



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

Reunión del Grupo Español de Tricología de la AEDV Madrid, 18 y 19 de octubre de 2019

Comunicaciones orales

CO1. BICALUTAMIDA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA ANDROGÉNICA DE PATRÓN FEMENINO

D. Fernández-Nieto, D. Saceda-Corralo, R. Rodrigues-Barata, Á. Hermosa-Gelbard, Ó. Moreno-Arrones, J. Jimenez-Cauhe, D. Ortega-Quijano y S. Vaño-Galvan

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

La bicalutamida es un nuevo antagonista de los receptores de andrógenos con un perfil mucho mejor de seguridad y tolerabilidad que la flutamida. El objetivo de nuestro estudio fue describir la efectividad y seguridad de la bicalutamida en práctica clínica en una cohorte de mujeres adultas con alopecia androgénica femenina (FAGA). Se diseñó un estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes con FAGA que recibieron bicalutamida durante un mínimo de 24 semanas como monoterapia o asociadas a otros tratamientos. Solo se analizaron las pacientes que recibían el tratamiento en monoterapia o con alopecia estabilizada (sin cambios en los tratamientos concomitantes en los últimos 12 meses). En total, se incluyeron 17 pacientes con una edad media de 35,2 años. Quince pacientes (88,2%) recibieron otras terapias durante una media de 7,4 meses. Dos pacientes (11,8%) recibieron bicalutamida en monoterapia. Siete pacientes (41,2%) iniciaron otro tratamiento al mismo tiempo que la bicalutamida. La flutamida se había usado previamente en 13 pacientes (81%); 2 pacientes la suspendieron por elevación de enzimas hepáticas. De las pacientes con FAGA estabilizada que recibieron otros tratamientos durante más de 12 meses (n=5) o que recibieron bicalutamida en monoterapia (n=2), el 57% presentó una gran mejoría y el 43% no tuvo cambios. Se observó una elevación leve y transitoria de las enzimas hepáticas en dos pacientes (12,5%), que desapareció aun manteniendo el tratamiento. No se observaron otros efectos adversos.

La bicalutamida se ha ensayado en el tratamiento de síndrome de ovario poliquístico y en el hirsutismo grave, con efectos adversos leves y bien tolerados. En nuestro estudio, la bicalutamida presentó un excelente perfil de seguridad y eficacia, sin efectos adversos significativos. En conclusión, el tratamiento con bicalutamida po-

dría ser una opción terapéutica novedosa y útil para las mujeres con FAGA, con un mejor perfil de seguridad que la flutamida.

CO2. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUTASTERIDA ORAL EN ALOPECIA ANDROGÉNICA MASCULINA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL. ESTUDIO MONOCÉNTRICO DESCRIPTIVO DE 307 PACIENTES

S. Vaño-Galván, D. Saceda-Corralo, Ó.M. Moreno-Arrones, R. Rodrigues y R. Gil

Unidad de Tricología. Hospital Ramón y Cajal y Grupo Pedro Jaén. Madrid. España.

Introducción. El fármaco dutasterida es un inhibidor dual de la enzima 5-alfa reductasa que se utiliza fuera de indicación para alopecia androgénica masculina. El objetivo de nuestro estudio fue describir la efectividad y seguridad de dutasterida oral en varones con alopecia androgénica, en la práctica clínica real.

Métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo y monocéntrico. Se incluyeron varones con alopecia androgénica que hubieran sido tratados con dutasterida oral (cápsulas de 0,5 mg, dosis 1-7 cápsulas a la semana) durante al menos 12 meses. Se consideraron dosis bajas 3 o menos cápsulas de 0,5 mg a la semana. La respuesta terapéutica se evaluó mediante la comparación de fotografías clínicas digitales macroscópicas antes y después del tratamiento. Se establecieron 4 niveles de respuesta: empeoramiento, estabilización, mejoría discreta y mejoría marcada.

Resultados. Se incluyeron un total de 307 varones con una edad media de 35,3 años (rango 18- 79). Se observaron efectos adversos relacionados con dutasterida en 20 de 307 pacientes (6,5%): disminución de la libido (n=9), disfunción eréctil (n=4), alteraciones del humor (n=3), ginecomastia (n=2) y disminución del volumen de eyaculación (n=2). Tan solo 8 pacientes (2,6%) tuvieron que suspender la medicación por los efectos adversos. Todos los efectos adversos cedieron tras suspender la medicación. Entre los pacientes que recibieron dosis bajas de dutasterida, no se encontró ningún caso que presentara efectos adversos. La efectividad fue evaluada en el subgrupo de 42 pacientes (13,7%) que recibieron dutasterida en monoterapia: 38 pacientes mejoraron (90%), -10 de ellos (23,8%) presentando una mejoría marcada-, 4 pacientes (9,5%) mostraron

estabilidad y ningún paciente empeoró. Ocho de los 12 pacientes (66%) que recibieron dosis bajas de dutasterida oral mejoraron.

Conclusión. El uso de dutasterida oral en varones con alopecia androgénica es efectivo y seguro en práctica clínica real. La seguridad fue máxima con dosis de 3 o menos cápsulas de 0,5 mg de dutasterida semanales.

CO3. MINOXIDIL ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

J. Jiménez Cauhé, D. Saceda Corralo, R. Rodrigues Barata, Ó. Muñoz Moreno-Arrones y S. Vañó Galván

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

Introducción. En los últimos años ha aumentado el uso de minoxidil oral (MO) en diversos tipos de alopecia, aunque debido a los efectos adversos con dosis estándar (10-40mg/día), aún no es una práctica muy extendida.

Objetivos. Describir el uso de minoxidil oral (MO) para distintos tipos de alopecia. Analizar datos de seguridad y, secundariamente, de efectividad del tratamiento.

Material y métodos. Se realizó una revisión sistemática sobre el tratamiento de alopecias con MO, siguiendo la declaración PRISMA. La búsqueda bibliográfica se realizó el 21/09/2019, en las bases de datos PubMed y EMBASE. Los estudios se seleccionaron según criterios de elegibilidad preestablecidos. Se realizó un metaanálisis con datos individuales de pacientes disponibles en los estudios.

Resultados. Se incluyeron 14 estudios con un total de 442 pacientes. MO se utilizó en 8 tipos distintos de alopecia, a dosis comprendidas entre 0,25 y 5mg. No fue posible realizar metaanálisis de la efectividad, debido al uso de distintos métodos de evaluación de la respuesta clínica. Se realizó metaanálisis con las variables sexo, dosis, hipertriosis y edema maleolar. En total, 106 pacientes (24%) desarrollaron hipertriosis. Se encontró asociación entre la dosis recibida e hipertriosis ($p < 0,001$), que apareció en un 6,7% de pacientes con 0,25mg, frente a un 56,1% con 5mg (OR 17,7; IC 95% 7,7 - 40,7). El edema de miembro inferior apareció en 9 (2%) pacientes y también se asoció a la dosis recibida ($p = 0,009$). Dos estudios observaron una leve disminución de tensión arterial. En total, 5 pacientes mujeres refirieron hipotensión postural. Un estudio observó un discreto aumento de la frecuencia cardíaca media y, en total, solo 3 pacientes refirieron taquicardia.

