrer, C. Valenzuela Oñate, D. Vega Díez y J.M. Ricart Vaya

IMR. Madrid. España.

Para los dermatólogos que nos dedicamos a la tricología, la cirugía de trasplante capilar constituye una pieza más en el algoritmo terapéutico de la alopecia. Se trata de una técnica quirúrgica mínimamente invasiva, muy segura para el paciente y que permite lograr grandes resultados clínicos, siempre que esté correctamente realizada y, sobre todo, indicada. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, aunque fundamentalmente locales y poco frecuentes. El objetivo de este trabajo es describir y presentar aquellas complicaciones observadas en el desarrollo de las intervenciones realizadas en los últimos años, analizando sus causas y las posibles medidas para evitarlas. Se trata de un trabajo basado en práctica clínica real. Se han revisado las complicaciones presentadas en los pacientes intervenidos, se han agrupado y se han analizado, comparando con lo descrito en la literatura hasta la fecha. En este trabajo, se exponen con documentación gráfica asociada, análisis de sus causas, vía de resolución y posibles actuaciones que las hubieran evitado y podrían ayudar a los asistentes a que las eviten en sus pacientes. Se presentan casos propios de efluvio anágeno extenso en zona donante y receptora, lesiones purpúricas en área de extracción, congestión, formación de costras y necrosis en área de implantación, cuadros de foliculitis infecciosa, foliculitis aséptica temprana y pseudofoliculitis, resultados cosméticos subóptimos en diseño o densidad, así como cuadros de formación de áreas blanquecinas fibróticas en zona intervenida y hallazgos tricoscópicos que generan cierto desasosiego. Además, se revisan los casos publicados en la literatura de complicaciones tales como fistulas, diseños incorrectos o alopecias cicatriciales linfocíticas tras la cirugía, entre otros. Toda técnica practicada con asiduidad asocia una serie de posibles complicaciones que debemos conocer, entender y ser capaces de resolver, así como evitar, en la medida de lo posible, en casos futuros. Con esta comunicación, se pretende dar a conocer las complicaciones más comunes en la cirugía capilar, en experiencia de la autora que las presenta, para ayudar a los asistentes a detectarlas y facilitar su manejo con sus pacientes. El acompañamiento de nuestros pacientes cuando presentan una complicación es, sin lugar a dudas, la mejor medida para su resolución en cualquier ámbito de la medicina.

## C14. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BICALUTAMIDA ORAL EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON ALOPECIA ANDROGENÉTICA FEMENINA

B. Ferrer Guillén, J.J. Andrés Lencina, M. Ballesteros Redondo, M. Berger, V. Cabezas Calderón, M.I. García Briz, M. González Cañete, A. Rodríguez-Villa Lario, D. Subiabre Ferrer, C. Valenzuela Oñate, D. Vega Díez, J.M. Ricart Vaya y A. Gómez Zubiaur

Instituto Médico Ricart. Valencia. España.

**Introducción.** El tratamiento con bicalutamida oral se ha incorporado recientemente al algoritmo terapéutico de las pacientes con

alopecia androgenética femenina y, aunque se emplea en práctica clínica habitual, existen escasas publicaciones en la literatura con una calidad científica adecuada sobre su eficacia y seguridad en el colectivo de mujeres posmenopáusicas.

**Objetivos.** Evaluar la eficacia y seguridad de bicalutamida oral en mujeres mayores de 50 años posmenopáusicas con alopecia androgenética femenina tras 6 meses de tratamiento.

**Métodos.** Se ha llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo longitudinal descriptivo sobre práctica clínica habitual. Se han incluido 32 mujeres mayores de 50 años posmenopáusicas con diagnóstico de alopecia androgenética femenina tratadas con bicalutamida oral durante 6 meses. Se ha realizado un trichoscan previo al inicio del tratamiento y tras 6 meses del mismo para evaluar la eficacia objetiva, además de una encuesta telefónica a las pacientes tras 6 meses de tratamiento para evaluar la eficacia subjetiva y los posibles efectos adversos. En los casos disponibles, se han valorado los cambios en la analítica sanguínea.

**Resultados.** La dosis media de bicalutamida oral ha sido de 30 mg/día. Tras 6 meses de tratamiento con bicalutamida oral se ha objetivado una mejoría evaluada por el dermatólogo mediante fotos de trichoscan clínicas estandarizadas pre y postratamiento y fotos trichoscan tricoscópicas pre y postratamiento adaptadas y software trichoscale. Las pacientes han percibido una mejoría subjetiva principalmente en cuanto a la densidad capilar y la caída capilar. No se han producido efectos adversos graves ni que hayan precisado de interrupción del tratamiento.

**Conclusiones.** La bicalutamida oral es un tratamiento eficaz y seguro en la alopecia androgenética femenina en mujeres mayores de 50 años posmenopáusicas, lo cual tiene especial relevancia dado que se trata de un colectivo que cuenta con escasas opciones terapéuticas con una evidencia consistente en la literatura científica.

### C15. EFICACIA DE MINOXIDIL SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA ANDROGENÉTICA

J.J. Andrés Lencina, M. Ballesteros Redondo, M. Berger, V. Cabezas Calderón, M.I. García Briz, J.M. Ricart Vaya, D. Subiabre Ferrer, C. Valenzuela Oñate, D. Vega Díez, A. Gómez Zubiaur, B. Ferrer Guillén, M. González Cañete y L. Sardá Pérez

*Instituto Médico Ricart. Valencia. España.*

**Antecedentes.** El minoxidil oral a dosis bajas ha revolucionado el tratamiento de la alopecia androgénica. Una de las formas de administración que busca optimizar todavía más la seguridad y eficacia es la del minoxidil sublingual (MSL). Para evaluarlo, en las clínicas de Instituto Médico Ricart (IMR), hicimos una revisión evidenciando la seguridad del mismo, tal y como se presentó en la pasada edición de esta reunión y se publicará próximamente.

**Objetivos del estudio.** En la línea de investigación antes expuesta, quisimos también evaluar la eficacia preliminar a 6 meses del MSL en 50 pacientes.

**Métodos.** El MSL se elaboró en solución y en dos concentraciones, obteniendo 0,25 mg o 0,5 mg por pulsación. Para la evaluación realizamos recogida de fotografías macro con programa Aesthetics de Trichoscan®, siguiendo metodología y peinado riguroso en todos los pacientes, en el momento basal y a los 6 meses del tratamiento. Dichas fotografías fueron revisadas por dos dermatólogos de la Unidad Capilar IMR de forma independiente, y evaluadas en función del éxito o fracaso del mismo (-2 empeoramiento notable, -1 empeoramiento, 0 no cambio, +1 mejoría, +2 mejoría notable). Además, se realizó cuestionario a los pacientes, donde se incluían preguntas de satisfacción con el resultado, tolerabilidad y facilidad de aplicación medido mediante escala numérica (0-10) y comparativa respecto a otras formas de minoxidil (tópico u oral) mediante comparación directa (mucho peor, peor, igual, mejor o mucho mejor).

**Resultados.** Finalmente, completaron el estudio 41 pacientes (control fotográfico y encuesta), de los cuales 35 eran mujeres y 6 eran hombres, con una dosis media de MSL de 0,5 mg. Para ambos evaluadores, la mediana de mejoría en la evaluación macroscópica fue de +1 (mejoría), rango (-1,+2). Con medias de 0,6 evaluador 1 y 0,7 el evaluador 2 y con una correlación de 0,8. La media de satisfacción de los pacientes fue de 7, la tolerabilidad de 8 y la facilidad de aplicación de 8. De los que habían usado minoxidil tópico, 6 opinaron que era mejor el MSL, 5 mucho mejor, 1 igual y 2 peor. De los que habían usado MODB, 3 opinaron que era mejor el MSL, 3 mucho mejor, 4 igual, 1 peor y 4 mucho peor.

**Conclusiones.** El MSL puede ser una alternativa para aquellos pacientes que no toleren la vía oral, o durante el escalado de dosis, pues muestra resultados de eficacia, seguridad y tolerabilidad aceptables.

### C16. EFLUVIO ANÁGENO TRAS MESOTERAPIA DE DUTASTERIDA EN 3 PACIENTES

J.F. Mir Bonafé, M. Mir Bonafé y J.M. Mir Bonafé

*Tricologiamir. Palma de Mallorca (Illes Balears). España.*

La mesoterapia de dutasterida es una de las terapias actualmente más en auge en el tratamiento de la alopecia androgenética, tanto masculina como femenina. Su principal ventaja respecto la vía oral es su escasa absorción, lo que reduce drásticamente los efectos secundarios sistémicos. En cuanto a los efectos secundarios locales, destacan principalmente el dolor y el edema frontal. Sin embargo, aunque su uso está muy extendido en las unidades de tricología e incluso en las clínicas de medicina estética, no existe un protocolo claro en cuanto a la concentración y preparación de dicho medicamento. Nosotros presentamos 3 casos de efluvio después de realizar una sesión de mesoterapia con dutasterida. Se trata de dos pacientes varones y una paciente mujer, que presentaron una caída de cabello súbita y masiva a los pocos días de la administración del tratamiento, dejando la zona tratada con una importante alopecia localizada. En los 3 casos el cuadro se resolvió de manera total entre los 3 y 6 meses del tratamiento. El desencadenante directo en los 3 casos fue evidente, tanto a nivel cronológico como geográfico. En los 3 casos se estudió el origen de la preparación de dutasterida, siendo diferente en cuanto a concentración de dutasterida en los 3 casos. No obstante, las 3 preparaciones fueron en solución hidroalcohólica. Los 3 pacientes reconocieron un intenso dolor durante la sesión, que incluso se prolongó durante los 2 días posteriores. Dada la inmediatez del cuadro y su severidad, planteamos la posibilidad que se trate de un efluvio anágeno directamente provocado por una toxicidad directa de una solución con alta concentración de alcohol sobre el pelo. No hemos encontrado casos similares en la literatura, aunque el proceso planteado y el mecanismo sugerido parecen la opción más plausible. Dado que se trata de un tratamiento cada vez más extendido y utilizado, es importante saber reconocer este posible efecto secundario, que nosotros creemos que se relaciona no tanto con el principio activo, sino con la concentración de alcohol usada en la preparación. Es por eso, que también sugerimos realizar una “estandarización” del proceso de preparación de dicha solución para poder establecer un tratamiento seguro en todos nuestros pacientes.

### C17. “LONG HAIR FUE” EN TRASPLANTES DE CEJAS

J.M. Mir Bonafé, M. Mir Bonafé y J. Mir Bonafé

*Tricologiamir. Palma de Mallorca (Illes Balears). España.*

**Introducción.** El trasplante capilar FUE con pelo largo (“Long Hair FUE”) es una novedosa técnica quirúrgica que integra las ventajas quirúrgicas que presentaban por separado los métodos clásicos; FUSS (tira) y FUE clásico.

**Caso clínico.** Presentamos un caso de un varón de 30 años que fue sometido a 3 trasplantes capilares previos en otro centro mediante técnica FUE clásica (con pelo rapado) para reconstrucción de alopecia cicatricial secundaria a un accidente en ceja izquierda, todos ellos con resultados indeseables debido a direcciones de crecimiento aberrantes de las UF trasplantadas. Realizamos trasplante correctivo de cirugías anteriores mediante i) extracción individual de las UF antiestéticas con punch 0,8 mm, y ii) implantación mediante técnica FUE con pelo largo.

**Discusión.** La técnica FUE supuso una revolución a principios de siglo debido a su novedoso concepto de escisión de UF individuales, dejando cicatrices (casi) imperceptibles (lo que corregía el estigma de la cicatriz lineal de la FUSC en pacientes con pelo corto). Sin embargo, FUE se acompaña de 2 importantes limitaciones, ambas en relación con la necesidad de rasurado: i) notoriedad social de la realización de la cirugía, lo que causa malestar psicológico en pacientes con peinado largo habitual, y ii) imposibilidad de predecir la dirección y angulación que adoptará la curvatura del pelo rapado al crecer, lo que en cejas puede ocasionar un resultado caótico/desordenado/despeinado. La novedosa técnica "Long Hair FUE" aúna las ventajas que presenta cada técnica clásica sobre la otra: i) trasplante de pelo largo sin necesidad de rasurado como aporta FUSC, y ii) selección del tipo y número exacto de UF, además de dejar cicatrices imperceptibles sin suturas como en FUE clásica.

**Conclusión.** Como sucedió en el presente caso, la extracción y posterior implantación del pelo directamente largo nos permite observar la dirección y posterior curvatura del tallo desde el momento intraoperatorio, lo que proporciona una mayor naturalidad al futuro resultado de las cejas. Sin embargo, la dificultad en su ejecución (curva de aprendizaje del médico y equipo) y su elevado coste (novedosos materiales quirúrgicos) dificultan todavía, a día de hoy, la generalización de su práctica.

