

## Liquen plano folicular causado por una peluca: fenómeno de Koebner inusual



### Follicular Lichen Planus Caused by Wig Use: An Unusual Case of Koebner Phenomenon

Sr. Director:

Las alopecias cicatriciales (AC) constituyen un grupo de trastornos que generan una pérdida permanente del cabello al sustituir los folículos pilosos por fibrosis o colágeno hialinizado<sup>1</sup>. Las formas adquiridas pueden deberse a mecanismos físicos, traumatismos químicos, infecciones cutáneas, tumores u otras dermatosis como el lupus eritematoso cutáneo crónico o el liquen plano folicular (LPF)<sup>2</sup>.

En el tratamiento de las AC se podría incluir el empleo de pelucas. Estas se dividen según el tipo de pelo y el método de fijación, y entre sus desventajas están la rotura del pelo por los adhesivos y su tracción por las pinzas<sup>3,4</sup>.

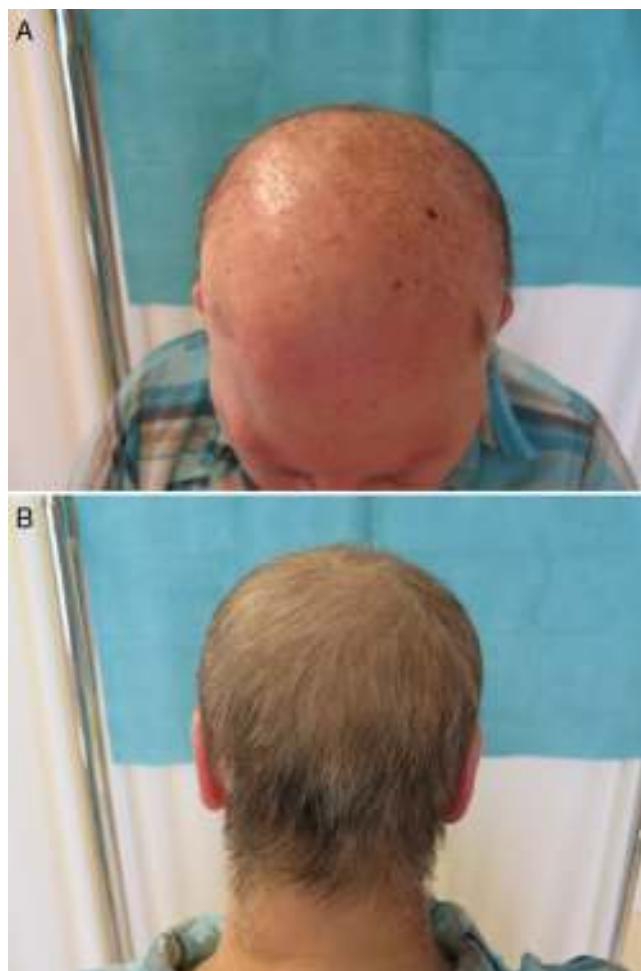
En este artículo comentamos el caso de una mujer de 58 años con un LPF en cuero cabelludo, que desarrolló unas placas de AC tras el uso de peluca.

Mujer de 58 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión y dislipemia, a seguimiento desde hace años en el servicio de dermatología por efluvio telogénico, alopecia androgénica femenina y LPF (con confirmación histopatológica). Nueve meses antes de la última revisión le diagnosticaron un carcinoma ductal infiltrante en mama izquierda por el que recibió radioterapia y quimioterapia combinada con doxorubicina, ciclofosfamida y fluorouracilo, que le ocasionó un efluvio anagénico que ya repobló.

Acudió a la consulta con peluca, apreciamos que mantenía las cejas. Al retirar la peluca, observamos una piel pálida con alopecia tanto a nivel frontal como parietal, manteniendo algunos pelos aislados y zonas con hiperqueratosis folicular. El estudio histopatológico evidenció zonas con fibrosis cicatricial y ausencia de folículos, y otras con un denso infiltrado liquenoide perifolicular. El pelo de área occipital estaba conservado (fig. 1).

Nos llamaron la atención 5 placas alopécicas redondeadas bilaterales y simétricas en áreas frontal-media, temporal y retroauricular. La imagen dermatoscópica del área retroauricular mostró pérdida de orificios foliculares y eritema leve, y el estudio histopatológico algún folículo piloso aislado conservado con infiltrado liquenoide, mientras otros se habían sustituido por un tracto cicatricial vertical (fig. 2).