Conclusiones. La hipertriosis es el principal efecto adverso del MO y es dosis-dependiente. El edema maleolar o hipotensión postural son infrecuentes. Es necesario un método estandarizado para evaluar la respuesta clínica a MO.

CO4. ALOPECIA RECTANGULAR TRANSITORIA: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 4 CASOS

M. Herrero-Moyano^a, T.M. Capusan^a, J.L. Caniego Monreal^b, A. Freihc, J. Fraga^c y J. Sánchez-Pérez^d

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Torrejón. Torrejón de Ardoz. ^bServicios de ^cRadiodiagnóstico, ^dAnatomía Patológica y ^eDermatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

La alopecia rectangular transitoria (ART) tras embolización de aneurisma es considerada una forma peculiar de radiodermatitis debido a la gran sensibilidad de los folículos pilosos en anagén a la radiación. Fue descrita por primera vez en 1994 en una revista radiológica y, aunque probablemente su incidencia esté en aumento por el auge de la neurorradiología vascular intervencionista, se trata de un motivo de consulta infrecuente y está escasamente documentada en la literatura. Presentamos una serie de 4 pacientes que consultaron por este motivo en el servicio de Dermatología, entre los años 2006 y 2016. Se trató de 2 varones y dos mujeres de entre 27 y 60 años. Tres pacien-

tes presentaron placa única en la zona occipital, frontoparietal y parietotemporal y un paciente presentó dos placas en occipital y vértex. El tiempo medio de latencia tras la embolización fue de 18 días (15-21). Las arterias embolizadas fueron: la arteria comunicante anterior en los 3 pacientes con placa única y en el paciente con placa doble la arteria comunicante anterior, la carótida interna y la arteria oftálmica. La tricoscopia fue recogida únicamente en un paciente, en el que se observaron puntos negros, pelos rotos, pelos vellosos cortos y pelos enrollados, pero no pelos en "signo de admiración". Se realizó biopsia en un paciente, en el que se observó un marcado incremento de folículos en telogén y un discreto infiltrado inflamatorio linfocitario perivasculoso y perifolicular de carácter parcheado. Se ha observado que la ART aparece con mayor frecuencia tras procedimientos fluoroscópicos largos (más de 100 minutos) en los que la dosis total de radiación es mayor. El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con la alopecia por presión y con la alopecia areata. La ART no precisa tratamiento, ya que la repoblación se produce espontáneamente entre las 12 y 14 semanas.

CO5. LESIÓN INMUNOMEDIADA DEL FOLÍCULO PILOSO VERSUS RESERVORIO DE CÉLULAS MADRE: ¿ES POTENCIALMENTE REVERSIBLE LA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE?

P.J. Gómez-Arias^{a,b}, E. del Duca^{c,d}, J. Gay-Mimbrera^b, Y. Estrada^d, J.L. Sanz-Cabanillas^{a,b}, A.B. Pavel^d, E. Guttman-Yassky^d y J. Ruano^{a,b}

^aUGC de Dermatología MQ y Venereología. Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. España. ^bImmune-mediated Inflammatory Skin Diseases Research Group. IMBIC/ Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. España. ^cDepartment of Dermatology. University of Rome Tor Vergata. Roma. Italia. ^dDepartment of Dermatology, and Laboratory of Inflammatory Skin Diseases. Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Nueva York. EE. UU.

Introducción. Un mejor conocimiento de los mecanismos moleculares implicados en la patogenia de la alopecia frontal fibrosante (AFF) facilitaría el desarrollo de terapias más eficaces. Nos planteamos estudiar los mecanismos de daño tisular y el estado de la reserva celular del folículo piloso para conocer hasta qué punto sería viable detener o incluso revertir la AFF en fases precoces.

Métodos. Hemos analizado la expresión génica y elaborado estudios inmunohistoquímicos en biopsias de cuero cabelludo de áreas lesionales y no lesionales de pacientes con FFA (n=12) en comparación con pacientes con alopecia areata (AA) (n=8) y controles sanos (n=8).

Resultados. En AFF y AA se observaron aumentos de células T citotóxicas CD8+, células dendríticas CD11c+, células T de memoria residentes en tejido CD103+ y CD69+ frente los controles ($p < 0,05$), con sobreexpresión del ARNm de granzima B, particularmente en AFF ($p < 0,01$). En AA, los infiltrados celulares se concentraron principalmente en el bulbo, mientras que en AFF estos fueron localizados principalmente en la protuberancia. La AFF demostró una regulación significativa de Th1/IFN (por ejemplo, IFN, CXCL9/CXCL10), JAK-STAT (STAT1, JAK3) y productos relacionados con la fibrosis (vimentina, fibronectina; $p < 005$ para todos), sin la regulación concomitante de las queratinas foliculares y la FOXP3, que se sí se observaron en AA. La expresión de marcadores de células madre CD200 y K15 estaba reducida solo en AFF ($p < 0,05$), aunque CD200 mostró tendencia a disminuir la expresión en AA.

Conclusiones. Nuestros resultados sugieren que el daño folicular y la pérdida de las células madre en AFF estarían mediados por un ataque inmunológico sobre la protuberancia seguido de fenómenos de fibrosis. La reducción, pero no desaparición, de las células madre del folículo haría potencialmente viable revertir estos fenómenos mediante el tratamiento con fármacos bloqueadores de JAK/STAT en fases precoces.

CO6. ANTICIPACIÓN GENÉTICA EN ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: UN SESGO DE TIEMPO DE SEGUIMIENTO INADECUADO

D. Ortega-Quijano, J. Jiménez-Cauhe, D. Fernández-Nieto, R. Rodríguez-Barata, A. Hermosa-Gelbard, Ó.M. Moreno-Arrones, D. Saceda-Corralo y S. Vaño-Galván

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Antecedentes. Se ha observado que la incidencia de alopecia frontal fibrosante está aumentando y que, en casos familiares, la edad media al diagnóstico de las madres es significativamente mayor que la de sus hijas. Una posible explicación a esta observación es que exista anticipación genética en esta forma de alopecia (el fenotipo aparece de forma más temprana en cada generación sucesiva), pero también podría deberse a un sesgo.

Objetivo. Determinar si existe anticipación genética en la alopecia frontal fibrosante. **Métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico unicéntrico con pacientes diagnosticadas de alopecia frontal fibrosante entre los años 2010 a 2019. Comparamos por un lado la edad media al diagnóstico de las madres con la de sus hijas (casos familiares) y por otro lado la edad al diagnóstico de toda la cohorte de pacientes (casos familiares o no) dividida por décadas de nacimiento. Para realizar las comparaciones de edad media al diagnóstico se emplearon coeficientes de correlación de Pearson, análisis de regresión lineal y de Kaplan-Meier antes y después de ajustar por tiempo de seguimiento.