### C18. IMPORTANCIA DE LA AFECTACIÓN DE LOS TRIÁNGULOS TEMPORALES EN LA ALOPECIA ANDROGÉNICA MASCULINA

M.I. García Briz, B. Ferrer Guillén, M. Ballesteros Redondo, D. Subiabre Ferrer, C. Valenzuela Oñate, D. Vega Díez, M. Berger, J.J. Andrés Lencina, V. Cabezas Calderón, A. Rodríguez-Villa Lario, M. González Cañete, J.M. Ricart Vaya y A. Gómez Zubiaur

*Dermatología. Hospital Quirónsalud. Instituto Médico Ricart. Valencia. España.*

**Introducción.** La alopecia androgénica (AGA) se caracteriza por una progresiva miniaturización de los folículos pilosos bajo un determinado influjo hormonal en individuos genéticamente predispuestos. En la alopecia androgénica masculina (MAGA), clásicamente se ha considerado que las zonas más comúnmente afectas son la frontal y el vértex. Sin embargo, también pueden verse afectadas otras localizaciones importantes como los picos temporales, que se describen como pequeños mechones triangulares de cabello que se proyectan bilateralmente hacia las regiones laterales de la frente. Los picos temporales retroceden en la gran mayoría de los hombres con MAGA. Tratar correctamente esta zona es fundamental para conservar la armonía del marco facial masculino. Sin embargo, existen escasas referencias bibliográficas en las que se estudie la importancia de los picos temporales en esta patología. Por ello, los objetivos de este estudio consisten en describir el proceso de miniaturización de esta región tan importante, describir un método para su evaluación y valorar la respuesta a diversos tratamientos realizados en la práctica clínica diaria.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo y observacional, en el que se revisa la afectación de los triángulos temporales en las imágenes de 50 varones con MAGA, antes y después del inicio de tratamiento con fármacos inhibidores de la 5 alfa reductasa y/o minoxidil oral además de mesoterapia en algunos casos.

**Resultados.** Se observa una mejoría en la mayoría de los pacientes tras la instauración del tratamiento individualizado en función de la afectación inicial.

**Conclusiones.** En nuestra práctica clínica diaria, resulta imprescindible la evaluación rutinaria y sistemática de la afectación de los picos temporales en los pacientes con MAGA para conservar la armonía del marco facial masculino. En aquellos casos que no mejoren con tratamiento médico, se debería considerar la cirugía capilar para poder ofrecer los mejores resultados, tanto a corto como a largo plazo.

### C19. EFECTOS ADVERSOS Y EFICACIA DE MINOXIDIL ORAL A DOSIS SUPERIORES A 5 MILIGRAMOS DIARIOS EN VARONES CON ALOPECIA ANDROGÉNICA

C. Naharro<sup>a</sup> y A. Gómez Zurbiaur<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Dermatología. Hospital universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).* <sup>b</sup>*Tricología. Instituto Médico Ricart. Madrid. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El minoxidil oral a dosis entre 0,25-5 mg ha supuesto un importante avance en tricología. Sin embargo, existen pocos estudios que valoren su uso a dosis superiores a 5 mg. Nuestro trabajo pretende objetivar el beneficio de incrementar la dosis de minoxidil oral en pacientes varones con alopecia androgénica y sus efectos secundarios. Podrá proporcionarnos una referencia en cuanto a eficacia y beneficio potencial de los pacientes que precisen un incremento de dosis para conseguir resultados óptimos. **Métodos utilizados.** Se incluyeron en el estudio pacientes varones mayores de 18 años en seguimiento por alopecia androgénica en las sedes de Madrid y Valencia de Instituto Médico Ricart, que recibieron tratamiento con minoxidil oral a dosis superiores a 5 mg diarios durante al menos 6 meses, independientemente de otros tratamientos para alopecia. Los efectos secundarios y el grado de satisfacción del paciente se objetivaron a través de una encuesta activa sobre efectos adversos y satisfacción con el tratamiento. Para determinar la eficacia del aumento de la dosis se valoraron las pruebas de imagen estandarizadas a nivel macroscópico y de tricoscopia, previas y posteriores al tratamiento con minoxidil a dosis superiores a 5 mg diarios durante un periodo superior a 6 meses. Estas imágenes fueron evaluadas por el mismo dermatólogo y, además, se empleó un programa de tricoscopia para comparar los parámetros de densidad capilar y porcentaje de pelos terminales/vellosos entre otros.

**Resultados.** Catorce pacientes respondieron al cuestionario sobre efectos adversos y eficacia. Los efectos secundarios más frecuentes fueron el aumento de vello facial, la taquicardia y la sed. Un paciente suspendió el tratamiento como consecuencia de los efectos secundarios. La mayor parte de los pacientes mostraron un alto grado de satisfacción con el tratamiento. Se revisaron las imágenes macro y microscópicas de los pacientes, observándose una alta tasa de mejoría según las imágenes clínicas y un notable aumento en densidad capilar cuando se revisaron los parámetros tricoscópicos. **Conclusión.** El minoxidil a dosis > 5 mg presenta un buen perfil de seguridad y se posiciona como alternativa en pacientes con alopecia androgénica que no hayan presentado una respuesta óptima con dosis inferiores.

### C20. ALOPECIA AREATA Y ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA: BÚSQUEDA DE MARCADORES PREDICTORES

P. Burgos Blasco, A.L. Melián Olivera, M. Domínguez Santás, Á. Hermosa Gelbard, Ó. Muñoz Moreno-Arrones, S. Vañó Galván, Á. González Cantero y D. Saceda Corralo

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

**Objetivo.** Determinar la prevalencia y distribución de la aterosclerosis subclínica en pacientes con alopecia areata (AA). Estudiar la utilidad de los biomarcadores hematológicos de disfunción endotelial en la predicción de la aterosclerosis subclínica.

**Métodos.** Se diseñó un estudio observacional de tipo casos y controles. Para ello se reclutaron de forma voluntaria y consecutiva pacientes con AA grave (SALT > 75) y controles sanos, ajustados por sexo, edad e índice de masa corporal (IMC), excluyendo a aquellos pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular u otra patología inflamatoria. A todos los sujetos se les realizó una anamnesis, una recogida de datos antropométricos, una analítica en ayunas y una ecografía bilateral femoral y carotídea con un escáner lineal de ultra alta frecuencia Clarius® (L20 HD3). Se definió la placa aterosclerótica como la presencia de una estructura focal que protruya en la luz  $\geq 0,5$  mm o  $\geq 50\%$  de la capa íntima circundante o un engrosamiento difuso de  $\geq 1,5$  mm. Se definió como aterosclerosis subclínica la presencia de al menos una placa de ateroma en cualquiera de los territorios.

**Resultados.** Se incluyeron 62 participantes: 31 pacientes y 31 controles, sin diferencias en cuanto a sexo (12 varones y 19 mujeres), edad ( $45,0 \pm 11,6$  vs.  $44,8 \pm 11,6$  años;  $p = 0,949$ ) o IMC ( $25,5 \pm 3,9$  vs.  $25,8 \pm 3,8$  kg/m<sup>2</sup>;  $p = 0,569$ ). Los pacientes con AA presentaron una mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica (54,84 vs. 22,58%;  $p = 0,010$ ), con un predominio a nivel carotídeo (41,90 vs. 12,9%;  $p = 0,009$ ). No se encontraron diferencias en la afectación del territorio femoral (25,8 vs. 19,7%;  $p = 0,543$ ). En comparación con aquellos que no tenían placas, los pacientes con AA y aterosclerosis subclínica presentaron mayor edad ( $p < 0,001$ ), mayor duración de la AA ( $p = 0,11$ ), mayores niveles de triglicéridos ( $p = 0,017$ ), de hemoglobina glucada ( $p = 0,003$ ) y del ratio neutrófilo-linfocito (RNL,  $p = 0,004$ ), así como unos niveles de linfocitos menores ( $p = 0,021$ ). En el análisis multivariante, las variables predictoras de aterosclerosis subclínica fueron la edad (OR = 1,24;  $p = 0,008$ ) y el RNL (OR = 18,029;  $p = 0,06$ ).

**Conclusiones.** Nuestra cohorte de pacientes con AA presenta una mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica, principalmente en el territorio arterial carotídeo. El ratio neutrófilo-triglicéridos podría ser un factor determinante de aterosclerosis en esta población.

## Pósteres

### P1. ACNÉ QUELOIDEO DE LA NUCA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL DE 79 PACIENTES

A. Lobato Berezo<sup>a</sup>, A. Escolà Rodríguez<sup>b</sup>, A. Courtney<sup>c</sup>, I. Chim<sup>c</sup>, R. Ruiz Villaverde<sup>d</sup>, A. Imbernón Moya<sup>e</sup>, V. Velasco Tamariz<sup>f</sup>, S. Vañó Galván<sup>g</sup>, R. Gil Redondo<sup>h</sup>, F.J. del Boz González<sup>i</sup>, G.M. Garnacho Saucedo<sup>j</sup>, M. Starace<sup>k</sup>, D. Saceda Corralo<sup>g</sup>, F. Quadrelli<sup>k</sup>, B.M. Piraccini<sup>k</sup> y R.M. Pujol<sup>l</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. Hospital del Mar. <sup>b</sup>Farmacia. Hospital Clínic. Barcelona. España. <sup>c</sup>Dermatology. Sinclair Dermatology. East Melbourne (Victoria). Australia. <sup>d</sup>Dermatología. <sup>e</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. <sup>f</sup>Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>g</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>h</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>i</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>j</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>k</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. <sup>l</sup>Dermatology Unit. IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. Bologna. Italia.

El acné queloideo de la nuca es una alopecia cicatricial crónica y poco frecuente que se caracteriza por la presencia de pápulas fibróticas, nódulos, placas y masas tumorales que se localizan en la nuca y el cuero cabelludo. Afecta principalmente a varones de fototipo alto de diferentes grupos étnicos y se considera la forma más

frecuente de alopecia cicatricial en hombres de origen africano. Se han descrito pocas series en la literatura. El objetivo de nuestro trabajo es describir las características epidemiológicas, las diferentes formas de presentación clínica y los tratamientos prescritos en una serie multicéntrica e internacional de 79 pacientes con acné queloideo de la nuca.

### P2. NEVUS DE PELO LANOSO CAUSADO POR UNA MUTACIÓN SOMÁTICA EN HRAS c.175G>A (P.A59T)

H. Escolà Rodríguez, Á. March Rodríguez, A. Lobato Berezo, N. Planella Fontanillas y R.M. Pujol

*Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.*

**Caso clínico.** Varón de 5 años que, desde el año de vida, presentaba un mechón de cabello rizado y con una textura y coloración diferentes al resto. No tenía antecedentes personales ni familiares de interés. El examen físico y la tricoscopia revelaron un área frontotemporal izquierda de  $2 \times 2$  cm con cabello fino, rizado, textura lanosa y coloración más clara y brillante que el cabello de alrededor. No existían cambios epidérmicos en la piel subyacente. Se realizó una biopsia de la piel subyacente que mostró una epidermis sin alteraciones, con una densidad de folículos pilosos anágenos terminales dentro de la normalidad. Las pruebas de laboratorio y el examen oftalmológico no mostraron hallazgos de interés. Con la sospecha diagnóstica de un nevus de pelo lanoso (NPL) se realizó secuenciación del ADN de la piel subyacente identificándose una mutación heterocigota en HRAS c.175G>A (p.Ala59Thr) con una frecuencia alélica del 19%.

**Discusión.** El NPL es una entidad rara caracterizada por la presencia de áreas con cabello rizado, hipopigmentado y con textura lanosa. Se han descrito tres subtipos: el tipo 1, sin participación cutánea; el tipo 2, con un nevus epidérmico verrucoso lineal asociado; y el tipo 3, adquirido en adultos jóvenes con cabello rizado, oscuro y corto. Últimamente se ha vinculado el NPL a mutaciones somáticas en HRAS, siendo la variante c.34G>G (p.Gly12Ser) la única mutación reportada con relación al NPL, habiéndose descrito cuatro casos de NPL con nevus epidérmico queratinocítico y uno de NPL aislado. Se ha propuesto la hipótesis de que las mutaciones levemente activadoras de HRAS estarían asociadas con un fenotipo de NPL, mientras que aquellas con mayor activación de este gen se asociarían con el nevus sebáceo. La mutación p.Ala59Thr no afecta la actividad HrasGTPasa, pero aumenta la capacidad de unión al GTP. El hecho de encontrar en nuestro caso una mutación levemente activadora en un NPL sin nevus epidérmico subyacente respalda esta hipótesis.

**Conclusiones.** Presentamos un nuevo caso de NPL tipo 1 causado por una mutación no descrita previamente en el gen HRAS (p.Ala59Thr). Estos hallazgos confirman la asociación de las mutaciones en HRAS con el NPL aislado y no solo con el NPL asociado a nevus epidérmico.

### P3. ¡VIVA EL PELO!

J.C. Moreno Giménez<sup>a</sup>, G.M. Garnacho Saucedo<sup>b</sup>, P.J. Gómez Arias<sup>b</sup>, B. Baleato Gómez<sup>b</sup> y P. Contreras Ferrer<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Córdoba. <sup>b</sup>Clínica Garnacho. Córdoba. España.

