

Alopecia en placas: A propósito de un caso

Patchy alopecia: Report of a case

Marisol Lázaro Lorente¹, Gonzalo Blasco Morente²

¹Facultad de Medicina, Universidad de Granada

²Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Resumen

Las alopecias no cicatriciales son reversibles, en las cuales el folículo piloso se encuentra alterado pero no es destruido por completo (se visualizan los orificios pilosos), por lo que tienen mejor pronóstico. Es imprescindible saber diferenciar las características tricoscópicas y del tricograma de las alopecias no cicatriciales para poder diagnosticar de tricotilomanía, ya que es un diagnóstico de exclusión. Se describe, en este caso, el diagnóstico diferencial con: alopecia areata, alopecia traccional, tinea capitis y nódulos asépticos y alopecicos del cuero cabelludo (NAACC) o pseudoquistes.

Abstract

Non-scarring alopecias are reversible, in which the hair follicle is altered but not completely destroyed (dots are visualized) so they have a better prognosis. It is essential to know how to differentiate the trichoscopic and trichogram characteristics of non-scarring alopecias in order to diagnose trichotillomania, since it is a diagnosis of exclusion. We describe, in this case, the differential diagnosis with: alopecia areata, tractional alopecia, tinea capitis and aseptic and alopecic nodules of the scalp or pseudocysts.

Palabras clave: Alopecia no cicatricial, diagnóstica diferencial, tricotilomanía.

Keywords: Non-scarring alopecia, differential diagnosis, trichotillomania.

INTRODUCCIÓN

Las alopecias no cicatriciales son reversibles, en las cuales el folículo piloso se encuentra alterado pero no es destruido por completo (se visualizan los orificios pilosos), por lo que tienen mejor pronóstico. Dentro de las alopecias no cicatriciales nos encontramos con: alopecia areata, alopecias mecánicas como la traccional y tricotilomanía, alopecia androgenética y efлюvio telogen/anagen.

La tricotilomanía es un trastorno autoinflingido, de manera consciente o inconsciente, en la cual el paciente tiene el impulso de retorcerse o tirarse del pelo y obtiene alivio o placer al realizarlo.¹

Se considera una psicodermatosis, ya que se relaciona con trastornos en el control de impulsos, ansiedad, depresión y tics nerviosos.

Afecta en torno al 1% de la población aproximadamente, es más frecuente en personas jóvenes y niños. Las mujeres tienen más probabilidad de desarrollarla que los hombres.²

Se presenta un caso clínico de tricotilomanía focal, poco frecuente, sobre quiste triquilemal.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años que consulta por una placa alopecica en cuero cabelludo de 2-3 años de evolución, con prurito y dolor ocasional asociado. Nunca ha presentado supuración.

Antecedentes personales de artrogriposis múltiple congénita e hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox y Diazepam.

En cuanto a la exploración, se observó una placa alopecica de 2 cm de eje mayor en la región interparietal, con límites irregulares, sin signos de inflamación ni descamación.

A la palpación se detectó un quiste de 0,6 cm de eje mayor desplazable sobre planos profundos.

Se realizó tricoscopia, en la cual se visualizan cabellos en sacacorchos, puntos negros, cabellos en maza y cabellos cortados a diferente nivel (figura 1 - ver en la página siguiente).

Como prueba complementaria, se le realizó una ecografía en cuero cabelludo, en la cual se visualizó una lesión hipocóica con sombra acústica posterior y refuerzos laterales, con microcalcificaciones en el interior, compatible con un quiste triquilemal (figura 2 - ver en la página siguiente).

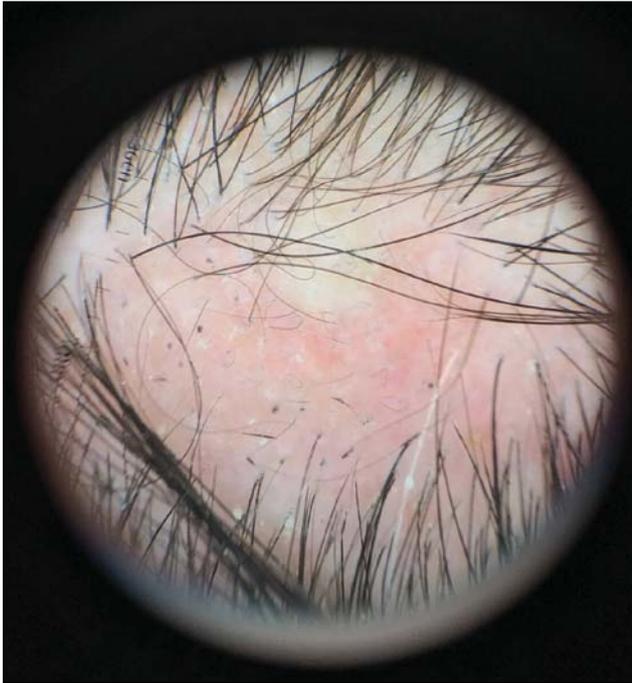


Figura 1: tricoscopia de tricotilomanía.