Resultados. Se incluyeron 240 pacientes consecutivos. La diferencia media en la edad media al diagnóstico entre madres e hijas (casos familiares) fue de 23,6 años. Los análisis no ajustados por tiempo de seguimiento de toda la cohorte mostraron un adelanto de 9,46 años en la edad media al diagnóstico con cada cohorte de nacimiento sucesiva de 10 años. El ajuste por tiempo de seguimiento eliminó estas diferencias tanto en los casos familiares como en la cohorte completa.

Conclusión. Los resultados no respaldan la hipótesis de la existencia de anticipación genética en alopecia frontal fibrosante, sino la existencia de un sesgo de seguimiento inadecuado en los estudios previos. Hacer screening para alopecia frontal fibrosante en familiares jóvenes de pacientes afectados no estaría justificado.

CO7. TRATAMIENTO COMBINADO CON LÁSER CO2 FRACCIONADO Y TERAPIA FOTODINÁMICA EN EL TRATAMIENTO DE LA FOLICULITIS DECALVANTE

A. Combalía, P. Aguilera, X. Bosch-Amate y J. Ferrando

Servicio de Dermatología. Hospital Clinic de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción. La foliculitis decalvante (FD) es una alopecia inflamatoria cicatricial primaria cuyo manejo es difícil. No hay un tratamiento de elección claro establecido, la duración de los tratamientos suele ser larga, y es frecuente la recaída tras su suspensión, por lo que el principal objetivo es frenar el avance de la placa y disminuir los síntomas asociados. La terapia fotodinámica (TFD) es una alternativa terapéutica a la que se recurre en casos refractarios o con recaídas frecuentes.

Objetivo. Presentar la experiencia de nuestro centro con esta modalidad de tratamiento.

Material y métodos. Se seleccionaron como candidatos los pacientes diagnosticados de FD que tuvieran enfermedad activa durante el último año, y se fueron incluyendo de manera sucesiva. Se realizó tratamiento con TFD a los pacientes con FD activa según el protocolo de nuestro centro. Se recitaron los pacientes a las 3 semanas para valorar respuesta y se realizaron sesiones sucesivas en función de persistencia de signos inflamatorios. El "end-point" se consideró desaparición de la supuración e inflamación.

Resultados. Se trataron un total de 7 pacientes (4 mujeres y 3 varones) durante el último año, con una mediana de 3 sesiones (rango

1-17). El 57,1% (n=4) presentaron respuesta completa y el 42,8% (n=3) respuesta parcial. La mayoría de los pacientes estaban satisfechos con el tratamiento recibido (71,4%), siendo el dolor asociado y la incomodidad del desplazamiento al hospital las comorbilidades peor valoradas.

Discusión. La combinación de láser CO2 y TFD parece ser una alternativa terapéutica eficaz en la FD, y estudios previos publicados en otros centros refuerzan nuestros buenos resultados.

Conclusión. El uso de la TFD está aumentando en los últimos años en patología infamatoria, (como es el caso de la FD) debido a su eficacia, seguridad y comodidad, posicionándose como una buena alternativa terapéutica en estos pacientes.

CO8. ANÁLISIS DEL MICROBIOMA FOLICULAR BACTERIANO Y FÚNGICO DE LA FOLICULITIS DECALVANTE

Ó. Muñoz Moreno-Arrones^a, D. Saceda Corralo^a, J. Jiménez^a, R. del Campo^a y S. Vaño Galván^b

Servicio de ^aDermatología y ^bMicrobiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

La foliculitis decalvante (FD) es una alopecia cicatricial primaria neutrofílica de etiología desconocida en la que se sospecha un diálogo alterado entre la inmunidad innata y el microbioma local del folículo y cuero cabelludo. Se ha realizado un estudio transversal analítico de 10 pacientes afectados de FD activa sin tratamiento en las últimas 12 semanas en los que se ha analizado y comparado la microbiota folicular de zonas afectas de la enfermedad y zonas aparentemente sanas en base a los hallazgos tricoscópicos. La toma de la microbiota folicular se realizó mediante biopsia dirigida. La identificación taxonómica de los microorganismos bacterianos y fúngicos se realizó mediante la secuenciación genómica masiva de la región V3-V4 del gen 16S ARNr (en el caso de bacterias) y de la región ITS-1 (en el caso de los hongos) utilizando el V3 MiSeq. Se analizó la diversidad alfa mediante el índice de Shannon y la beta-diversidad mediante el análisis por correspondencia canónico así como por ADONIS sin encontrar diferencias significativas. Asimismo, se buscaron biomarcadores bacterianos y fúngicos de las áreas afectas de FD mediante la herramienta LEFse (linear discriminant analysis effect size tool) sin encontrar una presencia enriquecida de determinados taxones en las zonas afectas. Estos resultados argumentan en contra que la FD sea una alopecia cicatricial primaria localizada en un área de cuero cabelludo en el que el microbioma tenga unas determinadas características si no que probablemente, estos pacientes presentan un microbioma en cuero cabelludo homogéneo, pero con diferencias funcionales a nivel de la inmunidad innata local que suponen el detonante de la enfermedad. Estos hallazgos pueden influir el tratamiento de esta entidad.

Comunicación póster

P1. HALLAZGOS DERMATOSCÓPICOS EN LA APLASIA CUTIS MEMBRANOSA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS FORMAS DE ALOPECIA FOCAL EN LACTANTES

X. Bosch-Amate^a, D. Morgado-Carrasco^a, X. Fustà-Novell^b, A. Combalía^a y J. Ferrando^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clinic de Barcelona. ^bServicio de Dermatología. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Barcelona. España.

Introducción. La aplasia cutis (AC) es una malformación congénita rara. Clínicamente, puede presentar un aspecto erosionado, ulce-

rado, cicatricial o brillante. El diagnóstico diferencial es amplio, pudiendo ser el diagnóstico difícil, por lo que la dermatoscopia puede ser una herramienta útil.

Caso clínico. Lactante varón de 2 meses, sin antecedentes relevantes. Fue evaluado por presentar una placa alopecica dolorosa en vértex. Los padres relacionaban su aparición con el uso de una silla para bebé rígida tres semanas antes. Habían aplicado desinfectantes y cremas cicatrizantes sin respuesta clínica. La exploración física mostraba una placa alopecica eritematosa no descamativa de 8mm de diámetro, sin alteraciones a la palpación. La dermatoscopia mostraba una superficie brillante con telangiectasias y glóbulos azulados. Se realizó el diagnóstico de AC membranosa (ACM). La ecografía transfontanelar no demostró defectos óseos ni encefálicos subyacentes. Se les explicó a los padres la benignidad del cuadro clínico y no se indicó tratamiento específico.