“Viva el pelo” es un cuadro (óleo y temple sobre lienzo) realizado en 1928 por Julio Romero de Torres. Sus dimensiones son de  $45 \times 45$  cm. Se trata de un lienzo que el pintor cordobés realizó al final de su vida. En él aparece el perfil de una joven, con una espléndida mata de pelo recogida por un peinecillo rojo con un voluminoso moño, que deja caer sobre la nuca. En este cuadro, el peinado adquiere la mayor importancia que en el arte de la pintura se le haya dado nunca al pelo. El cuadro forma parte de las pequeñas obras maestras del pintor. La sensualidad que posee esta composición, simbiosis del pelo y la manzana que sostiene la modelo en su mano,

es una de las notas características del estilo de Julio Romero de Torres. Josefa Suárez Paria es la modelo de este cuadro que también fue la protagonista de otras obras como “La niña de las uvas” y “La copla”. El cuadro puede visitarse en el Museo Julio Romero de Torres de nuestra ciudad.

#### P4. ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE Y VITÍLIGO, MÁS CERCA DE LA CAUSALIDAD QUE DE LA CASUALIDAD

M.D. Pegalajar García, A. Gil Villalba, J.P. Velasco Amador, Á. Prados Carmona, R. Ruiz Villaverde y F.J. de la Torre Gomar

*Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.*

**Caso clínico.** Paciente mujer de 59 años con antecedentes personales de arritmia cardíaca y migraña en tratamiento con galcanezumab, amiodarona, atenolol y digoxina, que consulta por hipopigmentación facial. A la exploración presentaba máculas amelanóticas en región periorbitaria y frontal que mostraban fluorescencia blanco-azulada a la luz de Wood, además pérdida de las cejas y retraso de la línea de implantación frontotemporal coincidente con la mácula de vitiligo, que refería tener años de evolución. Con dermatoscopia se observaba una banda con piel de aspecto atrófico, hiperqueratosis y eritema peripilar leves y disminución de la densidad del vello de las cejas. Con diagnóstico de alopecia frontal fibrosante (AFF) sobre vitiligo iniciamos tratamiento con tacrólimus 0,1% 5 días/semana y propionato de clobetasol 0,05% en solución 2 días/semana.

**Discusión.** La concurrencia de vitiligo y AFF fue descrita por primera vez por Miteva et al. en 2011, reportándose desde entonces casi una veintena de casos. El perfil suelen ser mujeres caucásicas posmenopáusicas con una prevalencia relevante de trastornos autoinmunes (hipotiroidismo, morfea), en las que el vitiligo suele anteceder, aunque no en todos los casos, al desarrollo de la AFF. Estas enfermedades se postula pueden estar relacionadas, lo cual se sustenta en la localización isotópica de ambas, la asociación ya descrita entre vitiligo y liquen plano pilaris, considerándose la AFF una variante del mismo; y la influencia del fenómeno de Koebner (compartido por ambas). En su fisiopatogenia, una sospechada susceptibilidad genética común activaría la inmunidad citotóxica, con los linfocitos citotóxicos CD8+ como protagonistas, y la relación existente entre queratinocitos y melanocitos como una unidad funcional justificaría el daño tisular tras afectarse una de las dos celularidades. Como posibles desencadenantes se han planteado el daño solar subclínico, que en pacientes con vitiligo desencadenaría el fenómeno de Koebner produciendo la AFF; la aplicación de tintes químicos con sustancias como el fenol o PPD; y la sensibilización a alérgenos de productos cosméticos capilares y fotoprotectores, cuyo uso es significativamente mayor en pacientes con AFF respecto a la población general, describiéndose también casos de vitiligo tras dermatitis alérgica de contacto.

#### P5. RESPUESTA COMPLETA DE ALOPECIA AREATA REFRACTARIA A BARICITINIB TRAS 5 MESES DE TRATAMIENTO CON UPADACITINIB EN UNA PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA

F.J. de la Torre Gomar, M.D. Pegalajar-García, J.P. Velasco Amador y R. Ruiz Villaverde

*Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.*

La alopecia areata (AA) continúa siendo un auténtico reto terapéutico en nuestros días. Los inhibidores orales de la janus quinasa (JAK) representan un avance en su tratamiento. Recientemente se ha aprobado el baricitinib para su tratamiento. Sin embargo, algunos pacien-

tes muestran una respuesta inadecuada o lenta a este. Presentamos el caso de un paciente con AA grave concomitante con dermatitis atópica (DA) tratado con éxito con el uso posterior de upadacitinib tras 5 meses de tratamiento con baricitinib. Se trata de una mujer de 45 años, diagnosticada de DA y AA desde hace 9 años, sin otros antecedentes de interés, que consultaba por un nuevo brote de AA y DA (presentando EASI de 24 en DA y una AA distribuida por cejas, región occipital y parietal con escala SALT 65). Había realizado previamente tratamiento con ciclos de corticoides orales en pautas descendentes y pulsos, ciclosporina, micofenolato de mofetilo y corticoides tópicos sin evolución favorable. Se pautó tratamiento con baricitinib 4 mg/día, presentando respuesta parcial en DA (EASI 7) y ligera respuesta en AA (SALT 60) a los 4 meses de tratamiento, con recaída en ambas tras 6 meses de tratamiento (EASI 26; SALT 70). Se decidió pautar upadacitinib 30 mg al día. A los 5 meses de tratamiento, se obtuvo respuesta completa de la DA (EASI 0) y de AA (SALT 0), que mantiene -no presentando efectos adversos- tras 10 meses de seguimiento. En la patogénesis de la AA desempeñan un papel clave el IFN- $\gamma$  y otras citocinas (IL-2 e IL-15) que señalizan a través de la vía JAK-1,2,3. El upadacitinib es un inhibidor oral, reversible y selectivo de la JAK-1 recientemente aprobado para el tratamiento de DA moderada-grave. En la literatura contamos con casos clínicos en los que los pacientes presentaron una notable mejoría o resolución total de la AA con upadacitinib 30 mg diario. A esto se añade un estudio de 19 pacientes con DA y AA en el que se detectó una mayor mejoría en la escala SALT en los pacientes con niveles séricos elevados de IgE (> 100 kU/l) y/o con antecedentes personales comorbilidades atópicas no cutáneas. Sus prometedores resultados plantean la posibilidad de que el upadacitinib sea un tratamiento a desarrollar en ensayos clínicos futuros para la AA, así como una alternativa de tratamiento aparentemente segura y efectiva en pacientes con DA y AA refractarios incluso a otros inhibidores JAK como en nuestro caso.

#### P6. EFECTOS DE LA TERAPIA CRET EN UN MODELO IN VITRO DE ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

L.A. Pérez González<sup>a</sup>, M.A. Martínez Pascual<sup>b</sup>, E. Toledano Macías<sup>b</sup>, D. Saceda Corralo<sup>c</sup> y M.L. Hernández-Bule<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.* <sup>b</sup>*Laboratorio de Bioelectromagnetismo. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS).* <sup>c</sup>*Unidad de Tricología. Grupo Pedro Jaén. Madrid. España.*

La alopecia frontal fibrosante (AFF) es la alopecia cicatricial más frecuente y su fisiopatología se basa principalmente en la inflamación mediada por linfocitos y la fibrosis similar a la producida en una cicatriz. La inflamación mediada por linfocitos T desempeña papel central, siendo uno de los factores reguladores el factor nuclear  $\kappa$ B (NF- $\kappa$ B) y en concreto por su forma activa fosforilada (p-NF- $\kappa$ B). La terapia por transferencia eléctrica capacitiva resistiva (CRET) no invasiva emplea corrientes eléctricas (448 kHz) para generar un incremento térmico en los tejidos diana. Varios ensayos clínicos y biológicos han demostrado su capacidad para mejorar la reparación tisular. Adicionalmente, estudios recientes han demostrado su papel como potencial terapia antiinflamatoria y antifibrótica. El objetivo de este estudio es describir los efectos de la CRET sobre la inflamación y la fibrosis en un modelo in vitro similar al de la AFF. Se emplearon cultivos primarios de fibroblastos humanos (HF) que fueron diferenciados a miofibroblastos (HMF) mediante su incubación con 2 ng/ml de TGF- $\beta$ 1. Los HMF se expusieron de forma controlada a pulsos subterármicos de CRET de 100  $\mu$ A/mm<sup>2</sup> y 5 min de duración, aplicados en intervalos de 4 h durante 12, 24 y 48 h. Los HMF tratados se compararon con un grupo control no tratado con CRET pero cultivado en las mismas condiciones. Tras la estimulación con CRET, se analizó la viabilidad celular (ensayo colorimétrico XTT), la muerte celular por apoptosis (ensayo TUNEL), y la expresión de marcadores de inflamación y fibrosis como colágeno tipo I y

III (inmunofluorescencia), actina de músculo liso- $\alpha$  ( $\alpha$ -SMA), metaloproteinasas de matriz (MMP1, MMP9), MAPK kinasas (ERK1/2, p-ERK1/2) y el factor NF- $\kappa$ B y p-NF- $\kappa$ B (Inmunoblot). Los miofibroblastos tratados con CRET disminuyeron su viabilidad celular (4%;  $p < 0,001$ ), su apoptosis, así como su expresión de  $\alpha$ -SMA (6,5%;  $p < 0,05$ ), colágeno (tipo I y III; 23% y 16% respectivamente;  $p < 0,05$ ), p-NF- $\kappa$ B (50%;  $p < 0,05$ ) y, mientras que aumentaron la expresión de MMP9 (63%,  $p < 0,001$ ), respecto al control. Tomando en cuenta estos resultados, se puede concluir que la terapia CRET podría usarse en pacientes con AFF para frenar el proceso inflamatorio y fibrótico y para mejorar las características de la banda fibrótica frontoparietal una vez que la alopecia ya está establecida.

## P7. UTILIDAD DEL PERFIL LIPÍDICO Y EL RECuento DE MONOCITOS PARA EVALUAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA

A. Soto Moreno, M. Sánchez Díaz, C. Ureña Paniego, D. Muñoz Barba y S. Arias Santiago

*Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Antecedentes.** Existe evidencia creciente sobre el incremento del riesgo cardiovascular en pacientes con alopecia areata (AA). Una serie de índices hematológicos y de parámetros analíticos han demostrado tener correlación con el riesgo cardiovascular; sin embargo, su utilidad en la evaluación del riesgo cardiovascular en AA ha sido aún poco estudiada.

**Objetivos.** Analizar la asociación de los índices obtenidos del perfil lipídico y el hemograma de pacientes con AA con factores clínicos y analíticos de riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio transversal en pacientes con diagnóstico de AA. Se recurrió a los parámetros de una analítica realizada en el mismo mes de la consulta para obtener los índices lipídicos (ratio triglicérido/HDL, LDL/HDL) y hematológicos (ratio monocito/HDL, ratio monocito/linfocito, ratio neutrófilo/linfocito e índice de inflamación sistémica SII). La severidad de la enfermedad se evaluó mediante SALT (severity of alopecia tool). Fueron recogidas variables clínicas y analíticas de riesgo cardiovascular.

**Resultados.** Cincuenta y tres pacientes se incluyeron en el estudio. Edad media 40 años (16,3), 75,4% (40/53) mujeres, SALT media 35,5 (30). La ratio LDL/HDL encontró asociación positiva con SALT ( $p < 0,01$ ), trigliceridemia ( $p < 0,01$ ) y glucemia ( $p < 0,01$ ). El cociente TG/HDL se asoció a mayores cifras de glucemia ( $p < 0,01$ ). Todos los índices hematológicos presentaron correlación con las cifras de insulínemia ( $p = 0,01$ ), además, la ratio monocito/linfocito se asoció a mayor duración de la enfermedad ( $p = 0,03$ ), mayor índice HOMA ( $p < 0,01$ ) y mayor IMC (0,03).

**Conclusiones.** Los índices lipídicos y hematológicos de riesgo cardiovascular se asocian a la severidad de la enfermedad y a un mayor riesgo cardiovascular en AA. Su uso es sencillo, reproducible e in-cruento y podría ser de utilidad en pacientes con formas graves de AA.

## P8. RESTAURACIÓN PARCIAL DE LA MICROBIOTA DEL CUERO CABELLUDO EN ALOPECIA AREATA CON INHIBIDORES DE JAK

M. Juan Cencerrado<sup>a</sup>, I. Rivera-Ruiz<sup>a</sup>, P.J. Gómez-Arias<sup>a</sup>, F. Gómez-García<sup>a</sup>, S. Sánchez González<sup>b</sup>, A. Ortega-Hernández<sup>c</sup>, D. Gómez Garre<sup>c</sup>, J. Gay-Mimbrera<sup>d</sup> y J. Ruano Ruiz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>UGC Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

<sup>b</sup>Laboratory of Vascular Biology and Microbiota. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>c</sup>Laboratory of Vascular Biology and Microbiota. Hospital Clínico San Carlos-Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>d</sup>Inflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases

Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. España.

**Antecedentes.** La alopecia areata (AA) es una afección de pérdida de cabello mediada por el sistema inmunitario y se caracteriza por una notable diversidad en la presentación clínica y gravedad.

