



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



REVISIÓN

Histopatología de las alopecias. Parte II: alopecias cicatriciales



C. Bernárdez, A.M. Molina-Ruiz y L. Requena*

Servicio de Dermatología, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma, Madrid, España

Recibido el 29 de abril de 2014; aceptado el 14 de junio de 2014
Disponibile en Internet el 24 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Dermatopatología;
Alopecia;
Revisión;
Alopecias cicatriciales;
Lupus eritematoso cutáneo crónico;
Liquen plano folicular;
Pseudopelada de Brocq;
Alopecia cicatricial centrífuga central;
Alopecia mucinosa;
Queratosis folicular espinulosa decalvante;
Foliculitis decalvante;
Celulitis/foliculitis disecante;
Acné queiloideo de la nuca;
Acné necrótico varioliforme

Resumen El diagnóstico de las enfermedades del cabello y del cuero cabelludo se basa, en la mayoría de las ocasiones, en el reconocimiento de signos clínicos; sin embargo, dichos signos no siempre son característicos y, en ocasiones, tenemos que recurrir a técnicas más invasivas como la realización de una biopsia. En este artículo se revisan de forma detallada las principales formas de alopecia desde un punto de vista histopatológico, y para ello se utiliza la clasificación tradicional de las alopecias que las divide en 2 grandes grupos: las alopecias cicatriciales y las no cicatriciales. Las alopecias cicatriciales son aquellas en las cuales el folículo piloso es sustituido por tejido fibroso cicatricial, causando una pérdida permanente del cabello. En las alopecias no cicatriciales el folículo permanece intacto y puede retomar su actividad cuando cesa el estímulo desencadenante. La segunda parte de este artículo revisa las principales formas de alopecia cicatricial desde un punto de vista histopatológico. Dado que una buena correlación clinicopatológica es fundamental para realizar el correcto diagnóstico histopatológico de las alopecias, en este artículo se incluye también una breve descripción de las características clínicas de las principales formas de alopecia.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y AEDV. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lrequena@fjd.es (L. Requena).

KEYWORDS

Dermatopathology;
 Alopecia;
 Review;
 Scarring alopecia;
 Chronic cutaneous
 lupus erythematosus;
 Follicular lichen
 planus;
 Brocq pseudopelade;
 Central centrifugal
 cicatricial alopecia;
 Alopecia mucinosa;
 Keratosis follicularis
 spinulosa decalvans;
 Folliculitis decalvans;
 Dissecting
 cellulitis/folliculitis;
 Acne keloidalis
 nuchae;
 Necrotizing
 lymphocytic
 folliculitis

Histologic Features of Alopecias: Part II: Scarring Alopecias

Abstract The diagnosis of disorders of the hair and scalp can generally be made on clinical grounds, but clinical signs are not always diagnostic and in some cases more invasive techniques, such as a biopsy, may be necessary. This 2-part article is a detailed review of the histologic features of the main types of alopecia based on the traditional classification of these disorders into 2 major groups: scarring and nonscarring alopecias. Scarring alopecias are disorders in which the hair follicle is replaced by fibrous scar tissue, a process that leads to permanent hair loss. In nonscarring alopecias, the follicles are preserved and hair growth can resume when the cause of the problem is eliminated. In the second part of this review, we describe the histologic features of the main forms of scarring alopecia. Since a close clinical-pathological correlation is essential for making a correct histopathologic diagnosis of alopecia, we also include a brief description of the clinical features of the principal forms of this disorder.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

En la práctica clínica diaria los dermatólogos nos encontramos con bastante frecuencia ante pacientes que consultan por alopecia. En muchos casos el diagnóstico correcto de esta patología se puede establecer directamente por la presentación y evolución del proceso. Sin embargo, en ocasiones, es necesaria la realización de una biopsia para poder establecer un diagnóstico definitivo. En este artículo se revisan de forma detallada las principales formas de alopecia cicatricial (AC) desde un punto de vista histopatológico.

Alopecias cicatriciales

Las AC constituyen un grupo de trastornos en los que los folículos pilosos son sustituidos por columnas de fibrosis o colágeno hialinizado, dando lugar a una pérdida permanente del cabello. Esto se traduce clínicamente en la desaparición de los *ostia* foliculares y una atrofia cutánea. Existen muchas causas de AC secundaria, como son los procesos infiltrativos (metástasis cutáneas, sarcoidosis), los traumatismos (quemaduras, radiación) o las infecciones. Sin embargo, el término AC se utiliza para denominar preferentemente las AC primarias (ACP), un grupo de enfermedades en las que el folículo piloso es la principal diana del proceso inflamatorio, mientras que la dermis interfolicular permanece respetada¹. La clasificación de las AC es confusa y controvertida, debido a que su etiología, en muchos casos, es desconocida y las características clínico-patológicas se superponen, son variables en el tiempo y dependen de factores raciales y genéticos. En este artículo nosotros utilizamos la clasificación establecida en 2001 por la *North American Hair Research Society* (NAHRS) que clasifica las ACP

Tabla 1 Clasificación de las alopecias cicatriciales primarias (ACP) según la *North American Hair Research Society* (NAHRS)

Composición mayoritaria del infiltrado inflamatorio	Entidades
Linfocíticas	Lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC) Liquen plano folicular (LPF) Pseudopelada de Brocq Alopecia cicatricial centrífuga central (ACCC) Alopecia mucinosa Queratosis folicular espinulosa decalvante (QFED)
Neutrófilicas	Folliculitis decalvante (FD) Celulitis/folliculitis disecante
Mixtas	Acné queiloideo de la nuca (AQN) Acné necrótica varioliforme Dermatosis pustulosa erosiva
No específicas	

atendiendo a la composición del infiltrado inflamatorio en: linfocíticas, neutrófilicas y mixtas² (tabla 1).

Las ACP presentan una fase inicial activa, con características clínicas más o menos específicas. Progresivamente van apareciendo zonas cicatriciales, generalmente en la zona central de las lesiones, lo que determina que en fases más avanzadas de AC el diagnóstico diferencial clínico sea mucho más difícil, y en ocasiones imposible. La toma de una biopsia será útil para establecer o confirmar el diagnóstico, pero para que la muestra sea demostrativa la biopsia deberá obtenerse de aquellas zonas en las que aún se observen *ostia*

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3180238>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3180238>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)