

PELO

219 ALOPECIA FIBROSANTE FRONTAL: MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO

F. Ferrando, A. Zayas, A. Mateu, J. M. Ricart, A. Fuertes,
A. Marquina, A. Jiménez, J. Espinosa

Hospital Dr. Peset. Valencia.

Caso clínico: Paciente mujer de 70 años con antecedentes personales de tuberculosis pleural y depresión que refiere desde hace 2 años caída de cabello en ambas regiones frontotemporales. A la exploración se apreciaba una alopecia de distribución ofiásica con piel atrófica, no indurada e hipocroma y un retraso de la línea de implantación del pelo a nivel frontotemporal junto con pápulas queratósicas foliculares pruriginosas, no se observaban alteraciones ungueales ni en mucosas. Con la sospecha de un liquen plano pilar se realizó biopsia cutánea que fue compatible con lupus eritematoso, mostrando la inmunofluorescencia directa un depósito granular IgM en membrana basal. En las exploraciones complementarias destacaba un aumento de VSG. Se pautó tratamiento con corticoides tópicos potentes.

Discusión: La alopecia frontal fibrosante ha sido descrita como una variante de liquen plano pilar; clínicamente se caracteriza por un progresivo y simétrico retraso de la línea de implantación del pelo a nivel frontotemporal con una piel pálida y ausente de orificios foliculares junto con la pérdida de las cejas, sin lesiones en otras localizaciones. Los hallazgos histológicos son indistinguibles del liquen plano pilar con prominente fibrosis perifolicular y un infiltrado linfocitario con patrón liquenoide. No existe ningún tratamiento efectivo. Presentamos el caso de una mujer con patrón de alopecia frontal fibrosante y hallazgos histológicos de lupus eritematoso cutáneo; revisando la literatura no hemos encontrado ningún caso de alopecia fibrosante frontal como manifestación de lupus eritematoso.

Bibliografía

Kosard S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: a frontal variant of lichen planopilaris. *Journal of the American of Dermatology* 1997;36(1):59-66.

220 ALOPECIA FRONTAL FIBROSA POSTMENOPÁUSICA

M. J. Gil-Egea, M. J. Tribó, F. Gallado, C. Barranco,
R. M. Pujol, J. G. Camarasa

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La alopecia frontal fibrosa postmenopáusica representa una entidad considerada por algunos autores como una variante peculiar de liquen plano pilar. Se manifiesta por un retroceso progresivo de la línea de implantación del cabello que afecta a las áreas frontotemporoparietal en forma de una banda simétrica.

Objetivo: Estudio clínico histopatológico y hormonal de seis mujeres afectas de dicho patrón alopécico.

Material y métodos: Historia clínica detallada. Biopsia de las lesiones clínicamente activas con eritema e hiperqueratosis perifolicular y de áreas perilesionales. Estudio hormonal: hormonas sexuales suprarrenales y ováricas, función tiroidea, estudio de función hipofisaria.

Resultados: Presentamos seis mujeres entre 44 y 78 años, postmenopáusicas, tres de ellas habían iniciado el climaterio de forma precoz entre los 35-40 años. Además del patrón de alopecia frontal fibrosa presentaban cejas muy despobladas o ausentes, de aparición anterior al desarrollo de la alopecia frontal. Las lesiones activas de eritema e hiperqueratosis folicular se observaban en la línea de avance de la alopecia, respetando generalmente el resto de cuero cabelludo. No se apreciaban otras lesiones cutaneomucosas características de liquen plano. Las biopsias cutáneas mostraron resultados variables: un infiltrado linfocitario y fibrosis profunda de intensidad variable y la presencia ocasional de queratinocitos necróticos en el epitelio folicular. En algún caso se evidenció la presencia de vacuolización de la membrana basal e incontinencia pigmenti. Los estudios hormonales resultaron normales excepto en una paciente en la que se detectó un hiperparatiroidismo primario.

Conclusiones: La alopecia frontal fibrosa postmenopáusica puede ser considerada una variante de liquen plano pilar o una dermatitis liquenoide. Es un proceso frecuente en mujeres postmenopáusicas, cuyo origen o relación con el climaterio queda por determinar. Los corticosteroides y los antipalúdicos han demostrado una eficacia relativa. No se ha demostrado la utilidad del tratamiento hormonal sustitutivo.

221 ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE POSTMENOPÁUSICA

G. Roustan, C. Corbacho, C. Isasi

Servicios de Dermatología, Reumatología y Anatomía Patológica. Clínica Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción: La alopecia frontal fibrosante postmenopáusica es una rara forma de alopecia cicatricial (apenas 25 casos publicados) descrita por primera vez por Kossard en 1994, caracterizada por una recesión de la línea de implantación frontal con eritema perifolicular asociada a alopecia de las cejas.

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 62 años de edad que acude a la consulta de Dermatología por alopecia frontal y de ambas cejas. Estaba en estudio en el Servicio de Reumatología por poliartalgias y síndrome fibromiálgico.

A la exploración física se observaba una pérdida casi total del pelo de las cejas y una recesión de la línea de implantación frontal con eritema e hiperqueratosis folicular. No se observó ninguna otra lesión en otras zonas ni tampoco en mucosas.