**Métodos.** En este estudio, analizamos la microbiota del cuero cabelludo utilizando la secuenciación del gen 16S ARNr en muestras de hisopos recolectadas de áreas del cuero cabelludo de pacientes con AA ( $n = 27$ ) y controles sanos ( $n = 4$ ). La gravedad de la enfermedad se clasificó como leve/moderada ( $< 50\%$  de SALT y  $< 1$  año de duración) o severa ( $\geq 1$  año de duración, SALT  $\geq 50\%$ , AT o AU). Los cambios en la microbiota se estudiaron después de 52 semanas de tratamiento con inhibidores de la cinasa JAK (ritilecitinib 10-50 mg/d;  $n = 5$ ; deuruxolitinib 8-12 mg/d;  $n = 5$ ). Se utilizó el análisis discriminante lineal para identificar taxonomías discriminantes.

**Resultados.** Los pacientes con AA mostraron una relación alterada de bacterias grampositivas y gramnegativas en comparación con los controles sanos. Todos los pacientes mostraron una abundancia elevada de géneros dentro de Proteobacteriota, Mixococcota, Bacteroidota y Verrucomicrobiota al inicio. Además, las formas graves exhibieron una disminución en la presencia de especies de Actinobacteriota. La mayoría de estas variaciones se restauraron con el tratamiento, excepto para Proteobacteriota. Es importante destacar que estos efectos se mantuvieron consistentes en todo el género del paciente, la edad, el tipo de medicamento y los cambios en SALT.

**Conclusiones.** En resumen, nuestro estudio arroja luz sobre las alteraciones en la microbiota del cuero cabelludo asociadas con la AA y sugiere un impacto potencial de los inhibidores de JAK en el microbioma de la piel en el contexto del tratamiento de la AA. Estos hallazgos contribuyen a una mejor comprensión de la patofisiología de la AA y pueden tener implicaciones para el desarrollo de enfoques terapéuticos personalizados que apunten a la microbiota de la piel.

## P9. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE METOTREXATO EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Carmona-Rocha, L. Mateu Arrom, C. López-Sánchez, L. Puig Sanz y C.E. Morales Múnera

*Dermatología y Venereología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.*

**Antecedentes.** El uso de metotrexato (MTX) podría ser una alternativa eficaz y económica en el tratamiento de la alopecia areata (AA) según ensayos clínicos recientes. La experiencia en vida real puede complementar dicha evidencia.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo incluyen-do pacientes con AA tratados con MTX en el Hospital Santa Creu i Sant Pau, entre 2012 y 2022. La respuesta se evaluó según el máximo porcentaje de superficie de alopecia repoblada con respecto a la inicial. Se analizó la influencia de variables clínicas sobre la variable respuesta mediante un modelo de regresión lineal múltiple, y la correlación mediante la prueba de Spearman.

**Resultados.** Se incluyeron 44 pacientes, 25 (56,8%) mujeres, de entre 13 y 78 años (media de 39 años). Los patrones de AA predominantes fueron multifocal (38,6%), universal (22,7%) y oñíacea (13,6%). Previamente, 41 pacientes (93%) habían recibido corticoides (CT) tópicos, 19 (43,1%) orales, 17 (38,6%) intralesionales (IL), y 13 (29,5%) sensibilizantes tópicos. La media de tiempo de evolución de la AA fue de 5,9 años (mediana 2,05). Se empleó MTX a dosis de entre 7,5-25 mg/semana, mayormente subcutáneo (77,3%). La dosis total acumulada promedio fue de 971,75 mg (mediana 507,50 mg, rango 60 a 4710 mg). El tiempo de tratamiento promedio fue de 13,9 meses (mediana 9,7). En 34 pacientes (77,3%), se empleó tratamiento concomitante, destacando CT (orales, IL o tópicos) y minoxidil (tópico). Veinticinco pacientes (56,8%) experi-

mentaron un recrecimiento cosméticamente aceptable (> 50%), incluyendo 20 pacientes (45,5%) con recrecimiento completo. La duración del tratamiento se correlacionó con el grado de recrecimiento ( $Rho\ 0,6902$ ;  $p < 0,001$ ). En el análisis multivariable, la única variable significativa fue la duración del tratamiento con MTX ( $p = 0,002$ ). El tratamiento fue bien tolerado; 13 pacientes (29,6%) presentaron algún efecto adverso, todos ellos leves, siendo los más frecuentes gastrointestinales (15,9%), alteración del perfil hepático (15,9%) y astenia (11,3%). El motivo de finalización de MTX fue eficacia sostenida en 15 pacientes (34,1%), intolerancia en 10 (22,7%) y preferencia del paciente en 8 (18,1%). Dieciséis pacientes (36,4%) presentaron recidiva, en un promedio de 28,3 meses.

**Conclusiones.** Según nuestra experiencia, MTX podría ser una alternativa terapéutica segura, eficaz y económica para la AA.

## P10. MICROPIGMENTACIÓN: UN ALIADO EN MI CONSULTA DE TRICOLOGÍA

M.P. Martínez Marta<sup>a</sup>, R. Velasco Nájera<sup>b</sup>, M. Kuzniecowa<sup>a</sup> y M.C. Villegas Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. Hospital Sanitas La Moraleja. <sup>b</sup>Raquel Velasco Micropigmentación. Madrid. España.

La micropigmentación o tricopigmentación consiste en la inyección de pigmentos a nivel de epidermis y dermis papilar para crear un efecto óptico de aumento de densidad de cabello. Es conocido su uso tanto en cuero cabelludo como en cejas y su demanda está en aumento. Si bien hasta hace pocos años estaba considerada como una técnica cosmética aparte de la consulta de tricología, cada vez está ganando más espacio y posicionándose como una alternativa a tener en cuenta, incluso incorporada como parte de nuestra oferta a los pacientes. Todos conocemos la tricopigmentación como solución alternativa al trasplante capilar. En nuestra unidad de alopecias vamos a ofrecerla como complemento al tratamiento médico y/o quirúrgico. Presentamos nuestro primer caso de alopecia androgénica femenina a la que tras dos años de tratamiento médico se le ha realizado una primera sesión de micropigmentación para redensificación. Así, tenemos en proyecto plantear esta técnica como complemento para aumentar la densidad capilar en pacientes tratados médicamente, para casos en los que el trasplante no puede alcanzar un resultado adecuado y como prediseño para el trasplante de cejas. Pensamos que la tricopigmentación puede aportar en estos casos ese extra que desea tanto el paciente como el dermatólogo.

## P11. LA ALTERACIÓN DE LA MICROBIOTA CUTÁNEA ESTÁ ASOCIADA CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD EN LA ALOPECIA AREATA

J. de Luque Fernández<sup>a</sup>, I. Rivera Ruiz<sup>a</sup>, P.J. Gómez Arias<sup>a</sup>, F. Gómez García<sup>a</sup>, S. Sánchez González<sup>b</sup>, A. Ortega Hernández<sup>b</sup>, D. Gómez Garre<sup>b</sup>, J. Gay Mimbres<sup>c</sup> y J. Ruano<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Laboratorio de Enfermedades Cutáneas Crónicas Inflammatorias Inmunomediadas. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>b</sup>Laboratorio de Biología Vascular y Microbiota. Hospital Clínico San Carlos-Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Madrid. <sup>c</sup>Laboratorio de Enfermedades Inflammatorias Crónicas Inmunomediadas de la Piel. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. España.

**Antecedentes.** El microbioma de la piel es un sistema microbiológico complejo con múltiples interacciones que pueden llevar a cambios tanto locales como distantes en la homeostasis.

**Objetivos.** Determinar la relación entre la composición de la microbiota de la piel y la gravedad de la enfermedad en pacientes con alopecia areata (AA).

**Métodos.** Interrogamos el gen 16S ARNr en 20 pacientes no tratados previamente con AA severa ( $n = 8$ ) o leve ( $n = 12$ ) y controles sanos ( $n = 4$ ) utilizando muestras de hisopos recolectadas de áreas del cuero cabelludo con lesiones y analizadas en un secuenciador Ion-Torrent S5. El estado de la enfermedad se clasificó como leve/moderado (< 50% de involucro y < 1 año de duración) y severo ( $\geq 1$  año,  $\geq 50\%$  de SALT, AT o AU). Se utilizaron las puntuaciones del tamaño del efecto del análisis discriminante lineal para identificar los taxones que mejor discriminaban entre los grupos.

**Resultados.** La diversidad alfa no difirió entre las muestras. Sin embargo, la diversidad beta (Jaccard) fue diferente en AA leve ( $p = 0,002$ ) y severa ( $p = 0,005$ ) en comparación con los controles. Nuestros resultados indicaron que los taxones del cuero cabelludo sano estaban dominados por cuatro filos bacterianos: Actinobacteriota (56,1%), Firmicutes (27,2%), Bacteroidota (8,5%) y Proteobacterias (7%), representando un total de 18 grupos diferentes. Hubo cambios aparentes en la dominancia asociados con la gravedad de la AA, desde Actinobacteriota (56,1% control; 48,4% leve; 37,9% severo) hasta grupos de Proteobacterias (7% control; 6,1% leve; 17,4% severo). Las especies de bacterias que mostraron un LDA > 2 entre el control y la AA fueron Brevibacillus, Anaeroplasmia, Jeotgaliococcus, Asteroleplasma, Paraprevotella, Helicobacter, Turicibacter, Ruminococcaceae, Victivallis y Thermicanus (todos  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** La cantidad de microbiota del cuero cabelludo no varía entre sujetos sanos y pacientes con AA. Sin embargo, hay cambios en la población bacteriana relativa con una correlación positiva entre la relación de bacterias proinflammatorias (Proteobacterias)/antiinflammatorias (Actinobacteriota) y la gravedad de la enfermedad. Si estos cambios son la causa o la consecuencia de la AA necesita ser explorado más a fondo.

## P12. METAANÁLISIS TRANSCRIPTÓMICO Y DE DECONVOLUCIÓN DESVELAN DINÁMICAS CELULARES EN ALOPECIAS LINFOCÍTICAS PRIMARIAS CICATRICIALES Y NO CICATRICIALES

I. Rivera Ruiz<sup>a</sup>, P.J. Gómez Arias<sup>a</sup>, M. Juan Cencerrado<sup>a</sup>, F. Gómez García<sup>a</sup>, J. Gay Mimbres<sup>a</sup> y J. Ruano<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Laboratorio de Enfermedades Cutáneas Crónicas Inflammatorias Inmunomediadas. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. <sup>b</sup>Laboratorio de Enfermedades Inflammatorias Crónicas Inmunomediadas de la Piel. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). <sup>c</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. Córdoba. España.

**Antecedentes.** La alopecia inflamatoria abarca varios trastornos de pérdida de cabello con inflamación mediada por el sistema inmunológico y cicatrización.

**Métodos.** A través de una revisión sistemática de estudios disponibles públicamente en Gene Expression Omnibus (GEO), investigamos estudios que involucran análisis de expresión génica por microarrays en muestras del cuero cabelludo en pacientes con alopecia areata (AA), alopecia frontal fibrosa (FFA), liquen plano pilar (LPP) y alopecia cicatricial central centrífuga (CCCA). A través del análisis transcriptómico y la desconvolución de conjuntos de datos de expresión génica en bloque, estimamos las proporciones de células inmunitarias en cada muestra.

**Resultados.** Se utilizó un modelo metaanalítico para integrar los perfiles de expresión génica de ocho conjuntos de datos GEO independientes (GSE68801, GSE45512, GSE80342, GSE58573, GSE74761, GSE59131, GSE58934 y GSE113052) que involucran a pacientes con alopecia no cicatricial (AA,  $n = 82$ ) y alopecia cicatricial (FFA,  $n = 10$ ; LPP,  $n = 11$ ; CCCA,  $n = 8$ ) y controles sanos ( $n = 80$ ). Se observaron cambios celulares distintos en cada subtipo. La AA mostró un aumento de células B de memoria con cambio de clase, macrófagos, mastocitos y ciertos subconjuntos de células T, con una disminución

de células B plasmáticas y células T CD8+ naïve. FFA mostró un aumento de células B de memoria con cambio de clase, células endoteliales, progenitores de granulocitos-monocitos y células T CD4+ de memoria central, con una disminución de células B plasmáticas y células T CD4+ Th1. LPP demostró un aumento de células B, eosinófilos, células dendríticas plasmacitoides y subconjuntos específicos de células T, con una disminución de progenitores linfoides comunes y células TCD4+ Th1. CCCA exhibió un aumento de células B, fibroblastos asociados al cáncer, mastocitos y subconjuntos de células T, con una disminución de progenitores de granulocitos-monocitos, células T CD4+ de memoria y células T CD8+ naïve.

**Conclusiones.** Estos hallazgos profundizan nuestra comprensión de la implicación celular en la alopecia inflamatoria y ofrecen posibles objetivos para futuras intervenciones terapéuticas.