Discusión. La AC es una alteración congénita caracterizada por la ausencia de epidermis, dermis y, en ocasiones, hueso o duramadre, por lo que se recomienda realizar siempre una ecografía transfontanelar para descartar dichas alteraciones. La localización más frecuente es en vértex o zona parietal, siendo normalmente el defecto pequeño (1-2cms). La dermatoscopia puede ser muy útil para descartar patología traumática, infecciosa (herpesvirus, micosis, impétigo), inflamatoria (alopecia areata), tumoral (nevus sebáceo) o la alopecia triangular. En la ACM se observa el signo de la translucencia (superficie brillante, vasos finos arboriformes y glóbulos azules que corresponden a bulbos pilosos), la ausencia de aperturas foliculares y el signo del collar de pelo (folículos pilosos dispuestos radialmente en el borde de la placa), relacionado con la existencia de defectos del tubo neural. La dermatoscopia puede ser rentable en el diagnóstico de la ACM, ayudar en su diagnóstico diferencial y evitar la realización de pruebas diagnósticas invasivas.

P2. CELULITIS DISECANTE SEVERA RECALCITRANTE EN REMISIÓN COMPLETA CON ADALIMUMAB

M. Canseco Martín, F. de Asís Alcántara Nicolás, P.M. Fonda Pascual, L. Sánchez los Arcos, P. Fernández Gonzalez, V. Rodríguez y S. Vidal Asensi

Servicio de Dermatología. Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla. Madrid. España.

Introducción. La celulitis disecante (CD) también llamada perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens por Spitzer o foliculitis disecante de Hoffman es una alopecia cicatricial neutrofílica de causa desconocida que forma parte de la tetrada de oclusión folicular.

Caso clínico. Mujer 62 años con antecedentes de dislipemia, migrañas y ansiedad en tratamiento con simvastatina, haloperidol, topiramato y lormetazepam. Acude a consulta por lesiones inflamatorias dolorosas en cuero cabelludo que cursan a brotes de años de evolución. A la exploración física se observa placa ovalada eritemato-edematosa y fluctuante de aspecto cicatricial de 9 cm de diámetro en vértex acompañada de pústulas, costras y supuración. Es tratada inicialmente como foliculitis decalvante sin clara mejoría. Ante la falta de respuesta se realiza biopsia informada como foliculitis disecante del cuero cabelludo comenzando tratamiento con isotretinoína 20 mg/ día asociado a infiltraciones de acetónido de triamcinolona y aplicaciones de aceponato de metilprednisolona con respuesta discreta. No se comienza tratamiento con rifampicina y clindamicina oral por interacción medicamentosa con haloperidol. Ante la persistencia del cuadro se plantea inicio de tratamiento biológico con adalimumab 80 mg cada 2 semanas con mejoría notable a los 10 meses.

Discusión. La CD se caracteriza por pústulas foliculares y nódulos fluctuantes interconectados entre sí formando trayectos fistulosos que pueden drenar material purulento. Se produce por una hiperqueratosis folicular y oclusión del folículo piloso, infección bacteriana secundaria y destrucción final del folículo piloso por la

inflamación. No existe un tratamiento estandarizado. Se han utilizado ciclos de antibióticos y tratamientos tópicos con corticoides y fomentos secantes e isotretinoína a dosis de 20-40 mg diarios asociado a corticoides intralesionales con resultados satisfactorios. La utilización de dapsona, láser, terapia fotodinámica, drenaje y cirugía constituyen una alternativa terapéutica. Sin embargo ante casos recalcitrantes la terapia con anti-TNF por analogía con la hidradenitis supurativa han tenido resultados satisfactorios.

P3. ALOPECIA CONGÉNITA EN LA CROMOSOPATÍA 13 EN ANILLO

R. García Castro, A.M. González Pérez, L. Puebla Tornero, C. Román Curto y A. Santos-Briz Terrón

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. La cromosomopatía 13 en anillo es una condición genética, mayormente de novo, infrecuente, que condiciona retraso en el crecimiento y desarrollo, microcefalia, dismorfismo facial, genitales ambiguos, alteraciones cutáneas, entre otras. Las alteraciones pilosas están escasamente descritas en esta entidad, siendo los cambios en línea de implantación capilar lo más frecuentemente reportado. No obstante, únicamente encontramos un caso descrito de alopecia congénita.

Caso clínico. Paciente varón de 12 años consulta por placa alopecica congénita en región parietooccipital izquierda. Como antecedentes destacan: un parto inducido a los 8 meses por fallo de medro (CIR) que requirió ingreso en unidad neonatal por bajo peso (2300g.), microcefalia, retraso psicomotor con dificultades en el aprendizaje y del lenguaje, hipogammaglobulinemia, etc. El estudio cromosómico reveló una cromosomopatía 13 en anillo. Los padres eran sanos, sin consanguinidad. A la exploración, se objetiva una placa alopecica de aspecto cicatricial. Se realiza una extirpación limitada, observándose en el estudio anatomopatológico amplias zonas de alopecia, sin folículos pilosos, sustituidos por columnas fibrosas en toda la longitud del tracto. Asimismo, de manera parcheada, se objetiva discreta fibrosis, dilatación vascular y un infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular, junto con cuerpos coloides y eosinófilos en la dermis papilar. No se identifican infiltrados inflamatorios perianexiales significativos, engrosamiento de la membrana basal, tapones foliculares ni depósito intersticial de mucina. Por ello, concluimos que se trata de una alopecia cicatricial evolucionada con ligeros rasgos liquenoides.

Discusión. Únicamente encontramos un caso descrito de alopecia congénita en una paciente con una cromosomopatía 13 en anillo (1978), en similar localización occipital. No disponemos de estudio histológico de dicha pieza. Sin embargo, reportamos un caso clínicamente similar a la literatura, en el que se muestra una placa de alopecia congénita cicatricial con rasgos liquenoides.

P4. ALOPECIA AREATA: TRATAMIENTO CON METOTREXATO EN NIÑOS

A. Giacaman^a, J. Boix-Vilanova^a, M.C. Mir Perello^b, L. Lacruz Pérez^b y A. Martín-Santiago^a

Departamento de ^aDermatología y ^bPediatría. Hospital Universitari Son Espases. Mallorca. España.

Introducción. Existe escasa evidencia del uso de metotrexato (MTX) en el tratamiento de la alopecia areata (AA) en niños.

Objetivos. Describir la eficacia y seguridad del uso de MTX en pacientes pediátricos con AA grave.

Material y métodos. Presentamos una serie de cinco pacientes pediátricos con AA grave. Tres niñas y dos niños, con una mediana de edad de 9 años (2-14 años) al momento de inicio de la AA. Tres pacientes tenían AA universal (AAU), una paciente AA en placas y un

paciente AA ofiásica. Todos habían sido tratados, y frente a la escasa respuesta se inició MTX. El periodo transcurrido desde el inicio de la AA hasta comenzar el tratamiento con MTX varió entre 1 a 76 meses (media 7 meses). La dosis máxima de MTX utilizada fue de entre 12,5 y 20 mg semanales.

Resultados. En 2 pacientes (AA en placas y AAU) se observó el crecimiento total del pelo. En la paciente con AAU se suspendió el tratamiento con MTX tras 33 meses, presentando nuevas placas de alopecia a las 4 semanas, que fueron controladas con corticoide tópico y minoxidil. Uno de los varones, con AAU, presentó una mejoría superior al 50%, pero no ha logrado la repoblación completa tras 27 meses de tratamiento con MTX. La cuarta paciente, que comenzó con la AA universal a los 2 años de edad, presentó una respuesta inferior al 25% tras 12 meses de tratamiento con MTX por lo que se suspendió. El quinto paciente ha mantenido el tratamiento durante seis años, alternando periodos de actividad y remisión. Ninguno de los pacientes discontinuó el MTX por efectos adversos.