En las exploraciones complementarias se encontró: ANA+ 1/80 granular-homogéneo, C4: 2 mg/dl; FR + 255 UI/ml; serología VHB y VHC positivas. El resto de las exploraciones analíticas y radiológicas se encontraban dentro de la normalidad.

Se hizo una biopsia de la zona frontal en la que se observaba una ausencia casi completa de folículos pilosebáceos y un infiltrado inflamatorio predominantemente linfocitario policlonal muy denso en dermis superficial y media asociado a una alteración vacuolar focal de la unión dermoepidérmica.

Se instauró tratamiento con fotoprotección, corticoides tópicos y antipalúdicos sin mejoría. La paciente rechazó otros tratamientos.

Kossard considera esta entidad una variante de liquen plano folicular basándose exclusivamente en los hallazgos inmunohistoquí-

micos ya que ninguno de sus casos presentaba lesiones de liquen plano en otras áreas ni hallazgos histológicos típicos de liquen. Sólo existe un caso publicado asociado a liquen plano de mucosa oral y otro a liquen escleroso y atrófico. La paciente aquí descrita presentaba un lupus eritematoso asociado. Parece más probable, por tanto, que esta enfermedad sea una forma singular de alopecia cicatricial que en ocasiones puede asociarse a otras dermatosis.

222 DERMATOSIS PUSTULOSA EROSIVA DEL CUERO CABELLUDO

A. Mariscal, M. T. Bordel, J. Vega, A. Miranda, G. Escudero, C. Muñoz, M. Aguilar, M. García Muñoz

Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Se presentan dos pacientes con un cuadro clínico similar consistente en la presencia de placas alopécicas en el cuero cabelludo, que aumentan progresivamente de tamaño y que cursan con lesiones activas erosivo costrosas e incluso pustulosas en los bordes junto a una zona central estable de aspecto cicatricial. Tras la realización de diversas pruebas diagnósticas, incluido el estudio histopatológico de las lesiones, se descartaron otros procesos que cursan con alopecia cicatricial y se llegó al diagnóstico de dermatosis pustulosa erosiva del cuero cabelludo. La primera descripción de esta entidad fue realizada por Pye y cols. en 1979, quedando caracterizada por lesiones pustulosas crónicas en el cuero cabelludo junto a lesiones erosivas y costrosas que evolucionan a la formación de una alopecia cicatricial.

223 Este póster ha sido retirado por los propios autores por motivos ajenos a la organización de este Congreso.

224 FOLICULITIS EN PENACHO ASOCIADA A PITIRIASIS RUBRA PILAR

R. Corbí, C. Hernández, S. López, S. del Canto, A. Serrano, A. Pulpillo, R. Cabrera*, M. Navarrete*, T. Rodríguez-Cañás

Sección de Dermatología. *Departamento de Anatomía Patológica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Clínicamente se inicia con inflamación y pústulas en cuero cabelludo que evolucionan a cicatrización con múltiples cabellos emergiendo de un mismo orificio folicular. Histológicamente se caracteriza por un infiltrado inflamatorio mixto que afecta a la porción media y superior de los folículos, con presencia de varios tallos pilosos convergiendo hacia un infundíbulo común y salida a través de un mismo ostium folicular dilatado. Se ha descrito asociada a diversas enfermedades como liquen plano pilar, lupus crónico discoide y tiña inflamatoria, entre otras.

Se presenta un caso de foliculitis en penacho en un niño afecto de pitiriasis rubra pilar.

Descripción del caso: Niño de 11 años de edad ingresado por eritrodermia descamativa. Entre sus antecedentes personales destacaba un ingreso hospitalario 1 año antes por el mismo motivo. La sospecha clínica de pitiriasis rubra pilar se confirmó mediante estudio histopatológico, iniciándose tratamiento con emolientes, queratolíticos y acitretino oral a 0,7 mg/kg/día. Se produjo una mejoría lenta que permitió la reducción progresiva del tratamiento sistémico, con suspensión total a los 6 meses, aunque persistiendo hiperqueratosis en cuero cabelludo y pápulas foliculares en cuello. Dos meses más tarde aparece inflamación dolorosa en cuero cabelludo con exudación purulenta, siendo el cultivo positivo para *Staphylococcus aureus*. Tras tratamiento con cloxacilina oral desaparece la inflamación, pero se observan placas de aspecto cicatricial, en cuyo seno aparecen tallos pilosos agrupados emergiendo de un mismo orificio folicular. El estudio histopatológico confirmó la presencia de una foliculitis en penacho.

Comentario: Actualmente la foliculitis en penacho no se considera una enfermedad *per se*, sino la fase final fibrosa de diferentes procesos inflamatorios que afectan al cuero cabelludo. Su etiopatogenia es controvertida. Ocurre cuando la inflamación se produce a nivel del istmo e infundíbulo folicular, con fusión infundibular posterior y recrecimiento del pelo puesto que la raíz queda indemne.

Nuestro caso corrobora teorías previas en las cuales alteraciones a nivel infundibular favorecerían la infección bacteriana, cicatrizando posteriormente de esta peculiar forma.