### P13. EFICACIA Y TOLERABILIDAD DEL TRATAMIENTO DEL PRURITO DEL CUERO CABELLUDO CON UN GEL FLUIDO ESPECÍFICO (INFORME PRELIMINAR 2)

A. Guerra-Tapia<sup>a</sup>, J. Molinero Caturla<sup>b</sup> y E. González Guerra<sup>a</sup>

*Dermatología. <sup>a</sup>Clinica Dermatologas Guerra. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España.*

**Antecedentes y objetivos.** En estudios previos (SCALP-PR, scalp prurito) se ha observado que el prurito del cuero cabelludo (PCC) en las consultas dermatológicas en España tiene una prevalencia del 6,9%, afectando la calidad de vida del 89% de los pacientes. El objetivo del estudio que presentamos es conocer la eficacia y tolerabilidad percibida, así como la satisfacción del paciente, con el tratamiento principal o como coadyuvante con un gel fluido específico.

**Métodos.** El estudio comenzó en octubre 2021 y finalizó en marzo 2023. Fue aprobado por el Comité Ético del Hospital Universitario de Bellvitge en Barcelona. Es un estudio prospectivo con registro de pacientes con PCC según los criterios de inclusión. Al inicio se completan cuestionarios sobre prurito y calidad de vida dermatológica y se prescribe 15 días de tratamiento según pauta con un gel fluido específico a base de ingredientes antiinflamatorios, hidratantes, emolientes y calmantes. Pasados los 15 días de tratamiento, se rellenan de nuevo los cuestionarios para valorar los cambios. En el estudio prospectivo han participado 50 dermatólogos que han incluido a 131 pacientes mayores de edad con PCC que han completado ambos cuestionarios.

**Resultados.** A los 15 días del tratamiento se produce una disminución significativa de la intensidad del prurito (tamaño de efecto:  $d = 1,79$ ;  $p < 0,00001$ ). El 91,5% de los pacientes disminuye la intensidad del prurito (tamaño de efecto  $r = 0,49$  [0,37 a 0,62] equivalente aproximadamente a una OR: 7,68). También se observa una disminución significativa de la necesidad de rascarse (tamaño de efecto:  $d = 1,41$ ;  $p < 0,00001$ ). El 90% de los pacientes disminuye la necesidad de rascarse (tamaño de efecto  $r = 0,49$  [0,37 a 0,62] equivalente aproximadamente a una OR: 7,68). La calidad de vida mejora de forma significativa (87%, tamaño de efecto  $r = 0,43$  [0,31 a 0,55] equivalente aproximadamente a una OR: 5,63).

**Conclusiones.** El gel fluido a base de ingredientes antiinflamatorios, hidratantes, emolientes y calmantes reduce la intensidad del PCC, la necesidad de rascado y mejora la calidad de vida del paciente con PCC, tras 15 días de tratamiento. Por lo tanto, estamos delante de una alternativa terapéutica óptima para el tratamiento del PCC.

### P14. DOBLE TERAPIA ANTIANDROGÉNICA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA EN MUJERES: DESCRIBIENDO SU USO EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

D. Buendía Castaño, R. Gil Redondo, Á. Hermosa Gelbard, J. Jiménez Cauhé y S. Vañó Galván

*Unidad de Tricología. Grupo Pedro Jaén. Madrid. España.*

La alopecia es un problema frecuente que afecta a las mujeres, y su tratamiento puede requerir la combinación de diferentes estrategias terapéuticas. El único tratamiento aprobado es el minoxidil tópico, sin embargo, en la práctica clínica, es común que se empleen otros tratamientos fuera de indicación. La terapia con antiandrogénos orales cada vez acumula más evidencia sobre su efectividad en el tratamiento de diferentes tipos de patologías dermatológicas, entre ellas la alopecia. Pese a su buen perfil de seguridad, ocasionalmente nos encontramos con pacientes que presentan contraindicación para su uso, efectos adversos, patologías concomitantes o falta de eficacia con los esquemas de tratamiento habituales. En estos supuestos, su uso en combinación puede ser útil. En este estudio se recogen las características de 28 pacientes tratadas de manera concomitante con más de un antiandrogénico oral (inhibidores de la 5-alfa-reductasa, espironolactona y/o bicalutamida) con el fin de perfilar sus condiciones de uso en nuestra práctica clínica habitual. Se analizaron de manera retrospectiva los datos de demográficos de la muestra, el tipo de alopecia, motivo de indicación de la doble terapia, el tiempo de exposición a la misma, tratamiento concomitante con otros fármacos, comorbilidades, efectos adversos y pruebas complementarias de seguimiento, así como la evolución (mejoría, progresión o estabilidad) de su alopecia. La totalidad de los datos del estudio se presentarán en la reunión del Grupo de Tricología de la AEDV de Córdoba 2023.

### P15. USO DE LA LUZ ULTRAVIOLETA EN LA TRICOSCOPIA DE LA TINEA CAPITIS COMO GUÍA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

C. Azcárraga Llobet, E.D. Berná Rico, B. de Nicolás Ruanes, E. García Mouronte, D. Saceda Corralo y G. Selda Enríquez

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

**Introducción.** El diagnóstico de la tinea capitis suele ser clínico con confirmación microbiológica, pero el cultivo es una técnica lenta. Aunque la tricoscopia suele ser útil, a veces es inespecífica o difícil de evaluar, y el diagnóstico diferencial con otras enfermedades puede ser complicado.

**Caso clínico.** Se presenta el caso de un paciente de 5 años con una lesión asintomática en el cuero cabelludo de un mes de evolución, sin mejoría con corticosteroides y antifúngicos tópicos. Tenía un perro de mascota y no había convivientes con clínica similar. A la exploración se observaba una placa occipital descamativa cuya tricoscopia mostraba pelos rotos, vainas peripilares y una descamación grisácea difusa. La dermatoscopia mediante un filtro de luz ultravioleta (365 nm) mostró una fluorescencia azul-verdosa selectiva de los pelos afectados, permitiendo la visualización de pelos rotos y también en zigzag. En este paciente, las características observadas apoyaron el diagnóstico de tinea capitis por *Microsporum* spp. y se pautó tratamiento con griseofulvina. Se confirmó *M. canis* en el cultivo y las lesiones se resolvieron a los 3 meses.

**Discusión.** En este caso se presenta la utilidad del estudio tricoscópico de la tinea capitis mediante dermatoscopia con un filtro de luz ultravioleta. Su uso no solo nos facilitó el diagnóstico precoz de dicha enfermedad, sino que permitió orientar el dermatofito implicado y servir como guía terapéutica. Algunos dermatofitos producen metabolitos fluorescentes cuando se iluminan con un filtro de luz ultravioleta (similar a la luz de Wood), mostrando una coloración variable. *Microsporum* spp. muestra una fluorescencia azul-verdosa debido a la producción de porfirina pteridina, como observamos en nuestro paciente. La dermatoscopia ultravioleta puede permitir un análisis morfológico más preciso de los pelos distróficos infectados, en contraste con los pelos sanos, que no presentan fluorescencia. Por tanto, podría facilitar una mejor identificación de los diferentes hallazgos tricoscópicos típicos de las infecciones de ectótrix (como

los pelos en zigzag de nuestro paciente) o endótrix. En definitiva, la integración de la información morfológica y el tipo de fluorescencia podría ayudar a la identificación precoz de dermatofitos, lo que permitiría administrar una terapia específica más temprana sin necesidad del cultivo, como en nuestro caso.

#### **P16. PELOS CIRCULARES (“CIRCLE HAIRS”) EN UN PACIENTE CON LINFOMA ALK POSITIVO TRATADO CON ALECTINIB**

N. Planella Fontanillas<sup>a</sup>, A. Lobato Berezo<sup>a</sup>, L. Parra Navarro<sup>a</sup>, H. Escolà Rodríguez<sup>a</sup>, A. Salar Silvestre<sup>b</sup> y R.M. Pujol Vallverdú<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>b</sup>Servicio de Hematología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

**Introducción.** Los pelos circulares (circle hairs/ spiral hairs) son un trastorno infrecuente y de etiología desconocida, caracterizado típicamente por pelos perfectamente o casi perfectamente enrollados ubicados debajo de la capa córnea de la piel, sin acompañarse de hiperqueratosis folicular o signos de inflamación.

**Caso clínico.** Presentamos un varón de 17 años con normopeso y con un linfoma ALK positivo que acudió a hematología para un control rutinario de su enfermedad/seguimiento de su tratamiento. Seis meses antes, había recibido un diagnóstico de linfoma ALK+ de fenotipo nulo en estadio IV-B de Ann Arbor. Había sido tratado con poliquimioterapia con brentuximab más CHP, y a pesar de haber alcanzado una remisión metabólica casi completa tras tres ciclos, progresó tras el cuarto con afectación parenquimatosa y leptomeníngea del sistema nervioso central. Tras recibir dos ciclos de MATRIX sin respuesta, se inició tratamiento con alectinib, un inhibidor de ALK de tercera generación. Después de diez semanas con alectinib, el paciente observó el desarrollo progresivo de diversas lesiones de morfología redondeada en ambos muslos, nalgas y tercio inferior de espalda, que previamente no estaban. La exploración física evidenció la presencia de múltiples pelos enrollados en círculos concéntricos perfectos o casi perfectos sin signos inflamatorios acompañantes evidenciándose por dermatoscopia que correspondían a pelos circulares en distribución horizontal por debajo del estrato córneo. El paciente fue tratado con crema de urea al 10%, dos veces al día, con una mejoría significativa en la visita de seguimiento a las 2 semanas.

**Discusión/Conclusiones.** Los pelos circulares suelen representar un hallazgo ocasional en individuos obesos o con hipertrichosis y no se han descrito asociaciones relevantes. Crecen en una distribución circular horizontal por debajo del estrato córneo. En el caso presentado, se observó la aparición de múltiples pelos circulares de carácter generalizado coincidiendo con el inicio del tratamiento con alectinib. Se desconocen los mecanismos implicados en el desarrollo de los pelos circulares. Se han postulado factores genéticos, una posible relación con trastornos de la queratinización, una hipotética relación con factores exógenos o con fármacos que estimulan el crecimiento folicular. Son lesiones asintomáticas que no suelen precisar tratamiento.

#### **P17. EFICACIA DE INFILTRACIONES DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE**

J. Naharro Rodríguez, Á. Hermosa Gelbard, Ó. Muñoz Moreno-Arrones, C. Pindado Ortega, S. Vañó Galván, F.J. Pérez Bootello, M. González Ramos, L.A. Pérez González y D. Saceda Corralo

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

**Antecedentes.** La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una patología con un gran impacto en la calidad de vida debido al compromiso

estético que acarrea y cuyo manejo aún supone un desafío. Existe todavía escasa evidencia del uso de infiltraciones de plasma rico en plaquetas (PRP) en esta enfermedad.

**Métodos.** Se diseñó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes con AFF que fueron sometidas a tratamiento con infiltraciones de PRP durante al menos un año entre 2015 y 2023. Se recogieron datos clínicos, tricoscópicos y efectos secundarios. Los signos inflamatorios se evaluaron mediante la presencia de eritema e hiperqueratosis perifolicular.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 104 mujeres con AFF. Todas ellas recibieron dutasterida oral 0,5 mg (de tres a siete veces por semana) y tratamiento tópico (crema de pimecrolimus 1% dos veces por semana). Las pacientes recibieron un número medio de sesiones de PRP de 5,6 (rango 3-13) a lo largo de una media de 26,4 meses (rango 12-60 meses). La frecuencia de las sesiones fue cada 6, 4, 3 y 2 meses en 52 pacientes (50%), 26 pacientes (25%), 22 pacientes (21,2%) y 4 pacientes (3,8%), respectivamente. Setenta pacientes (67,3%) recibieron infiltración de triamcinolona intralesional a concentración de 4 mg/ml al mismo tiempo. El 28,1% de los pacientes presentaron mejoría de la inflamación tras la introducción del PRP. La atrofia cutánea mejoró en 56 pacientes (53,8%), reduciéndose la depresión de las venas frontotemporales en 12 casos (11,5%). El efecto secundario más frecuente fue dolor bien tolerado durante el procedimiento y edema frontal en 24 pacientes (23,1%).

**Conclusión.** La atrofia de la banda cicatricial en la AFF acarrea un importante compromiso estético y, desafortunadamente, el tratamiento convencional no suele mejorar este aspecto de la enfermedad. Hemos encontrado una notable mejoría del grosor de la piel tras el tratamiento con PRP. Además, no se observó atrofia cutánea inducida por la infiltración de triamcinolona intralesional concomitante, lo que convierte al PRP en un interesante tratamiento adyuvante para evitar este efecto secundario. En conclusión, nuestro estudio apoya la utilidad del PRP para pacientes con AFF en práctica clínica real. Esta terapia podría reducir la inflamación asociada a la enfermedad e inducir una mejora significativa de la atrofia cutánea.

#### **P18. ALOPECIA AREATA-LIKE POR DUPILUMAB: DOS CASOS CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS SIMILARES, PERO DIFERENTE EVOLUCIÓN Y MANEJO**

F.J. Rodríguez Cuadrado, M. Elosúa González, L. Nájera Botello, C. Martínez Mera, Á.M. Rosell Díaz, M. Loro Pérez y G. Roustán Gullón

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). España.