La causa de dichas placas alopécicas estaba en la peluca que ponía como mínimo las 7 h al día que trabajaba, y más concretamente en su zona inferior, donde había unas pinzas para fijarla a la cabeza (fig. 3). Como no tenía pelo suficiente para usarlas, las tapaba con un adhesivo de doble cara. Al marcar con un lápiz dermatográfico a que altura se situaban dichas pinzas vimos que coincidía con las placas totalmente alopécicas localizadas a nivel frontal-medio, temporal y retroauricular izquierdos, y temporal y retroauricular derechos. Se estableció el diagnóstico de alopecia cicatricial adquirida secundaria a lesiones de LPF (clásico o su variante alopecia frontal fibrosante) que aparecieron como fenómeno de Koebner por la presión de las pinzas al tener puesta la peluca, y por la tracción de los adhesivos al retirarla.

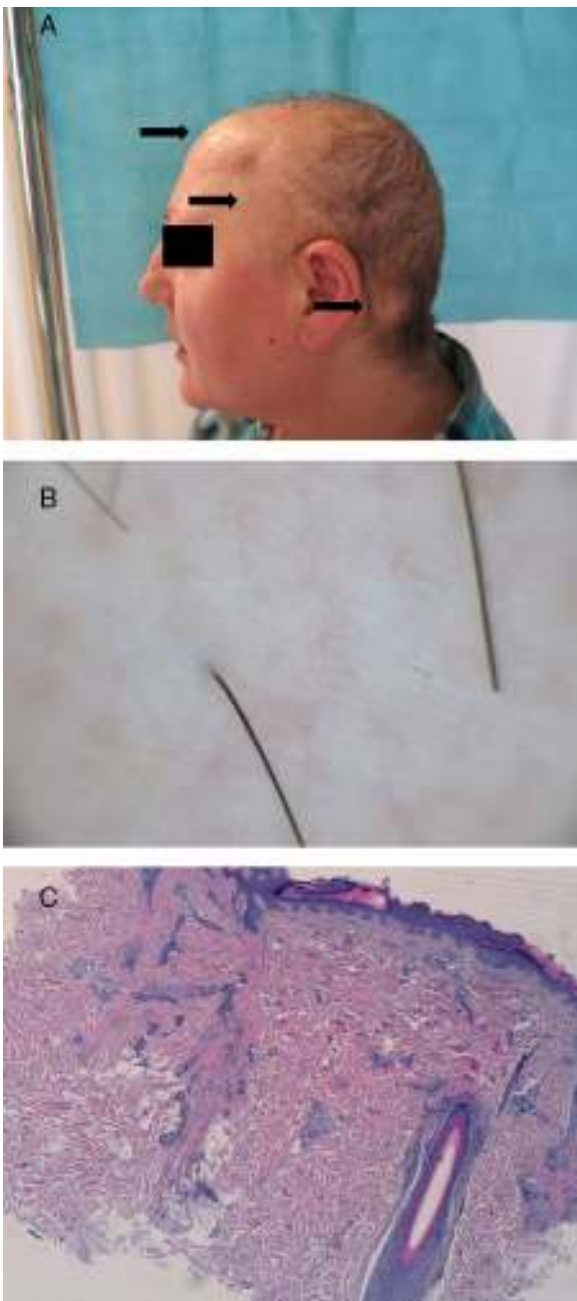


**Figura 1** A) Alopecia a nivel frontal y parietal, con pelos aislados e hiperqueratosis folicular. B) Persistencia de pelo de área occipital.

El fenómeno isomórfico de Koebner consiste en la aparición de lesiones típicas de una determinada dermatosis en áreas de piel sana, previamente estimulada mediante diversas clases de traumatismo como la fricción, la presión y la tracción. Solo la psoriasis, el vitiligo y el liquen plano se engloban dentro del fenómeno de Koebner verdadero (categoría 1)<sup>5</sup>. El LPF, forma folicular del liquen plano, se divide en función de su presentación clínica en LPF clásico, alopecia frontal fibrosante y síndrome de Graham-Little<sup>1</sup>. Para algunos autores existiría una cuarta variante cuyo patrón de distribución puede imitar la alopecia androgénica.