Discusión. El tratamiento de la AA es un desafío terapéutico. El MTX es una alternativa segura, pero con resultados variables en el tratamiento de pacientes pediátricos con AA grave.

P5. PAPEL DE LOS FOTOPROTECTORES EN LA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: UNA EVIDENCIA MÁS A FAVOR

R. Gil Redondo^a, R. Rodrigues Barata^{a,b}, D. Saceda Corralo^{a,b}, J. Cuevas Santos^a y S. Vañó Galván^{a,b}

^aUnidad de Tricología. Clínica Grupo de Dermatología Pedro Jaén.

^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción. El papel de los fotoprotectores en el desarrollo de alopecia frontal fibrosante (AFF) sigue siendo controvertido. Existen varios trabajos que encuentran asociación estadísticamente significativa entre el uso frecuente de fotoprotectores y cremas faciales con el desarrollo de AFF tanto en mujeres como en hombres (1-4), aunque se trata de estudios retrospectivos con metodología criticada en algunos casos (5,6). Presentamos el caso de un varón con AFF cuya presentación clínica nos hace reflexionar sobre esta hipótesis.

Caso clínico. Varón de 49 años sin antecedentes médicos de interés, con antecedente de alopecia androgenética de larga evolución, que consulta por pérdida de densidad frontal y en cejas, acompañada de pérdida de vello de los brazos, de las piernas y en cara posterior del cuello, de un año de evolución. El paciente relacionaba el inicio del cuadro con el inicio de uso de un fotoprotector solar de manera frecuente al jugar al golf de manera asidua, que además le producía prurito en las extremidades. Las áreas afectadas por la alopecia eran aquellas sobre las que se había estado aplicando el spray: cuero cabelludo frontal y parietal, región facial, cara posterior del cuello, brazos y piernas, respetando el vello del tórax y de la parte más proximal de los muslos. A la exploración se observaba un retroceso de línea frontotemporal con pérdida de densidad importante en área interparietal y en vértex, y leve pérdida en cola de las cejas y patillas, conservando el resto de la barba y pestañas. Presentaba pelos solitarios en brazos y piernas, conservando el vello en la mitad proximal de los muslos, con un borde neto muy llamativo, coincidiendo con el límite de aplicación del spray delimitado por el pantalón corto usado para hacer deporte. En la tricoscopia se observaba hiperqueratosis perifolicular en línea frontal y región interparietal, con tendencia al "tuffing", y áreas cicatriciales blanco rosadas, pérdida de orificios foliculares y dilataciones vasculares. En vértex únicamente presenta anisotricosis sin datos de alopecia cicatricial. En los pelos del muslo del límite entre el área despoblada y área pilosa, presentaba discreto eritema perifolicular con hiperqueratosis perifolicular leve. No presentaba pápulas faciales en sienes, aunque sí un aspecto empedrado sutil en mentón, y destacaba la presencia de melasma en la zona

frontal. Se realizó una biopsia guiada por tricoscopia de la región parietal y otra del límite del área pilosa en el muslo, que mostró infiltrado inflamatorio liquenoide a nivel del istmo con fibrosis perifolicular concéntrica, compatibles ambas biopsias con liquen plano pilar. El paciente está pendiente de realización de pruebas epicutáneas para descartar alergia de contacto al fotoprotector y a sus componentes.

Discusión. La presentación clínica tan peculiar de este caso apoya la implicación de los fotoprotectores en el desarrollo de la AFF tanto en región facial como en la afectación corporal de la misma. La sospecha sobre la posible implicación de los fotoprotectores en el desarrollo de la AFF se basa en la distribución que presenta esta alopecia, así como en la incidencia creciente desde su descripción en 1994(1). En nuestro caso, la distribución con unos límites netos y limitada a las áreas expuestas al fotoprotector refuerza la intervención del mismo en el desarrollo de la clínica. Se han postulado posibles mecanismos alérgicos de hipersensibilidad retardada o posible acción de los componentes de estos fotoprotectores como disruptores endocrinos, si bien la hipótesis alérgica está siendo muy discutida (2,7-10). En nuestro caso, el paciente está pendiente de pruebas epicutáneas para descartar sensibilización a algún componente del fotoprotector. Este caso supone una evidencia más a favor del papel de los fotoprotectores como desencadenantes de la AFF, aunque se siguen necesitando estudios bien diseñados que confirmen todas las señales a favor encontradas en los últimos años.

P6. POROQUERATOSIS SUPERFICIAL DISEMINADA FOLICULAR: HALLAZGOS CLÍNICOS Y TRICOSCÓPICOS

A. Gómez-Zubiaur^a, I. Medina-Expósito^b, A. Fernández-Flores^c, A. Rodríguez Villa-Lario^a, D. Vega-Díez^a, S. Medina-Montalvo^a y L. Trasobares-Marugán^a

^aServicio de Dermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario El Bierzo. Ponferrada. León. España.

Introducción. Bajo el término poroqueratosis (PQ) se engloban diferentes cuadros clínicos que comparten hallazgos histológicos y un trastorno de la queratinización como base etiopatogénica, siendo la lamela corneida (LC) su máxima expresión. Si las lesiones son múltiples, de tamaño inferior a 1cm y se localizan principalmente en áreas no fotoexpuestas hablaremos de PQ superficial diseminada. Su presentación en cuero cabelludo y la afectación exclusiva folicular histopatológica es excepcional.

Caso clínico. Presentamos un varón de 82 años con lesiones pruriginosas en cuero cabelludo de 6 meses de evolución, sin antecedentes personales o familiares relevantes. En la exploración física se evidenciaron múltiples máculas rosadas de centro atrófico inferiores a 1cm, de predominio en zona occipital, que al confluir formaban trayectos serpiginosos. No asociaban alopecia ni elevación en su periferia. La imagen tricoscópica reveló áreas rosadas y blanquecinas con respeto de los orificios foliculares que conservaban los tallos pilosos pero en algunos de ellos coexistían tapones queratósicos amarillentos. El estudio histológico puso de manifiesto la presencia de LCs perfectamente estructuradas con localización exclusiva folicular, por lo que se estableció el diagnóstico de poroqueratosis diseminada superficial folicular.

Discusión. La relevancia del caso presentado radica en su localización en cuero cabelludo así como en la presencia exclusiva de LC a nivel folicular. Los casos de PQ en cuero cabelludo recogidos en la literatura son escasos, predomina la variante de Mibelli y en pacientes con alopecia androgenética avanzada, por lo que no se ha descrito el modo de afectación de los tallos pilosos o la imagen tricoscópica. Por otro lado, existe gran debate en torno a la afectación folicular histológica, que algunos autores consideran una nue-

va variante de PQ con características clínicas específicas, mientras que para otros es solo un hallazgo casual anatomopatológico.