**Caso clínico 1.** Varón de 29 años con dermatitis atópica (DA) grave tratada previamente con ciclosporina. Previo al inicio de dupilumab, presentaba un índice de área y gravedad del eccema (EASI) de 51,6. Tras 6 semanas, el paciente mostró áreas de alopecia parcheada, con eritema y descamación. La biopsia objetivó dermatitis espongiótica e infiltrado linfocítico peribulbar. Teniendo en cuenta la gran mejoría mostrada en el resto del cuerpo, se decidió no suspender dupilumab e instaurar tratamiento con propionato de clobetasol 0,05% + vaselina salicilica 10%. Comenzó a mejorar en 2 meses y consiguió un recrecimiento completo en 6 meses, con buena respuesta mantenida de la DA (EASI 3,6).

**Caso clínico 2.** Mujer de 25 años con DA tratada previamente con ciclosporina y tralokinumab. Previo al inicio de dupilumab, presentaba EASI 44,8. Cuatro semanas después, la paciente desarrolló placas de alopecia parcheada con descamación y eritema en la región parietotemporal. La tricoscopia mostró hiperqueratosis peri e interfolicular, pelos rotos y pelos vellosos. La biopsia reveló hallazgos similares al caso previo. Se decidió mantener dupilumab y comenzó tratamiento con propionato de clobetasol 0,05% + vaselina

salicilica 10%. Pese a la mejoría inicial, a las 4 semanas empeoró tanto su DA como su alopecia, por lo que se pautó un ciclo de prednisona oral y se sustituyó dupilumab por upadacitinib 30 mg. En la revisión a los 3 meses, la paciente presentó una gran mejoría de la DA (EASI 3) y un recrecimiento completo del cabello.

**Discusión.** La alopecia por dupilumab es un efecto secundario poco frecuente, puesto que se han publicado en la literatura menos de 20 casos. La mayoría son de alopecia areata (AA) de novo, aunque otros presentaban una AA-like con descamación y eritema, similar a los dos casos presentados aquí. Ambos tipos suelen mostrar una buena respuesta al tratamiento, aunque en algunos casos se requiere la retirada de dupilumab. El mecanismo fisiopatológico no está claro: se ha propuesto como causas el desequilibrio en las citocinas Th2, la inclinación de las células CD4<sup>+</sup> hacia una respuesta Th1/Th17 o la atrofia de las glándulas sebáceas por la inhibición de IL4 e IL13. No obstante, estos casos contrastan con otros en los que el dupilumab mejoró la AA de forma casual en paciente afectos de DA, así como con ensayos clínicos que apuntan a su efectividad en esta patología.

### P19. ESPECTRO FENOTÍPICO FOLICULITIS DECALVANTE Y LIQUEN PLANO PILAR

C. Romera de Blas, M. Cotarelo Hernández, M.V. Signes-Costa Smith, N. Aranda Sánchez, J.J. Amorós Oliva, M.J. Carrera Hernández, P. Blázquez Pérez, J. Moreno-Marzano García-Calvillo, S. Plata Clemente y E.R. Martínez Lorenzo

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.*

La foliculitis decalvante (FD) y el liquen plano pilar (LPP) son clasificados como alopecias cicatriciales primarias (ACP) neutrofílica y linfocitaria respectivamente. En los últimos años, se han descrito formas de FD con características de LPP, que pueden aparecer de forma simultánea o en su evolución, sugiriendo un espectro fenotípico FD-LPP. Mujer de 46 años que consulta por primera vez en 2016 por presentar una placa de alopecia en vértex dolorosa y pruriginosa de 3 meses de evolución. A la exploración se observa área alopecica cicatricial que en polo posterior presenta hiperqueratosis y eritema perifolicular, costras amarillentas adheridas con secreción purulenta, presencia de pelos en penacho y tracción positiva. Se realiza biopsia en suero y en formol, en la que se observa cicatriz, capas concéntricas de fibrosis en la mayoría de los folículos y un infiltrado linfoplasmocitario en torno a algunos folículos. Analítica con estudio de autoinmunidad sin hallazgos patológicos. Con el diagnóstico de ACP con datos clínicos de FD e histológicos de ACP linfocitaria confirmados posteriormente con una segunda biopsia, se realizó tratamiento con diferentes pautas de corticoides, queratolíticos, antifúngicos y antibióticos tópicos, corticoides intralesionales y orales, doxiciclina, rifampicina-clindamicina, hidroxycicloroquina, metotrexato oral e isotretinoína con progresión en brotes de la placa alopecica. Ante la falta de respuesta terapéutica, se decide iniciar micofenolato mofetilo con estabilidad de la placa y control de la sintomatología. El espectro fenotípico FD-LPP se engloba dentro de las alopecias cicatriciales primarias y se caracteriza por presentar tanto signos clínicos y tricoscópicos de FD, con presencia de penachos foliculares, costras y pústulas, como de LPP, con eritema y descamación perifolicular. En la histología se pueden encontrar infiltrados perifoliculares con neutrófilos y/o linfocitos y células plasmáticas. Es importante el reconocimiento de la foliculitis decalvante en su forma liquenoides por sus implicaciones terapéuticas. Describimos una paciente con una alopecia cicatricial primaria que se podría incluir por sus características clínicas e histológicas en el espectro fenotípico FD-LPP. Queremos destacar la importancia de conocer esta forma de presentación para evitar un diagnóstico erróneo y realizar un manejo terapéutico adecuado.

### P20. NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA ANDROGÉNICA: EXPERIENCIA TRAS DOS CASOS TRATADOS CON TOXINA BOTULÍNICA

M. González Ramos, J. Naharro Rodríguez, F.J. Pérez Bootello, L.A. Pérez González, P. Jaén Olasolo, S. Vañó Galván, D. Saceda Corralo y Á. Hermosa Gelbard

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

En los últimos años se ha propuesto el uso de toxina botulínica (TB) como una opción de tratamiento en la alopecia androgénica (AGA). Aunque no se conoce con precisión su mecanismo de acción, se han postulado dos hipótesis sobre su posible efecto en la caída del pelo. En primer lugar, la relajación de los músculos del cuero cabelludo favorece un aumento de flujo sanguíneo con incremento del oxígeno y una disminución de la dihidrotestosterona (DHT). En segundo lugar, se ha demostrado que la TB reduce la transcripción génica de TGF- $\beta$ 1, un promotor de la fibrosis folicular asociado a la miniaturización folicular en la AGA que se induce tras la activación del receptor de andrógenos por la DHT. Presentamos dos casos clínicos de pacientes con alopecia androgénica femenina grado I de Ludwig tratadas únicamente mediante inyecciones de toxina botulínica tipo A (TB-A). No habían recibido previamente ningún tratamiento para su alopecia. Para ello, se diluyeron 100 unidades (U) de TB-A en 5 ml de suero salino fisiológico. A continuación, se realizaron inyecciones intradérmicas en forma de mesoterapia en 30 puntos de inyección separados entre sí aproximadamente 2 cm. Los puntos de inyección se distribuyeron por el área alopecica desde 2 cm por detrás de la línea de implantación frontal. De esta forma, se administraron un total de 60 U de TB-A (2 U/punto de inyección). Por otro lado, se llevaron a cabo inyecciones intramusculares en 20 puntos de inyección. En concreto, 8 puntos de inyección por cada lado en los músculos temporal y periauricular, así como 2 puntos a cada lado del músculo occipital. Se administraron en total 40 U de TB-A (2 U/punto de inyección). Se evaluó a las pacientes tres meses después del tratamiento, observando en ambos casos un aumento de la densidad capilar en el área frontoparietal. Además, percibieron una mejoría de la secreción sebácea y disminuyeron su frecuencia de lavado. El grado de satisfacción fue alto y no se reportó ningún efecto secundario. En dicha visita se realizó una nueva sesión de tratamiento. En conclusión, la TB-A se postula como una futura opción en el tratamiento de la AGA. Se requieren más estudios para aclarar los posibles mecanismos de acción, su eficacia real y comparada con otros tratamientos utilizados para la AGA, así como la mejor técnica de administración.

### P21. EXPERIENCIA CON EL USO DE BARICITINIB PARA EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN UN CENTRO PRIVADO

F.J. Pérez Bootello<sup>a</sup>, R.C. Cova Martín<sup>a</sup>, M. González Ramos<sup>a</sup>, J. Naharro Rodríguez<sup>a</sup>, L.A. Pérez González<sup>a</sup>, J. Jiménez Cauhé<sup>b</sup>, D. Saceda Corralo<sup>b</sup>, S. Vañó Galván<sup>b</sup> y Á. Hermosa Gelbard<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

<sup>b</sup>Grupo Pedro Jaén. Madrid. España.

La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la pérdida de cabello de carácter no cicatricial. Es una patología frecuente, que puede afectar hasta al 2% de la población, con un rango de gravedad variable y un curso evolutivo caprichoso e impredecible. La AA grave es habitualmente difícil de tratar y las recaídas son comunes. El baricitinib es un inhibidor de las Janus kinasas (JAK), que actúa preferentemente sobre JAK 1 y JAK 2. Se trata del primer fármaco aprobado para la AA grave en adultos tanto en Estados Unidos como en Europa, siendo autorizado para esta indicación por la Agencia Europea del Medicamento en 2022. Sin embargo, el acceso al baricitinib para la indicación de AA ha

estado restringido en el seno del Sistema Nacional de Salud español ya que no ha existido un acuerdo para la financiación de este fármaco hasta julio de 2023. En esta comunicación presentamos nuestra experiencia con el uso de baricitinib en 23 pacientes en la práctica clínica privada, donde discutiremos datos sobre la eficacia, tolerabilidad, efectos adversos y satisfacción del paciente con relación al uso de este fármaco. Exponemos los datos de un centro privado pionero en el uso de terapias avanzadas para la AA, que constituye además la serie de casos más extensa presentada desde un único centro sanitario en Europa.

## **P22. TRASPLANTE CAPILAR EN LA FOLICULITIS DECALVANTE. EVALUACIÓN DE SU EFECTIVIDAD EN UNA SERIE DE NUEVE PACIENTES EN LA PRÁCTICA REAL**

R.C. Cova Martín, F.J. Pérez Bootello, J. Naharro Rodríguez, A. Lecumberri Indart, L. Alonso Martínez de Salinas, D. Saceda Corralo, S. Vañó Galván y Á. Hermosa Gelbard

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

La foliculitis decalvante (FD) es una forma poco frecuente de alopecia cicatricial neutrofílica de carácter crónico y recurrente. Se caracteriza clínicamente por la presencia de placas alopécicas, localizadas con mayor frecuencia en vértex; sobre las que aparecen pústulas, costras y pelos en penacho. Afecta predominantemente a adultos jóvenes, con predominancia masculina. El tratamiento se centra inicialmente en el control del proceso inflamatorio para frenar la progresión existiendo diferentes pautas descritas tanto para el control del brote cuando la enfermedad está activa como para evitar el mismo (tratamiento de mantenimiento) dado el carácter recurrente de la enfermedad. Sin embargo, dado que se trata de una alopecia de tipo cicatricial, la placa alopécica persiste una vez estabilizada la inflamación. Esto puede acarrear consecuencias con alto impacto psicológico, que empeoran la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad. Por ello, una vez controlada la actividad, el trasplante capilar se ha propuesto como una alternativa a tener en cuenta para disminuir las secuelas estéticas de este tipo de alopecia. Sin embargo, existen pocas publicaciones científicas acerca de este procedimiento en este perfil de pacientes. El objetivo de esta publicación es describir la respuesta al trasplante capilar en una cohorte de 9 pacientes con FD en la práctica clínica real. Para ello se ha diseñado un estudio unicéntrico retrospectivo en el que se han registrado variables relacionadas con la evolución de su FD así como el tipo de trasplante realizado, número de unidades trasplantadas, supervivencia anual de los folículos y evaluación subjetiva del paciente. Los resultados de este estudio se mostrarán en la Reunión anual del Grupo Español de Tricología. En conclusión, el trasplante capilar constituye una alternativa terapéutica eficaz en casos seleccionados de FD estable, en los que la alopecia cicatricial genere un impacto negativo en la calidad de vida.

## **P23. ALOPECIA POR PRESIÓN EN EL NEONATO**

A. Giacaman<sup>a</sup>, G. González López<sup>b</sup>, C. Saus Sarrias<sup>b</sup>, L.J. del Pozo Hernando<sup>a</sup>, E. Vanrell Büse<sup>a</sup> y A. Martín Santiago<sup>a</sup>

*Departamentos de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). España.*

**Introducción.** La alopecia inducida por presión (AP) es poco frecuente. En el neonato, se ha asociado a traumatismos obstétricos, sin embargo, la alopecia secundaria a prolapso de cordón no se ha descrito en la literatura.

**Caso.** Lactante de sexo femenino, con antecedente de cesárea urgente por prolapso de cordón. A los seis días de vida consultó

por lesiones hipopigmentadas lineales y con alopecia en la cara y el cuero cabelludo. Con la sospecha clínica de incontinencia pigmenti, nevus sebáceo, aplasia cutis, morfea lineal, o cicatriz secundaria a traumatismo obstétrico, se realizó una biopsia de piel que permitió descartar estas entidades. Durante los meses siguientes se observó recrecimiento del vello facial y del pelo en el cuero cabelludo afecto. Tres años después las lesiones se habían resuelto por completo.