El fenómeno Koebner se ha descrito tanto en el LPF clásico como en la alopecia frontal fibrosante. Aunque hay casos de LPF tras traumatismos, quemaduras, radioterapia o práctica de *break dancing*, la mayoría surge tras el trasplante de pelo. Para algunos autores, muchos de los pacientes que desarrollan LPF tras el trasplante de pelo, en el contexto de alopecia androgénica, en realidad ya tenían antes un LPF diagnosticado de forma incorrecta como dermatitis seborreica o foliculitis. Recordar que un LPF activo es una contraindicación para realizar dicha técnica<sup>6,7</sup>.

En este caso, el diagnóstico diferencial debe realizarse con:



**Figura 2** A) Placas alopécicas (→) en áreas frontal-media, y temporal y retroauricular izquierdas. B) Imagen dermatoscópica de área retroauricular. Pérdida de orificios foli-culares. C) Imagen histopatológica de área retroauricular. Folículo piloso conservado con infiltrado liquenoide y tracto cicatricial vertical tras la destrucción de un folículo (hematoxilina-eosina ×4).

1. La alopecia por presión, proceso que puede ser o no cicatricial. Existen varios tipos, algunos tan frecuentes como la alopecia tras operaciones largas, y la anterolateral de las piernas por la fricción de los calcetines y el pantalón, y otros más raros como tras apoyar la cabeza muchas horas al ver la televisión o la alopecia anular del recién nacido por la presión contra la pelvis materna<sup>2,8,9</sup>.
2. La alopecia areata, entidad en la que se ha descrito la aparición de forma rápida (1-7 días) de nuevas placas como consecuencia del fenómeno de Koebner, por



**Figura 3** Zona inferior de la peluca con 5 pinzas.

la tracción de una zona pilosa perilesional para obtener pelos (contexto del tricograma)<sup>10</sup>.

En conclusión, muy pocos artículos hablan sobre el fenómeno de Koebner en el LPF. Consideramos interesante este trabajo al describir el caso de una mujer con un LPF que desarrolló placas de AC localizadas justo en las zonas de presión de las pinzas utilizadas para fijar la peluca. Esta asociación no la hemos encontrado descrita en la literatura.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Bernárdez C, Molina-Ruiz AM, Requena L. Histopatología de las alopecias. Parte II: Alopecias cicatriciales. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106:260-70.
2. Camacho FM. Alopecias cicatriciales adquiridas. En: Camacho FM, Tosti A, editores. *Tricología. Enfermedades del folículo pilo-sebáceo.* Grupo Aula Médica; 2013. p. 1001-12.
3. Banka N, Bunagan MJ, Dubrule Y, Shapiro J. Wigs and hairpieces: Evaluating dermatologic issues. *Dermatol Ther.* 2012;25:260-6.
4. Torchia D, Giorgini S, Gola M, Francalanci S. Allergic contact dermatitis from 2-ethylhexyl acrylate contained in a wig-fixing adhesive tape and its 'incidental' therapeutic effect on alopecia areata. *Contact Dermatitis.* 2008;58:170-1.
5. Sagi L, Trau H. The Koebner phenomenon. *Clin Dermatol.* 2011;29:231-6.

6. Donovan J. Lichen planopilaris after hair transplantation: Report of 17 cases. *Dermatol Surg.* 2012;38:1998–2004.
7. Monselise A, Chan LJ, Shapiro J. Break dancing: A new risk factor for scarring hair loss. *J Cutan Med Surg.* 2011;15:177–9.
8. Ozdemir EE, Güleç AT. Clinical evaluation of postoperative pressure-induced alopecia using a hand-held dermatoscope. *Int J Dermatol.* 2014;53:e309–10.
9. Thiem A, Kütt S, Hamm H. Television alopecia': a rare cause of pressure alopecia. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014; doi: 10.1111/jdv. 12893. [Epub ahead of print].
10. D'Ovidio R. Koebner phenomenon in alopecia areata: Rapid appearance after trichogram. Implications for the pathogenesis and therapy. *G Ital Dermatol Venereol.* 2013;148:225–9.