Conclusión. Se describe por primera vez la tricoscopia de la PQ superficial diseminada, con presencia de tapones queratósicos superponibles al hallazgo de LC a nivel folicular, característica que podría ser diferencial para la PQ folicular como nueva variante de PQ.

P7. ALOPECIA ANDROGENÉTICA EN MUJER POSTMENOPÁUSICA SECUNDARIA A TUMOR OVÁRICO DE CÉLULAS DE LEYDIG CON BUENA RESPUESTA A TRATAMIENTO TÓPICO

M.M. Hermosa Dueñas^a y L.E. Sánchez Dueñas^b

^aInstituto Dermatológico de Jalisco. ^bCentro de Restauración Capilar/Dermika Centro Dermatológico. Guadalajara. México.

Introducción. El hiperandrogenismo de reciente inicio en mujeres posmenopáusicas es poco frecuente, puede estar asociado a cambios fisiológicos, pero usualmente es secundario a tumores suprarrenales, hipertecosis ovárica o tumores ováricos. Los tumores secretores de andrógenos constituyen menos del 1% de los tumores ováricos, siendo el de células de Leydig uno de los más frecuentes. Presentamos el caso de una paciente con alopecia androgenética como manifestación virilizante de un tumor ovárico de células de Leydig.

Caso clínico. Paciente femenino de 62 años quien acude por presentar alopecia de 1 año de evolución. A la exploración física se clasificó como una alopecia androgenética en patrón femenino grado III en la escala de Ebling y Rook; presentaba además hirsutismo en las extremidades y seborrea. Se realiza perfil hormonal con niveles de dehidroepiandrosterona (DHEA-S) normales 10,73 mg/dl y testosterona elevada en 658 ng/dl por lo que se inicia minoxidil tópico al 5% y se envía a ginecología con la sospecha clínica de tumor ovárico, quienes después de estudios de imagen realizan histerectomía con ooforectomía bilateral. El estudio histopatológico reveló un tumor ovárico izquierdo de células de Leydig. Cinco meses después de la cirugía se observa una mejoría clínica importante y niveles de testosterona normales.

Discusión. La alopecia androgenética con patrón femenino (FAGA) es causada por andrógenos en mujeres genéticamente susceptibles, estudios hormonales extensos no están usualmente recomendados a menos que se presenten signos de hiperandrogenismo. Los tumores secretores de andrógenos deben ser sospechados en mujeres postmenopáusicas con manifestaciones de virilización de reciente inicio y niveles androgénicos elevados. La resección tumoral normaliza los niveles androgénicos. La clasificación de Ebling y Rook toma en cuenta que las mujeres pueden tener tanto alopecia con patrón difuso como en patrón masculino con recesión de la línea de implantación frontotemporal, lo que la clasificación de Ludwig no toma en cuenta.

P8. MICROTRASPLANTE CAPILAR EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

J. Pedraz, C. Portinha, A. Chehade, P. Espinoza y R. Castro

Insparya Hair Medical Clinic. Madrid. España.

Introducción. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta entre el 1-3% de la población. Hay localizaciones que condicionan particularmente la calidad de vida, como pueden ser las flexuras, palmo-plantar o cuero cabelludo. El microtrasplante capilar es una cirugía mínimamente invasiva pero que potencialmente nos podría desencadenar un fenómeno isomórfico de Koebner, tan característico de la psoriasis.

Caso clínico. Presentamos el caso de tres pacientes varones de 54, 52 y 46 años de edad, respectivamente. Los tres pacientes presentaban psoriasis en cuero cabelludo desde hacía 12, 14 y 15 años respectivamente. Todos ellos habían estado previamente tratados con terapias tópicas (corticoides, derivados de vitamina D) y el paciente 1 también con fototerapia, adalimumab, ustekinumab y secukinumab. Durante las 2 semanas previas al microtrasplante capilar, se pautó tratamiento con corticoides y derivados de vitamina D tópicos. Las intervenciones de los tres pacientes se desarrollaron con normalidad y tras 2 meses después de las cirugías, ninguno de los pacientes ha presentado rebrote de su psoriasis del cuero cabelludo, ni en la zona donante ni en la zona receptora.

Discusión. El fenómeno de Koebner fue descrito por el dermatólogo alemán Heinrich Koebner en 1872. Describió la aparición de lesiones de psoriasis en zonas de traumatismos como tatuajes, mordeduras de caballo o heridas. Este fenómeno está bien descrito tras incisiones quirúrgicas como son las que se pueden producir tras un microtrasplante capilar. Nosotros hemos podido comprobar en nuestros tres pacientes con psoriasis del cuero cabelludo que no se ha desencadenado el fenómeno de Koebner a pesar del número de incisiones que se realizan tanto en la zona donante como en la zona receptora. Están aún por definir las circunstancias específicas que provocan el fenómeno de Koebner tras un trauma quirúrgico: tamaño de las incisiones, instrumental utilizado, predisposición previa del paciente.

P9. ¿EXISTEN FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA A DUTASTERIDA ORAL EN ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE?

C. Pindado-Ortega^{a,b,c}, D. Saceda-Corralo^{a,c}, R. Rodrigues-Barata^a, P. Jaén-Olasolo^{a,c} y Sergio Vaño-Galván^{a,c}

Departamento de Dermatología. ^aHospital Universitario Ramón y Cajal. ^bHospital Universitario Infanta Leonor. ^cGrupo de Dermatología Pedro Jaén. Madrid. España.

Introducción. Hasta el momento, los inhibidores de la 5 alfa-reductasa (5ARI) han demostrado lograr la estabilidad de la alopecia frontal fibrosante (AFF) o reducir la tasa de progresión de la enfermedad en series de casos. Sin embargo, no se han identificado factores predictores de buena respuesta clínica.

Objetivos. Evaluar posibles factores predictores de respuesta clínica en pacientes con AFF activa.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico clínico y tricoscópico de AFF y tratamiento con dutasterida oral. Se interpretó como respuesta la ausencia de progresión en las medidas frontal a los 6 meses de tratamiento y en las siguientes revisiones. En un primer paso se realizó un análisis univariable con variables clínicas y pronósticas descritas en la literatura entre los pacientes respondedores y no respondedores. Las variables estadísticamente significativas se incluyeron en el análisis multivariable de regresión logística binaria expresada mediante odds ratio. Se consideró estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados. Se recogieron un total de 148 pacientes, en su mayoría mujeres 147 (99,3%), con una edad media de 60,3 años (DE=9,7). Los pacientes que lograron estabilización de la medida frontal y los pacientes que progresaron fueron 91 (75,8%) y 57 (47,5%) respectivamente. En el modelo de regresión logística se consideraron como posibles factores predictores la edad de inicio, la alopecia de cejas y el grupo de tratamiento con dutasterida oral, de los cuales el único que resultó ser un factor significativo de estabilización fue el grupo de tratamiento con dutasterida oral.

Limitaciones. Estudio retrospectivo.

Conclusiones. La edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, la presencia de pápulas faciales, la alopecia de cejas o el patrón de presentación de la AFF no constituyen factores predictores de respuesta a dutasterida oral.