**Discusión.** La AP se puede presentar en pacientes después de hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas asociadas a periodos de inmovilización prolongados. Las placas de alopecia suelen localizarse en zonas convexas, especialmente en el vértex y occipucio. Habitualmente la AP comienza entre los 3 y los 28 días después del factor desencadenante y puede provocar una alopecia cicatricial o no. La AP es una causa a considerar en el diagnóstico diferencial de un paciente con áreas de alopecia y alteraciones en el cordón umbilical durante el periodo perinatal.

## **P24. EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE BARICITINIB Y TOFACITINIB PARA LA ALOPECIA AREATA GRAVE. RESULTADOS DE UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 45 PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

A. Alcalá Ramírez del Puerto, J.M. Liñán Barroso, R. Bueno Molina, M. Morillo Andújar, M.T. Monserrat García y R. Barabash Neila

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.*

**Introducción.** La alopecia areata (AA) es una alopecia autoinmune no cicatricial de curso crónico y recidivante. En los últimos años, los inhibidores de la Janus quinasa han surgido como un posible objetivo terapéutico, y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó el baricitinib en 2022 para su uso en AA. Otros inhibidores de JAK como el tofacitinib (inhibidor de JAK1 y JAK3) se han utilizado anteriormente, sin que existan ensayos clínicos que los comparen cara a cara con baricitinib.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio retrospectivo es determinar la efectividad de tofacitinib oral y baricitinib oral para el tratamiento de los diferentes subtipos de AA en condiciones de la práctica clínica diaria, así como determinar la tolerancia y el perfil de seguridad.

**Material y métodos.** Se presenta una serie de casos de 45 pacientes (de 12 a 65 años) con AA refractaria grave (37 con AAU, 2 con AA ofásica y 6 con AA en placa) que fueron tratados con inhibidores orales de JAK (24 con baricitinib y 21 con tofacitinib) entre julio de 2018 y junio de 2023. Para determinar la respuesta al tratamiento, se utilizó la escala de gravedad de la alopecia (SALT) en los meses 0, 3, 6 y 12 de tratamiento.

**Resultados.** En ambos grupos se logró una gran mejora en la gravedad de la alopecia. A los 6 meses de tratamiento, se logró una reducción media de 38 puntos en la escala SALT en el grupo de tofacitinib y una reducción media de 30 puntos en el grupo de baricitinib. Tofacitinib tuvo que suspenderse en tres casos por efectos secundarios importantes: 2 por artralgias secundarias y uno por urticaria crónica. No se produjeron otros efectos secundarios significativos en ambos grupos. Cinco de los pacientes tratados con baricitinib habían recibido tratamiento previo con tofacitinib y habían cambiado por falta de eficacia. En 2 de ellos se observó mejoría, en 2 estabilidad y un paciente tuvo un claro empeoramiento. Las limitaciones fueron el pequeño tamaño de la muestra y la ausencia de un grupo de control.

**Conclusión.** Tanto baricitinib como tofacitinib parecen ser una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de los diferentes subtipos de AA refractaria. Tofacitinib parece tener un efecto ligeramente más precoz a costa de efectos secundarios más importantes. Baricitinib es una opción viable en pacientes que no habían respondido a tofacitinib.

## P25. IMPACTO DE LA ALOPECIA ANDROGÉNICA FEMENINA EN LAS DECISIONES VITALES Y LA CALIDAD DE VIDA

D. Muñoz Barba, S. Haselgruber de Francisco, M. Sánchez Díaz, A. Soto Moreno, A. Martínez López, A. Molina Leyva y S. Arias Santiago

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Introducción.** La alopecia androgénica es la principal causa de alopecia. Puede afectar hasta al 40% de la población femenina, y aunque no supone una amenaza vital, sí que condiciona considerablemente el día a día de las pacientes que la padecen.

**Objetivo.** Este estudio pretende evaluar el impacto de la alopecia androgénica femenina en las decisiones vitales y en la calidad de vida.

**Pacientes y método.** Estudio transversal en el que evaluamos las características sociodemográficas, las comorbilidades asociadas, la gravedad objetiva y subjetiva de la alopecia y los tratamientos realizados hasta el momento. Posteriormente, las pacientes cumplimentaron el cuestionario de decisiones vitales elaborado por la Unidad de Tricología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves y el cuestionario WHO-5 para evaluar el impacto de la alopecia en diferentes esferas vitales y en el bienestar emocional.

**Resultados.** Se incluyeron 33 pacientes. La mayoría eran posmenopáusicas, estaban casadas y tenían estudios universitarios. La gravedad de la alopecia más prevalente fue el grado II-III de Ludwig y el III-IV de Sinclair. Casi la mitad se habían planteado la posibilidad de someterse a trasplante capilar y la mayoría recibían tratamiento médico. Hubo discordancia entre la intrusividad de la alopecia percibida por el dermatólogo y la autopercebida por las pacientes. Además, la mayor gravedad de la enfermedad mostró asociación estadísticamente significativa con la intrusividad de la alopecia en la vida de la paciente. Las esferas vitales más afectadas fueron la social y la sentimental. Más de la mitad de las participantes habían experimentado sentimientos de vergüenza y falta de confianza desde el inicio de la alopecia. Por otro lado, el índice WHO-5 reveló una merma del bienestar emocional en las dos semanas previas a la consulta médica.

**Conclusiones.** Aunque son necesarios más estudios, la alopecia androgénica femenina impacta en las decisiones vitales y la calidad de vida de las pacientes que la padecen. Se trata por lo tanto de otro punto a abordar durante el acto médico, para poder dar una asistencia sanitaria transversal y de calidad.

## P26. ECOGRAFÍA DE ALTA RESOLUCIÓN COMO HERRAMIENTA DE APOYO EN TRICOLOGÍA

C.R. Martínez Mera, Á.M. García Miñarro, F. Alfageme Roldán, L. Turrión Merino, M. Grau Pérez, R. Cabeza Martínez, I. Salguero Fernández, M. Elosúa González y Á.M. Rosell Díaz

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). España.*

La ecografía cutánea presenta su utilidad en distintas enfermedades tanto para el diagnóstico como para el seguimiento y el tratamiento. La tricología es un área que ha presentado grandes avances en los últimos años tanto en la ampliación de conocimiento respecto a patologías reconocidas como en las alternativas de tratamiento. Por ello, el uso de herramientas para el diagnóstico ha sido también un punto esencial en su desarrollo. En el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda contamos con una consulta monográfica, y desde hace al menos un año dentro del tiempo de valoración de pacientes en consulta se ha comenzado a implementar el uso del ecógrafo y recoger los hallazgos que se pueden encontrar en la exploración. Para su práctica se requiere un ecógrafo de alta resolución, que tenga al menos sondas de 15 MHz, en lo posible entre 18-22 MHz. Según el tipo de alopecia utilizaremos una metodología de exploración diferente, por lo que en las alopecias que

son difusas deberemos separar los tallos pilosos para poder acceder al cuero cabelludo de una manera más despejada y así evitar que estos mismos nos generen una barrera física que genere sombra acústica; en cambio, en placas de alopecia utilizaremos estas mismas para valorar si hay presencia de folículos subyacentes y en los de periferia las características de los tallos pilosos adyacentes. Los tallos pilosos pueden observarse como figuras lineales hiperecoicas trilaminares si son terminales o hiperecoicas bilaminares si son pelos vellosos, aunque también dependerán de la resolución del ecógrafo. En el cabello normal, los folículos pilosos se observan como bandas oblicuas hipoeoicas que alcanzan dermis o hipodermis, de distribución regular y grosor homogéneo. La inflamación folicular se puede observar como mayor hipoeogenicidad y ensanchamiento del mismo, haciéndose más visibles los folículos dado el contraste con el tejido adyacente. Según el tipo de alopecia, podemos encontrar hallazgos que nos permiten distinguir la alopecia androgenética, la alopecia areata, el liquen plano/alopecia frontal fibrosante y la folliculitis decalvante. Creemos que es una herramienta que puede aportar información complementaria y que nos podría permitir investigar sobre lo que está sucediendo a nivel del cuero cabelludo, monitorizando el seguimiento y optimizando el manejo de las alopecias.

## P27. “PSEUDOPILI TORTI”, UN MARCADOR CLÍNICO DE TRICOTIODISTROFIA

J. Mercader Salvans, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques, M. Quetglas Valenzuela, D.J. Sánchez Báez, D. Ramos Rodríguez, M. Arteaga Henríquez y M.M. Pestana Eliche

*Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife). España.*

**Introducción.** La tricotiodistrofia (TTD) constituye una alteración pilosa por déficit de azufre y se considera un marcador de displasia neuroectodérmica. La presencia de “pseudopili torti” es muy característica de TTD.

**Caso clínico.** Varón de dos días de vida con gestación controlada y sin hallazgos patológicos en el cribado de metabopatías, remitido a dermatología por pelo quebradizo con eritema generalizado. A la exploración se observó pelo ralo y frágil en cuero cabelludo y cejas, además de eritema generalizado con escamas adheridas en pies, tipo membrana colodión y coiloniquia en uñas. Se realizó tricograma que mostró pelos displásicos sin vaina, tricosquisis y zonas aplastadas y plegadas sobre sí mismas (“pseudopili torti”). Con microscopio de luz polarizada, los tallos pilosos mostraron bandas alternantes brillantes y oscuras, con aspecto en “cola de tigre”. Posteriormente desarrolló hipogammaglobulinemia y neutropenia grave, precisando ingreso. La electroforesis de las proteínas del pelo reveló una baja concentración de azufre. Ante la sospecha de TTD subtipo G, se solicitó el estudio genético, detectándose una mutación en heterocigosis en el gen ERCC2 (en c.1742T>G;p.Leu581Pro), considerada una variante de significado incierto.

**Discusión.** La TTD es una enfermedad autosómica recesiva por un defecto de los genes que participan en la reparación y transcripción del ADN (ERCC3, ERCC2 y GTF2H5). Se presenta con un espectro fenotípico muy amplio que abarca desde alteraciones capilares aisladas (pelos cortos, rebeldes y quebradizos) hasta asociación con defectos neurológicos graves. Se han utilizado múltiples acrónimos para describir sus características clínicas, pero estos no recogen la gran variabilidad de manifestaciones de la enfermedad. De acuerdo con la clasificación de Itin et al. nuestro caso se incluiría como una TTD subtipo G, ya que asocia alteraciones de la inmunidad. Las alteraciones del tricograma son habituales y la presencia de “pseudopili torti” refuerza la sospecha diagnóstica, que se confirma demostrando una baja concentración de azufre en cabello o con estudio genético.

**Conclusión.** Presentamos el caso de un paciente con pelo escaso y quebradizo, cuyo tricograma mostró la presencia de “pseudopili torti”. Este signo es considerado como característico de la TTD y su presencia ha de elevar la sospecha diagnóstica de esta entidad.

## P28. DERMAROLLING Y TRIAMCINOLONA INTRADÉRMICA EN TRATAMIENTO COMBINADO PARA LA ALOPECIA AREATA

A.J. Castillo Botero, C. Campoy Carreño, L. García Almazán, M. Torrent García, F. Alarcón Soldevilla, T.A. Hernández Gómez, F.J. de León Marrero, F.J. Allegue Gallego, L.F.J. Ruffin Villaoslada, J. Pardo Sánchez y Á. López Ávila

*Dermatología. Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia). España.*

**Introducción.** Los avances en tratamientos biológicos están revolucionando el manejo de la alopecia areata (AA), especialmente en sus formas más graves. Sin embargo, en los casos parcheados no subsidiarios de tratamiento sistémico, no existe un consenso claro sobre el tratamiento óptimo.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una paciente de 28 años con AA en placa única de 3-4 meses de evolución. Se decidió iniciar tratamiento con pases de dermaroller 0,5 mm e inyecciones de triamcinolona con Dermojet®, una sesión al mes. En la tricoscopia inicial se observaron puntos amarillos, pérdida completa del pelo en la placa y pelos en signos de admiración perilesionales. Tras un mes de tratamiento, se observó un aumento parcheado de pelo terminal y pelos en crecimiento vertical coincidiendo con los lugares de inyección de la triamcinolona, con un aumento difuso de pelos vellosos sin puntos amarillos ni pelos en signo de exclamación. Durante el tratamiento la paciente no presentó efectos adversos.

**Discusión.** Entre los tratamientos tópicos para la AA destaca el uso de triamcinolona, ya sea de forma intradérmica o tópica. La aplicación tópica se puede combinar con diferentes técnicas, destacamos: dermarolling, láser CO<sub>2</sub> y microinfusión de medicamentos en la piel (MMP); siendo esta última una de las novedades en el tratamiento tópico de la alopecia. El dermarolling en monoterapia también parece mejorar el resultado final, aunque cuenta con menos evidencia que en combinación con otras terapias tópicas. Finalmente, el minoxidil tópico representa un tratamiento con efectos adversos generalmente inocuos, que debería incluirse en el arsenal terapéutico de cualquier dermatólogo.