B. Monteagudo<sup>a,\*</sup>, A. Vilas-Sueiro<sup>a</sup>,  
M. Cabanillas<sup>a</sup> y C. Durana<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

[benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es](mailto:benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es) (B. Monteagudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.019>

## Tumores de colisión valorados por microscopía confocal



### Evaluation of Collision Tumors by Confocal Microscopy

Sr. Director:

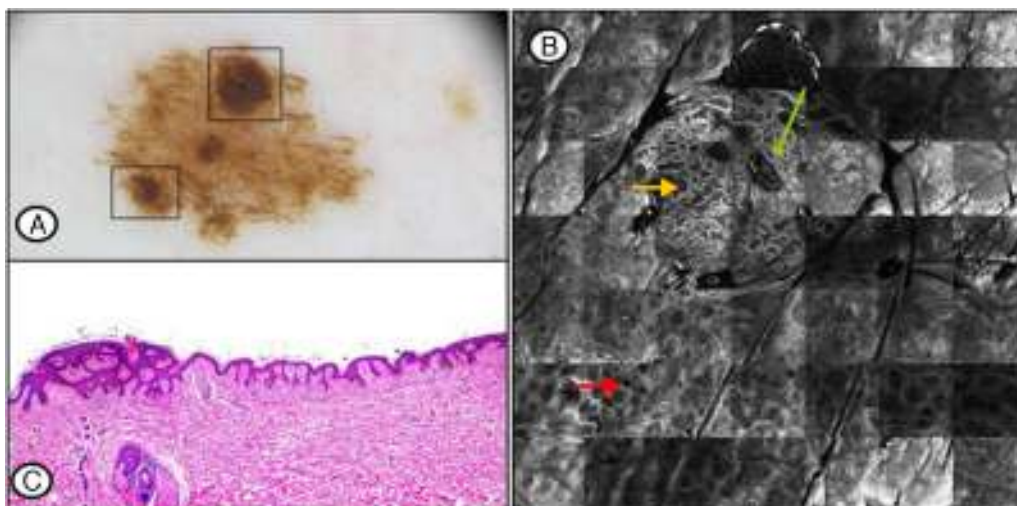
Los tumores de colisión son frecuentes en la práctica clínica diaria. En algunos, su diagnóstico no es fácil. La dermatoscopia y la microscopía confocal son 2 técnicas no invasivas de gran ayuda para analizar este tipo de lesiones. Describimos 2 casos en los que la sospecha dermatoscópica de tumor de colisión fue confirmada por microscopía confocal.

**Caso 1.** Mujer de 51 años que presentaba una lesión maculosa en el abdomen, con tiempo de evolución desconocido. Por dermatoscopia mostraba un patrón reticular. Además se observaron varias zonas redondeadas de pequeño tamaño, que por dermatoscopia mostraban tapones córneos en su interior (fig. 1A).

La microscopía confocal mostró un patrón en empedrado en epidermis y un patrón anillado en la unión dermo-epidérmica. Se observaron, también, varias áreas con estructuras brillantes (hiperreflectantes) en anillo (aparentando estructuras en capas de cebolla) y cordones policíclicos (fig. 1B). El resultado histológico fue de tumor de colisión entre un nevus melanocítico juntural y una queratosis seborreica como se observa en la figura 1C.

**Caso 2.** Varón de 49 años con antecedentes de melanoma de extensión superficial extirpado en 2011. En el seguimiento mediante dermatoscopia digital se observó crecimiento de una lesión pigmentada en la espalda. Se trataba de una mácula pigmentada de 0,6 cm que por dermatoscopia mostraba un patrón homogéneo-retículo-globular con glóbulos asimétricos en periferia. En un área de la lesión se observaron quistes de *millium* y tapones córneos (fig. 2A).

La microscopía confocal mostró un patrón en panal de abejas en la epidermis y anillado en la unión dermo-epidérmica, con alguna zona con fusión de crestas. Además se observó un área con estructuras brillantes



**Figura 1** A) Imagen de dermatoscopia. Se señala, en recuadros negros, áreas con tapones córneos. B) Imagen de microscopía confocal de 3,5 × 3,5 mm. Patrón anillado en unión dermoepidérmica (flecha roja) y cordones policíclicos (flecha amarilla), y estructuras brillantes en anillo que simulan capas de cebollas (flecha verde). C) Obsérvese un nevus melanocítico juntural en transición con una queratosis seborreica, con su característico patrón reticulado.