P10. ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR EN ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

M. Librada Porriño-Bustamante^a, M.A. Fernández-Pugnaire^b
y S. Arias-Santiago^c

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario La Zarzuela. Madrid. ^bHospital Universitario San Cecilio. ^cHospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. España.

Introducción. La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una de las alopecias cicatriciales más frecuentes, pero su etiopatogenia es aún desconocida.

Objetivos. Evaluación con ecografía Doppler-color en AFF.

Material y métodos. Estudio transversal con 99 mujeres con AFF y 40 controles. Se utilizó un ecógrafo Esaote MyLabTM con sonda lineal de 18 MHz, para valoración con Doppler-color. Se analizaron tres zonas por paciente: banda alopecica (a), línea de implantación (b) y zona sana inmediatamente posterior (c). Esta última se seleccionó en base a la ausencia de criterios tricoscópicos de AFF. En los controles se valoraron dos áreas: línea de implantación (b) y zona cercana posterior (c), a unos 3 cm aproximadamente. En cada una, se recogió el diámetro (cm) de los dos vasos más significativos y su flujo (m/s).

Resultados. En las pacientes, el diámetro vascular medio por zona fue: 0,110 (a), 0,127 (b) y 0,088 (c). En los controles: 0,103 (b) y 0,078 (c). La diferencia de diámetro entre pacientes y controles tanto en la línea de implantación como en la zona sana fue significativa ($p=0,03$). En las pacientes, el flujo medio fue: 7,827 (a), 8,183 (b) y 7,681 (c). En los controles: 7,670 (b) y 7,220 (c). La diferencia de flujo entre pacientes y controles en la línea de implantación estuvo cerca de la significación estadística ($p=0,05$).

Discusión. Las pacientes presentaban un diámetro vascular significativamente mayor en la línea de implantación respecto a los controles, así como un mayor flujo. El diámetro fue mayor en la zona sana en pacientes con AFF que en controles. Asimismo, en las pacientes, el diámetro vascular en la línea de implantación fue significativamente mayor que en la zona alopecica y en la sana.

Conclusiones. Un mayor diámetro vascular en la "zona sana" en AFF podría ayudar a predecir la progresión. Se necesitan más estudios para clarificar estos hallazgos.

P11. NODULOS ASÉPTICOS Y ALOPÉCICOS DEL CUERO CABELLUDO

M. Puerta-Peña, J. Fulgencio-Barbarin, D. Falkenhain-López, B. Pinilla-Martin, C. Vico-Alonso, R. Aragón-Miguel, A. Calleja-Algarra y V. Velasco-Tamariz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. España.

Introducción. Los nódulos asépticos y alopecicos del cuero cabelludo (NAACC) son una entidad rara e infradiagnosticada, recientemente descrita en la literatura. Afecta a individuos jóvenes y se caracteriza por la aparición de uno o varios nódulos cupuliformes que asocian alopecia no cicatricial en superficie. Presentamos un caso clínico con excelente respuesta a doxiciclina.

Caso clínico. Varón de 21 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a nuestro servicio por la aparición en los últimos 4 meses de dos placas de alopecia asintomáticas en la región occipital. A la exploración física presentaba dos nódulos cupuliformes, levemente eritematosos, de consistencia firme y límites bien definidos que asociaban alopecia en superficie de aspecto no cicatricial. El resto del cuero cabelludo presentaba una densidad capilar normal y no presentaba otras lesiones cutáneas asociadas. A la tricoscopia se objetivaron numerosos puntos amarillos, pelos vellosos así como algunos puntos negros y pelos rotos salpicados. Se realizó incisión de dichas lesiones, observándose la salida de un material amarillo-anaranjado gelatinoso cuyos cultivos para hongos y bacte-

rias fueron negativos. Se realizó una biopsia para estudio histológico, que mostró un infiltrado inflamatorio en dermis media y profunda compuesto de tejido de granulación y reacción granulomatosa y gigantocelular a cuerpo extraño. En base a los hallazgos clínicos, tricoscópicos, microbiológicos e histopatológicos, se estableció el diagnóstico de nódulos asépticos y alopecicos del cuero cabelludo. Se realizó drenaje de sendas lesiones y se indicó tratamiento con doxiciclina. Tras dos meses de tratamiento, el paciente presentaba desaparición completa de las lesiones nodulares así como repoblación de la piel suprayacente.

Discusión. Los NAACC fueron descritos por primera vez en 1992 como 'pseudoquiste del cuero cabelludo' debido a los hallazgos histológicos consistentes en una cavidad quística con una pared mal definida. No fue hasta 2009 cuando Abdennader y Reygagne acuñaron el término 'nódulos asépticos y alopecicos del cuero cabelludo' dado que no objetivaron cavidades quísticas en todos sus casos, mientras que los nódulos siempre asociaban alopecia y un material gelatinoso totalmente aséptico. Su etiología es desconocida, aunque se postula que se trata de una forma profunda de folliculitis asociada a una reacción granulomatosa a cuerpo extraño. Afecta predominantemente a varones entorno a la 2.^a-3.^a década de la vida y clínicamente se caracteriza por la presencia de uno o múltiples nódulos, color piel o levemente eritematosos, firmes o fluctuantes y usualmente asintomáticos, localizados en vértex o área occipital. Asocian en superficie alopecia no cicatricial y su drenaje permite la salida de un contenido seroso, serohemático o purulento de características filantes cuyos cultivos son negativos para bacterias y hongos. Los hallazgos ecográficos muestran un nódulo hipoeoico bien definido en tejido celular subcutáneo y la tricoscopia típicamente revela puntos amarillos, puntos negros y pelos rotos y pelos vellosos como en nuestro caso. Se trata de una entidad de buen pronóstico habiéndose observado buena respuesta a drenaje quirúrgico, doxiciclina y corticoides intralesionales, si bien se han reportado casos autorresolutivos.

P12. LIQUEN PLANO PILAR TRAS CIRUGÍA EN EL CUERO CABELLUDO

A. Rodríguez-Villa Lario^a, A. Gómez-Zubiaur^a, S. Medina Montalvo^a, M. Bandini^a, I. Hernández Surmann^a, D. Vega Díez^a, I. Polo Rodríguez^a, A.B. Piteiro Bermejo^a y M.D. Vélez Velázquez^b

Servicio de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Caso clínico. Mujer de 77 años, consulta por una placa alopecica en cuero cabelludo de varios años de evolución sobre una cicatriz de extirpación de nevus azul 4 años antes. A la exploración física presentaba placa anular temporal izquierda de bordes eritemato-desquamativos no infiltrada de 3x3 cm que respetaba la cicatriz lineal de exéresis de nevus previa. La dermatoscopia mostraba datos inespecíficos: eritema, alguna telangiectasias y tapones foliculares. El estudio histopatológico mostraba disminución del número de folículos pilosos, con un denso infiltrado linfocitario perifolicular en banda alrededor del istmo e infundíbulo, con daño de interfase y fibrosis perifolicular. La tinción con azul-alcián y la inmunohistoquímica con CD 123 fueron normales.