**Conclusiones.** El tratamiento combinado de triamcinolona intradérmica y dermarolling parece acelerar la resolución de la AA parcheada. Las inyecciones intradérmicas logran un efecto más potente en áreas más localizadas. En contraste, el dermaroller logra un efecto más difuso, con la aparición más tardía de pelos terminales, pero con menor cantidad de efectos adversos. Consideramos que la combinación de tratamientos puede ser una opción interesante, sin incrementar significativamente el coste del tratamiento y logrando un mejor resultado clínico. A pesar de ello, aún falta evidencia en cuanto a las terapias tópicas, siendo esencial mantenerse actualizado sobre los nuevos avances, como el uso de MMP.

## P29. ALOPECIA ANDROGENÉTICA EN PATRÓN MASCULINO EN UNA MUJER CON UN TUMOR DE CÉLULAS DE LEYDIG

L. Corbella Bagot y A. Combalia Escudero

*Dermatología. Hospital Clinic. Barcelona. España.*

**Introducción.** En mujeres, la alopecia androgenética con patrón masculino (FAGA-M) consiste en una alopecia no cicatricial que afecta la línea de implantación anterior, y suele implicar un estado de hiperandrogenismo. En posmenopáusicas, una vez descartada la etiología farmacológica, debe solicitarse un perfil hormonal para descartar un tumor secretor de andrógenos o una hipertecosis ovárica.

**Caso clínico.** Mujer de 53 años sin antecedentes relevantes ni consumo habitual de fármacos ni drogas consultó por alopecia que se había intensificado en los últimos 3 meses. En la exploración física, destacaba un retroceso en la línea de implantación anterior y disminución de la densidad capilar, más aparente en la coronilla y el área frontal. A nivel facial destacaba hirsutismo. Con todo ello, se diagnosticó de una FAGA-M. Analíticamente destacaba una elevación de la testosterona: 4,0 ng/dl (0,2- ,06 ng/dl). Se solicitó una TC toracoabdominal, que no mostró alteraciones. El aumento progresivo de los niveles de testosterona, el empeoramiento clínico a pesar del tratamiento con finasterida y minoxidil, y una masculinización de la voz motivaron la solicitud de una prueba de estimulación con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, con resultados que obligaban a descartar un tumor secretor de testosterona. La paciente se sometió a ooforectomía, con histología compatible con tumor de células de Leydig, seguida de normalización de los valores analíticos y mejoría clínica en las visitas sucesivas de control.

**Discusión.** El tumor de células de Leydig produce virilización por la sobreproducción de andrógenos. Dicho tumor es más frecuente en mujeres posmenopáusicas y es benigno. La virilización puede manifestarse, además de con FAGA-M, con hirsutismo, acné, clitoromegalia o masculinización de la voz. Debe sospecharse origen ovárico si se detecta elevación severa o aislada de la testosterona. Los niveles de testosterona libre son la prueba más sensible para el diagnóstico de hiperandrogenemia.

**Conclusión.** Debe descartarse la presencia de tumores secretores de andrógenos en mujeres posmenopáusicas con FAGA-M y/o con signos de hiperandrogenismo, y realizar un seguimiento estrecho, incluso en casos con pruebas de imagen anodinas. En esta paciente, los niveles de testosterona libre se correlacionaron con la clínica y se normalizaron después del tratamiento.

## P30. EFICACIA, SEGURIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA TRATADOS CON INHIBIDORES JAK

C. Ureña Paniego<sup>a</sup>, L. Acebal Castillo<sup>b</sup>, A. Soto Moreno<sup>a</sup> y S. Arias Santiago<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.*

<sup>b</sup>*Universidad de Granada. Granada. España.*

**Introducción.** La alopecia areata (AA) constituye una forma común de alopecia no cicatricial. La introducción de los inhibidores de la kinasas Jano (iJAK) ha supuesto una revolución terapéutica en AA. Baricitinib y tofacitinib se han erigido como tratamientos prometedores para el tratamiento de la AA. Hasta la fecha, existen pocos estudios que aborden de manera comparativa la eficacia y seguridad de tofacitinib y baricitinib en AA.

**Objetivo.** Explorar la efectividad y seguridad comparada de baricitinib y tofacitinib, así como el impacto de la AA sobre el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con AA.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron a pacientes con AA moderada-grave en tratamiento con baricitinib o tofacitinib.

**Resultados.** Se incluyeron 33 pacientes, de los cuales un 66% (22/33) mujeres con una edad media de 32,4 (17,15) años. El 45,45% (15) de los pacientes fueron tratados baricitinib, mientras que el 54,55% (18) recibieron tofacitinib. El índice de severidad de alopecia areata (SALT) basal fue de 65,53 (7,47) para el grupo tratado con baricitinib, y de 85,29 (7,01) para el grupo sometido a tofacitinib. Se observó que el 57,14% (4/33) de los pacientes que fueron tratados con baricitinib alcanzaron una mejoría del 75% en el SALT a los 9 meses, en comparación con el 38,46% (5/33) de los pacientes tratados con tofacitinib (p = 0,42). No se registraron eventos adversos graves atribuibles a la administración de iJAK. En lo que respecta al bienestar y la calidad de vida, se evidenció una correlación negativa significativa entre la puntuación SALT basal y

la del índice de bienestar general de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5) ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones.** Baricitinib y tofacitinib mostraron un perfil de seguridad y eficacia similar en el tratamiento de la AA. Asimismo, se observó que la AA conlleva un impacto negativo moderado en la calidad de vida y bienestar percibido de los pacientes.

### P31. MICROBLADING: UNA TÉCNICA A TENER EN CUENTA PARA RECOMENDAR A PACIENTES CON ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

M.L. Santos e Silva Caldeira Marques<sup>a</sup>, J. Mercader Salvans<sup>a</sup>, M. Quetglas Valenzuela<sup>a</sup>, D. Sánchez Báez<sup>a</sup> y M. Rodríguez Martín<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife). año. <sup>b</sup>Dermatología Clínicas. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Antecedentes y objetivos.** La alopecia frontal fibrosante (AFF), una enfermedad caracterizada por la recesión de la línea de implantación frontotemporal, afecta predominantemente a mujeres de mediana y avanzada edad, pudiendo también manifestarse como alopecia ciliar. Las cejas desempeñan un papel significativo en el autoconcepto y la percepción de la apariencia personal. Este estudio evalúa los efectos del microblading, una técnica de maquillaje semipermanente, en la calidad de vida y la percepción del dolor en pacientes con AFF.

**Métodos.** A los 53 pacientes diagnosticados de AFF que aceptaron realizarse la técnica de microblading, una cohorte compuesta principalmente por mujeres de mediana y avanzada edad (rango de 35-67 años, media de 52,3 años), se les aplicó la Escala de Dermatología de Calidad de Vida (DLQI) antes y después del tratamiento. Además, tras el microblading, se evaluaron 10 ítems mediante una escala visual analógica (EVA), entre ellos: percepción del dolor durante el procedimiento, disposición de recomendar la técnica y percepción sobre los cambios en su bienestar emocional y autoimagen.

**Resultados y conclusiones.** Los resultados revelaron una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación del DLQI antes y después del tratamiento de microblading, con una disminución notable de la puntuación media, pasando de 15,4 a 5,3. Los pacientes expresaron una alta satisfacción con el procedimiento de microblading mediante su respuesta a una EVA que variaba de 0 (nada) a 10 (totalmente), con una puntuación media de 8,7 en cuanto a la mejora de la autoestima. Además, la percepción del dolor durante el microblading fue moderada-baja, con una puntuación 4, y la mayoría de los pacientes estuvieron dispuestos a recomendar esta técnica (media de 9,3) y a realizarla de manera temprana en el curso de la AFF (media de 9,6). Los pacientes también informaron una mayor felicidad en su vida diaria (media de 9,1) y una mejora en su seguridad y autoimagen (media de 9,8) después del microblading. En resumen, el microblading se presenta como una opción efectiva y bien tolerada para mejorar la calidad de vida y la autoestima en pacientes con AFF, lo que sugiere un potencial beneficio en su manejo integral.

### P32. RELACIÓN ENTRE LOS HALLAZGOS TRICOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN LA REGIÓN INTERPARIETAL EN PACIENTES CON ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

A. Rodríguez-Villa Lario<sup>a</sup>, A. Gómez Zubiaur<sup>a</sup>, D. Vega Díez<sup>a</sup>, Á. Gómez Tomás<sup>a</sup>, M. González Cañete<sup>a</sup>, V. Cabezas Calderón<sup>a</sup>, C. Valenzuela Oñate<sup>a</sup>, D. Subiabre Ferrer<sup>a</sup>, M. Ballesteros Redondo<sup>a</sup>, M.I. García Briz<sup>a</sup>, B. Ferrer Guillén<sup>a</sup>, M. Berger<sup>a</sup>, J.M. Ricart Vaya<sup>a</sup> y M.D. Vélez Velázquez<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Dermatología. IMR. Madrid. <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). España.*

**Objetivo.** Búsqueda de la relación entre los hallazgos histopatológicos y las manifestaciones tricoscópicas de la región interparietal en pacientes con alopecia frontal fibrosante (AFF).

**Métodos.** Se diseñó un estudio prospectivo descriptivo que incluye a 12 pacientes con diagnóstico previo de AFF y sintomatología referida a nivel interparietal (escozor, descamación) y/o que presentaran hallazgos tricoscópicos en dicha localización. Se tomaron 24 muestras interparietales y se recogieron las variables histológicas de forma protocolizada, enfrentando estos resultados con las variables tricoscópicas.

**Resultados.** El 75% presentaba descamación perifolicular y hasta un 40% miniaturización acompañante. Un 16% halos blancos perifoliculares y un 41% atriquia. El 58% se encontraba bajo inhibición de la 5-alfa reductasa vía oral, un 33% con derivados de la vitamina A y un 83% con minoxidil tópico u oral. Se realizaron test no paramétricos (Kruskal Wallis; Sperman Rango relation).

**Discusión y conclusión.** Aunque el limitante del tamaño muestral no permite aseverar con significación estadística asociaciones de peso entre la histología y la tricospia, existen datos que muestran una asociación positiva entre ambas variables, como, por ejemplo, la presencia de atriquia y la afectación de glándulas sebáceas.

### P33. REPIGMENTACIÓN CAPILAR EN UNA PACIENTE BAJO TRATAMIENTO CON DENOSUMAB

R. Pérez Mesonero, D. Vega Díez, L.M. Pericet Fernández, E.L. Pinto Pulido, E.J. García Verdú, P. Merlo Gómez y L. Trasobares Marugán

*Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). España.*

**Introducción.** La repigmentación del pelo canoso es un fenómeno infrecuente que puede ocurrir de forma espontánea, en algunas condiciones dermatológicas (alopecia areata, alopecia frontal fibrosante, melanoma del cuero cabelludo) y en relación con fármacos.

**Caso clínico.** Mujer de 79 años, con fibromialgia, hiperparatiroidismo y osteoporosis, en seguimiento en Dermatología por liquen escleroso y atrófico vulvar. En la revisión rutinaria de enero de 2023 comenta de forma anecdótica haber notado recuperación parcheada del color del cabello (uniformemente canoso desde hacía años) en los últimos 12 meses, relacionándolo temporalmente con el inicio de denosumab, pautado por Reumatología. En la anamnesis dirigida, niega que estas zonas se precedieran de placas alopécicas u otras alteraciones o síntomas en el cuero cabelludo. A la exploración física se evidenciaron 4 zonas con presencia de cabello pigmentado de igual longitud que el pelo cano circundante. El examen tricoscópico no reveló hallazgos destacables ni pigmentación anómala de la piel de dichas áreas. Tras repasar su medicación habitual, se confirmó una antigüedad de al menos 3 años para todos sus tratamientos actuales a excepción de denosumab, iniciado en octubre de 2021 en inyecciones subcutáneas semestrales.

**Discusión.** En los últimos años, las terapias dirigidas se han sumado a la lista de fármacos que pueden causar repigmentación capilar. Encontramos casos descritos en pacientes bajo tratamiento con nivolumab, adalimumab, ustekinumab, erlotinib, imatinib y brentuximab. Denosumab es un anticuerpo monoclonal frente al ligando del receptor activador para el factor nuclear  $\kappa B$  (RANKL) utilizado en el tratamiento de la osteoporosis, en cuya ficha técnica no se recogen efectos conocidos sobre el folículo piloso. Hasta la fecha, solo se ha publicado un caso de alopecia areata. En nuestra paciente, tras descartar las condiciones dermatológicas conocidas y cualquier otro cambio de medicación en el marco temporal referido, nos planteamos una posible relación con este fármaco no descrita previamente. **Conclusión.** Presentamos un caso de repigmentación parcheada de cabello en una paciente sin patología dermatológica asociada, en relación temporal con denosumab. Animamos a otros compañeros dermatólogos a interrogar a este respecto a los pacientes que se encuentren bajo dicho tratamiento.