

## Placa alopécica frontoparietal

Moliner Barranco MA.<sup>1</sup>

*Sanidad mil. 2017; 73 (1): 66-67, ISSN: 1887-8571*

Mujer de 56 años de edad, sin antecedentes patológicos personales y familiares de interés, a excepción de presentar una menopausia precoz, entre los 41-43 años. Refiere que desde hace tres años nota la aparición de unas lesiones papulosas, eritematosas en los folículos del pelo de la región frontal que causaban discreto prurito. Con el tiempo el pelo de dicha zona se desprende, originando el retroceso de la línea de implantación del mismo. El proceso se extendió a la región temporoparietal tanto derecha como izquierda.

A la exploración observamos una zona alopécica en banda de 2 cm de anchura en la región frontal y de 3 cm en la temporoparietal. El tegumento no tiene alteraciones, es blancoamarillento, no se observan orificios foliculares y presenta positivo el signo de Jaquet.

Se le solicita un hemograma completo, bioquímica sanguínea, dosificación plasmática de testosterona, dehidroepiandrosterona forma sulfatada, proteína transportadora de hormonas sexuales y prolactina, siendo el resultado compatible con la normalidad.

Se practica una biopsia incisional en la región temporal izquierda, sobre la línea de implantación del pelo. El estudio histopatológico demostró la existencia de una atrofia dérmica y fibrosis perifolicular.



**Figura 1.** *Placa alopécica decha.*



**Figura 2.** *Placa alopécica izda.*



**Figura 3.** *Placa alopécica frontal.*

<sup>1</sup> Tcol. Medico (Ret).

Dirección para correspondencia: [mamolba@telefonica.net](mailto:mamolba@telefonica.net)

Recibido: 15 de noviembre de 2016

Aceptado: 13 de enero de 2017

## Diagnóstico: alopecia fibrosante frontoparietal

Fue Kossard<sup>1</sup>, en 1994, el que describió originariamente la alopecia frontal fibrosante (AFF). Desde entonces se han descrito un centenar de casos, lo que la hace una enfermedad poco frecuente. Se trata de una alopecia cicatricial adquirida de causa desconocida. La característica de este tipo de alopecias es la destrucción de los folículos pilosos por esclerosis y atrofia dérmica, lo que las hace permanentes. Clínicamente se traduce por la presencia de un tegumento blanco-amarillento o eritematoso, con superficie lisa y por plegarse con facilidad. El signo de Jaquet<sup>2</sup> o del pliegue es interesante en el pronóstico en la AFF, si es positivo la repoblación pilosa es improbable, excepto en la alopecia areata que es positivo y la repoblación es la norma. En condiciones normales no podemos pellizcar o plegar la piel del cuero cabelludo por estar situada directamente sobre la galea y el periostio y llena de folículos. La AFF afecta a mujeres de edad media y avanzada, entre los 45-82 años, con una edad media de presentación de 63,15 años. Se inicia en mujeres menopáusicas<sup>3</sup> en un 94,87%, si bien un 5,13% de las mujeres con este cuadro son premenopáusicas, de tal suerte que hay autores como Moreno Ramírez y Camacho Martínez<sup>4</sup> que desvinculan este tipo de alopecias del estado hormonal de la paciente. La regresión de la línea de implantación del pelo en la región frontoparietal de forma progresiva ocurre en el 100%<sup>5</sup> de los casos, condición sine qua non para establecer el diagnóstico. La causa es el padecimiento previo de un liquen plano folicular con inflamación y posterior destrucción de la unidad pilosebácea por cicatrización de la misma. El liquen plano folicular ocurre en el 72% de los casos<sup>2,5</sup>. Tras varios años el proceso suele ceder espontáneamente. Empero, en ocasiones, el cuadro sigue progresando paulatinamente durante muchos años llegando a la pérdida total del cabello de la región frontoparietal, originando un patrón conocido como alopecia de payaso<sup>5</sup>. Normalmente la anchura de la banda alopécica suele ser entre los 0,5-8 cm de anchura. Aunque la regresión de la línea de implantación es frontoparietal, se describió un caso que incluía también la recesión de la implantación occipital<sup>5</sup>. En el 96% de los casos aparecen signos de atrofia y borramiento de los folículos<sup>5</sup>. Otros signos que podemos encontrar son la alopecia de las cejas en un 62,82%, siendo característica la alopecia del tercio lateral de las mismas. Una de las pacientes de Kossard<sup>3</sup> presentaba también, alopecia de las pestañas. La alopecia puede afectar a las axilas en un 14,10%<sup>3,5</sup>. Se acompaña de prurito en un 8% y en el 50% suele asociarse a liquen plano<sup>5</sup>.

El diagnóstico diferencial debemos establecerlo con otras alopecias cicatriciales como el síndrome de Picardi-Lassueur-Graham Little, pero el patrón de distribución, la afectación de cejas, axilas y vello corporal, así como la presencia de otras manifestaciones cutáneas asociadas como la presencia de espinas foliculares y queratosis folicular generalizada en tronco y miembros, permitirán el diagnóstico.

La histopatología tiene interés en los estadios iniciales en el que cada uno de los procesos a diferenciar presentaría un infiltrado más o menos típico. En estadios finales de las alopecias cicatriciales se caracteriza la histopatología por fibrosis del folículo en ausencia de infiltrado inflamatorio. Por lo que el estudio histopatológico en estos estadios es irrelevante.

La analítica también carece de interés, ya que en las series estudiadas el hemograma, las hormonas tiroideas, las sexuales, la función hepática, la serología VHC, anticuerpos antinucleares y la prolactina, fueron negativos o se encontraban dentro de los valores normales<sup>5</sup>.

Los tratamientos empleados en las AFF han sido poco efectivos. Los corticoides por vía oral pueden ser eficaces en las fases iniciales, frenando el retroceso de la línea de implantación del pelo en el 42,9% de las pacientes tratadas a la dosis de 0,5-1 mg/kg/día de prednisona tras 3-18 meses, los dermocorticoides, la finasterida a 2,5 mg/día proporcionan un beneficio escaso, mientras que la griseofulvina, la isotretinoína, el tracolimus, el pimecrolimus, la ciclosporina y otros no aportaron beneficio alguno<sup>5</sup>.

No se le prescribe tratamiento alguno.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Kossard S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia. Scarring alopecia in a pattern distribution. Arch Dermatol. 1994 Jun;130(6):770-4. Erratum in: Arch Dermatol 1994 Nov;130(11):1407.
2. Moreno-Ramírez D., Fernández L., Camacho F. Alopecia frontal fibrosante. Valoración diagnóstica y terapéutica. Actas Dermosifiliogr 2007;98:594-602.
3. Kossard S., Lee M.S., Wilkinson B. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: a variant of lichen planopilaris. J Am Acad Dermatol. 1997 Jan;36(1):59-66.
4. Moreno-Ramírez D. Camacho Martínez F. Frontal fibrosing alopecia: a survey in 16 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005 Nov;19(6):700-5.
5. Escalonilla P., Soriano ML., Grilli R., Fariña MC., Martín L., Requena L., De Castro A. Alopecia frontal fibrosante postmenopáusica: una variante de liquen plano folicular de localización peculiar. Actas Dermosifiliogr 1999;90:185-187.