Discusión. El liquen plano pilar (LPP) es un proceso inflamatorio del folículo piloso de etiología poco clara que conduce a la fibrosis y pérdida de la estructura folicular, con la consecuente alopecia cicatricial. Aunque actualmente existe una falta de evidencia para poder vincular el desarrollo de esta patología con la realización de procedimientos médico-quirúrgicos en el cuero cabelludo, se han reportado casos en la literatura acaecidos tras trasplante capilar o tras cirugía de lifting facial. Una de las teorías noxológicas postula que el fenómeno isomórfico de Koebner se encuentre detrás del desarrollo de estos casos de LPP, por otro lado, característico del

liquen plano clásico. Además, el daño tisular traumático puede producir el desencadenamiento de la respuesta autoinmune en algunas patologías, tal y como ha sido demostrado en pacientes con lupus. El inmunoprivilegio de la parte proximal del folículo y el bulge se encuentra alterado en el LPP; el entorno proinflamatorio poscirugía podría favorecer el colapso del inmunoprivilegio, con el consecuente desencadenamiento del fenómeno inflamatorio. Como conclusión, presentamos un caso de desarrollo de LPP probablemente inducido por un insulto quirúrgico.

P13. TRATAMIENTO COMBINADO EN ALOPECIA AREATA UNIVERSAL, REPORTE DE UN CASO

M. Sánchez Díaz, E. Infante Cristia, C. D' Alessandro Bucilli, J. Machado y M. Sánchez Viera

IDEL. Instituto de Dermatología Integral. Madrid. España.

La alopecia areata universal es un reto terapéutico, muchos agentes se han descrito para el tratamiento, pero ninguno llega a ser totalmente curativo ni preventivo. Se presenta el caso de un paciente masculino de 35 años de edad, con alopecia areata universal de 10 meses de evolución, recibió con anterioridad metotrexate 15 mg/semanal, prednisona 30 mg, infiltración de triamcinolona sin respuesta. Se decide iniciar pulsos con dexametasona 8mg 2 días en semana con infiltración capilar de minoxidil y triamcinolona y clobetasol tópico en champú con una buena respuesta a partir del segundo mes, el paciente suspende tratamiento con pérdida total a los 3 meses. Se reinicia los pulsos de dexametasona, y la infiltración capilar asociándose al tratamiento terapia de contacto con difenciprona, obteniéndose un muy buen resultado. Se plantea que la combinación de tratamientos puede ser una alternativa en esta entidad.

P14. ALOPECIA SIFILÍTICA: DESCRIPCIÓN TRICOSCÓPICA DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Iglesias-Sancho, N. Setó-Torrent, L. Novoa-Lamazares y M. Salleras-Redonnet

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.

La alopecia sifilítica (AS) es una manifestación infrecuente de la sífilis. Aunque la clínica y hallazgos histopatológicos han sido descritos en detalle, la tricoscopia está poco definida. Se trata de un varón de 35 años que consultaba por placas alopécicas asintomáticas de 1 mes de evolución. A la exploración física se objetivaban múltiples placas irregulares alopécicas sin descamación y no desprovistas totalmente de pelo, de predominio en áreas occipitotemporales. Dermatoscópicamente había disminución del número de pelos terminales con variabilidad del diámetro del pelo y aumento de pelo veloso con desaparición de algún ostium folicular y algún área rosada-marróncea. En dos placas se observaban tallos pilosos en forma de "baqueta de xilófono". La serología determinó *Treponema pallidum* anticuerpos reaginicos 1/32 y *Treponema pallidum* anticuerpos treponémicos positivos. Se trató con penicilina benzatina 2,4 M UI intramuscular en dosis única y se realizó screening para otras infecciones de transmisión sexual, pero el paciente no

volvió al seguimiento. La AS se considera una sífilis secundaria y consiste en una alopecia cicatricial con 4 diferentes patrones clínicos descritos: alopecia apolillada, alopecia difusa, alopecia mixta y alopecia de cejas, siendo la más común la alopecia apolillada como en nuestro caso. En la literatura se ha descrito la tricoscopia de 10 casos coincidiendo en la mayoría de ellos la disminución del pelo terminal, pelos vellosos y áreas rosado-marrónceas. Siendo otros hallazgos menos encontrados: puntos negros, puntos amarillos, pelos zig-zag y pelos cónicos curvados. Además, en nuestro paciente observamos unos tallos pilosos engrosados terminalmente a modo de "baquetas de xilófono".

La tricoscopia representa una herramienta rápida y no invasiva para ayudar en el diagnóstico de sospecha de la AS. Aunque sería necesario definir mejor el patrón tricoscópico, la disminución del pelo terminal, los pelos vellosos y áreas rosado-marrónceas es lo más descrito.

P15. PLICA NEUROPÁTICA EN DEPRESIÓN REACTIVA GRAVE

N. Setó-Torrent, M. Iglesias-Sancho, M.A. Sola-Casas y M. Salleras-Redonnet

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.

La plica neuropática (PN) es un trastorno adquirido del pelo del cuero cabelludo en el que este se enmaraña de manera súbita e irreversible formando aglomerados similares a las rastas. Mujer de 55 años diagnosticada de depresión reactiva grave con síntomas psicóticos y ansiedad generalizada con agorafobia en tratamiento con sulpirida y benzodiazepinas. Consultaba por la aparición brusca de enredos en el pelo con imposibilidad para peinarse de 2 meses de evolución. La exploración física reveló masas firmes de cabello enmarañado de predominio en el vértex junto con escamas gruesas amarillentas adheridas al cuero cabelludo sin evidencia de pediculosis. A la tricoscopia se observaban pelos retorcidos a 180°, pelos telogénicos retenidos y concreciones amarillentas a modo de malla de alambres. Los hallazgos fueron compatibles con una plica neuropática. Tras cortarse el pelo, este creció recuperando su aspecto normal.

La PN fue descrita por Le Page en 1884 en una paciente con esquizofrenia. Históricamente se conoce como plica "polónica" por su alta frecuencia en Polonia durante el siglo IXX. La clínica consiste en el enredo repentino del cabello ocasionando masas compactas, malolientes y pegajosas, a menudo asociado a pediculosis y/o inflamación del cuero cabelludo. A la dermatoscopia se han descrito pelos retorcidos a 180°, tallos pilosos doblados y fracturados, pelos telogénicos retenidos y tricorrexis nodosa. La etiopatogenia exacta se desconoce, pero se han postulado factores predisponentes como: trastornos psiquiátricos, champús, acondicionadores y jabones de hierbas, infecciones parasitarias, higiene deficitaria y motivos religiosos. Además, se han publicado casos aislados asociados a dermatitis seborreica, psoriasis, quimioterapia y fármacos inmunosupresores. El tratamiento definitivo consiste en cortar el pelo afecto. En conclusión, presentamos una PN en una paciente con depresión reactiva grave. Se trata de una entidad infrecuente en nuestro medio en la cual las alteraciones psiquiátricas parecen ser un factor predisponente relevante.