



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



DERMATOLOGÍA PRÁCTICA

Alopecias cicatriciales

L. Abal-Díaz*, X. Soria y J.M. Casanova-Seuma

Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

Recibido el 1 de febrero de 2011; aceptado el 5 de julio de 2011

Disponible en Internet el 7 de octubre de 2011

PALABRAS CLAVE

Alopecia;
Cicatricial;
Tratamiento

KEYWORDS

Alopecia;
Scarring;
Treatment

Resumen Las alopecias cicatriciales constituyen un grupo de trastornos que dan lugar a una pérdida permanente de cabello como consecuencia de diversos procesos. En este artículo nos centraremos en las alopecias cicatriciales primarias (ACP), un grupo de enfermedades foliculocéntricas en las que el folículo piloso es la principal diana del proceso inflamatorio. Actualmente se clasifican según la celularidad del infiltrado inflamatorio en linfocíticas, neutrofílicas y mixtas. La patogenia de muchas de ellas sigue siendo desconocida. Algunas presentan similitudes clínicas que dificultan el diagnóstico, lo que hace en muchos casos necesaria la práctica de una o más biopsias cutáneas. En el manejo de estas entidades es necesario un diagnóstico preciso de forma precoz y un tratamiento agresivo en algunos casos, con objeto de evitar la destrucción folicular y el desarrollo de una alopecia cicatricial.

© 2011 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Scarring Alopecia

Abstract Scarring alopecia refers to a group of disorders of various etiologies that cause permanent hair loss. In this article, we focus on primary cicatricial alopecia, a group of diseases in which the hair follicle is the main target of the inflammatory process. These disorders are currently classified as lymphocytic, neutrophilic, or mixed according to the cells that make up the inflammatory infiltrate. The pathogenesis of the majority of these conditions is not fully understood and they may have similar clinical features, often making it necessary to perform 1 or more skin biopsies in order to reach a diagnosis. Management depends on early and accurate diagnosis and aggressive treatment in some cases in order to prevent follicular destruction and scarring.

© 2011 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

Las alopecias cicatriciales constituyen un grupo de trastornos que dan lugar a una pérdida permanente de cabello que resulta de la sustitución de los folículos por fibrosis o colágeno hialinizado.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drleoviandox@hotmail.com (L. Abal-Díaz).

Tabla 1 Clasificación de alopecias cicatriciales**Linfocíticas**

Lupus eritematoso cutáneo crónico
Liquen plano pilar
 Liquen plano pilar clásico
 Alopecia frontal fibrosante
 Síndrome de Graham-Little
Pseudopelada de Brocq
Alopecia cicatricial centrífuga central
Alopecia mucinosa
Queratosis folicular espinulosa decalvante

Neutrofílicas

Foliculitis decalvante
Foliculitis disecante (Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, enfermedad de Hoffman)

Mixtas

Acne queloidal de la nuca
Foliculitis (acné) necrótica
Dermatosis pustular erosiva

Inespecíficas

Pueden ser secundarias a un proceso inflamatorio previo, como un querion, un traumatismo o la radioterapia, o estar causadas por un tumor como un carcinoma o una metástasis. Ahora bien, este término se utiliza para denominar preferentemente las alopecias cicatriciales primarias (ACP), un grupo de enfermedades foliculocéntricas en las que el folículo piloso (FP) es la principal diana del proceso inflamatorio, mientras que la dermis interfolicular queda respetada¹. En este artículo, nos centraremos principalmente en este último grupo de alopecias, que representan en muchas ocasiones un desafío clínico-terapéutico.

Alopecias cicatriciales primarias

Las ACP representan alrededor del 3% del total de alopecias que se ven en un servicio de dermatología, aunque no se conoce con exactitud su epidemiología entre la población general. Se han propuesto distintas clasificaciones para las ACP. Actualmente se clasifican según la celularidad del infiltrado inflamatorio en linfocíticas, neutrofílicas y mixtas (tabla 1)².

Patogenia

Su patogénesis no se conoce con precisión. En estudios recientes se ha comprobado que la diana del proceso patogénico son las células madre del promontorio folicular, de las vainas del pelo y del infundíbulo folicular³. Se ha hipotetizado que el factor crítico consiste en que estas células madre sobrepasen un «punto de no retorno» que provoca un daño irreversible del FP. En condiciones normales, las células madre del epitelio del FP parecen gozar de cierta protección autoinmunitaria, al estar ubicadas en un nicho «inmunológicamente privilegiado». En algunas de las formas de ACP, como el liquen plano (LP) o el lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC), esta protección podría colapsarse⁴. Se ha sugerido que mecanismos citotóxicos autoinmunes

contra autoantígenos del FP producen una inflamación foliculocéntrica que es responsable de la destrucción del folículo. También parecen estar implicadas alteraciones funcionales de la glándula sebácea e interferencias en la comunicación entre el mesénquima del FP y el epitelio⁵.

Clínica

Las placas alopécicas acostumbran a ser asintomáticas y se expanden lentamente, aunque en algunos casos progresan con más rapidez y causan prurito, quemazón y dolor. La pérdida del cabello es irreversible. En el centro de las placas se observa desaparición de la cuadrícula cutánea y de los orificios foliculares, mientras que en la periferia se aprecia hiperqueratosis folicular y eritema perifolicular. Los bordes de las placas están mal delimitados y la superficie es lisa, no descamativa. En otros casos puede haber inflamación evidente e incluso supuración, en especial en las formas neutrofílicas.

Histopatología

Para confirmar el diagnóstico y clasificar adecuadamente las ACP se recomienda realizar una biopsia para tinción con hematoxilina-eosina, orientada paralelamente al tallo del pelo para evitar que el corte lo atraviese. El lugar elegido para realizar la biopsia cutánea es fundamental, ya que en función de ello la información histopatológica será más o menos precisa. También resulta crucial el estadio evolutivo de la lesión analizada, siendo preferible escoger una lesión temprana con signos de actividad, ya que en lesiones cicatriciales la rentabilidad de la biopsia es escasa. En caso de obtener una sola biopsia cutánea, la mayoría de expertos recomiendan realizar el examen histológico de cortes transversales, ya que permite la visualización de múltiples FP en distintos niveles de maduración⁶⁻⁸. Para otros autores sería deseable tomar 2 biopsias, con el fin de analizar simultáneamente cortes transversales y verticales. En algunos casos, las tinciones de elastina (Verhoeff-van Gieson) son útiles para confirmar la presencia de cicatriz y para diferenciar lesiones tardías⁹.

En un estudio sobre 136 biopsias de alopecias cicatriciales del cuero cabelludo, el diagnóstico más frecuente fue el liquen plano (26%), seguido de lupus eritematoso cutáneo crónico (21%) y foliculitis decalvans (20%). Un 10% de los casos fueron diagnosticados de pseudopelada de Brocq (PPB)¹⁰.

Alopecias cicatriciales primarias linfocíticas

Las dermatosis que dan lugar a este tipo de ACP son el LECC y el liquen plano pilar (LPP). También se incluye la pseudopelada de Brocq, que probablemente representa el estadio final de muchas de las ACP. Para precisar el diagnóstico puede ser útil realizar una biopsia con inmunofluorescencia directa (IFD), ya que en cerca del 50% de los casos de LECC se aprecia una banda continua de IgG.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3180950>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3180950>

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