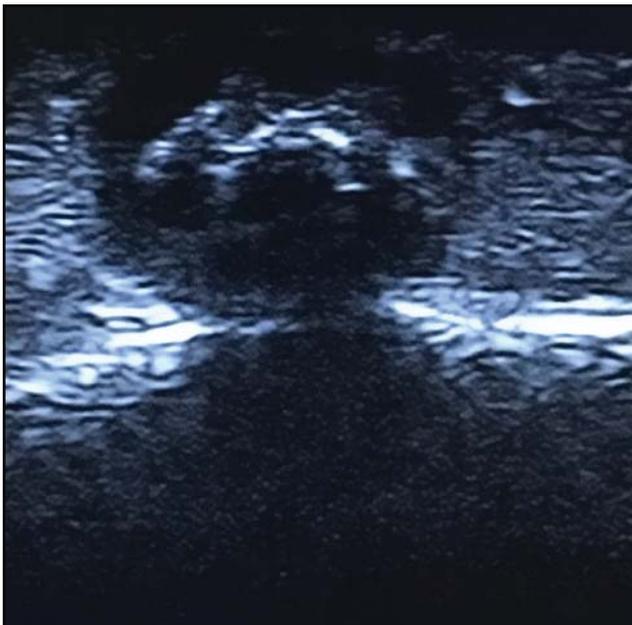


Figura 2: Imagen ecográfica de quiste triquilemal.

Posteriormente, se realizó extirpación del quiste completo y se le recomendó no traumatizar la lesión, observando mejoría progresiva.

DISCUSIÓN

Este caso clínico tiene la peculiaridad de ser una forma de tricotilomanía poco frecuente, al estar localizada en una placa alopécica sobre un quiste triquilemal. Ésta se formó como consecuencia de la manipulación frecuente del pelo porque la paciente sentía alivio.

La tricotilomanía puede estar asociada con el trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar, depresión, ansiedad,

etc. Pero no siempre está asociada a otros trastornos mentales ni es consecuencia de ellos.³

Generalmente, se observa una alopecia difusa o multifocal en cuero cabelludo e incluso en otras partes del cuerpo, al contrario que en nuestro caso, lo que lo hace excepcional.

En la tricoscopia, se detectan cabellos cortados a diferente longitud, puntos negros, cabellos en maza y cabellos en sacacorchos. En el tricograma, se aprecian cabellos con extremo distal en corte limpio.⁴ Histopatológicamente, la tricotilomanía presenta una ausencia de infiltrado inflamatorio peribulbar, alternancia de folículos pilosos dañados junto con otros no afectados, los dañados presentan tricomalacia (muy característico), incontinencia pigmentaria, hemorragia intra y perifolicular.¹

La tricotilomanía es un diagnóstico de exclusión, por lo que es necesario descartar otras alopecias no cicatriciales. Se describen características tricoscópicas y del tricograma de alopecias no cicatriciales en placas (Tabla 1):

Alopecias no cicatriciales en placas	Características
ALOPECIA AREATA	Una o varias placas alopécicas bien delimitadas. Cabellos en signo de admiración, puntos amarillos, cabellos rotos. Cabello con extremo distal en pincel.
ALOPECIA TRACCIONAL	Placas alopécicas lineales o alargadas en zona marginal temporoparietal. Vainas peripilares.
TINEA CAPITIS	Una o varias placas alopécicas con descamación y prurito. Cabellos en coma. Luz de Wood: fluorescencia verdosa.
NAACC (Nódulos asépticos y alopécicos del cuero cabelludo)	Alopecia en placa temprana coincidiendo con la formación del nódulo. Cabellos rotos, puntos amarillos y negros.

Tabla 1: tabla diagnóstico diferencial de alopecias no cicatriciales en placas.

-Alopecia areata: la patogenia más aceptada es la de proceso autoinmune. Afecta con más frecuencia a niños y jóvenes, aunque puede verse a cualquier edad. Clínicamente se presenta como una o varias placas alopécicas ovaladas o redondas, bien delimitadas. Pueden aparecer en cuero cabelludo o en cualquier otra parte del cuerpo.

Lo más característico en la tricoscopia, son los cabellos en signo de admiración (pelos peládicos), puntos negros y amarillos y pelos rotos.^{1,3}

En cuanto al tricograma, se aprecian tallos con estrecheces y extremo distal en pincel.⁴

Histopatológicamente, existe un infiltrado inflamatorio de linfocitos (T CD4) que rodean el bulbo de folículos en anagen, dando lugar a una imagen característica en panel de abejas.¹

Suele resolverse en cuestión de 6 meses o 1 año, se repoblará con pelo claro o blanco que volverá a su tono normal con el tiempo.

-Alopecia traccional: se considera parcialmente cicatricial secundaria a la tensión ejercida por ciertos peinados prolongados en el tiempo.

En la clínica se observan placas alopécicas lineales o alargadas en zona marginal temporoparietal.

La tricoscopia muestra vainas peripilares que indican tracción activa. Con el tiempo, puede llevar a una alopecia cicatricial produciéndose el síndrome de degeneración folicular. En la histología no existe infiltrado inflamatorio y disminución de folículos pilosos terminales.^{1,5}

-*Tinea capitis*: es una micosis del cuero cabelludo, existen diferentes agentes patógenos, los más comunes son *Trichopyton* y *Mycrosporium*. Se presenta con una o varias placas alopécicas parcheadas con signos de descamación y prurito, es más frecuente en niños y jóvenes, en medios rurales o con animales. Su diagnóstico es clínico y mediante luz de Wood, en la cual se visualiza con fluorescencia verdosa, en algunos casos. En tricoscopia pueden apreciarse pelos en coma, descamación y eritema. El tratamiento se realiza con antifúngicos orales, cuando cura no suele dejar alopecia cicatricial.⁶

-NAACC (nódulos asépticos y alopécicos del cuero cabelludo) o pseudoquistes: no son verdaderos quistes, pues carecen de verdadera pared. Afecta a varones jóvenes, son nódulos alopécicos en forma de cúpula, asintomáticos, principalmente aparecen en vértex. La alopecia es temprana y coincide con la formación del nódulo. Mediante punción se aprecia un líquido amarillo citrino. Para diferenciarlos, del quiste triquilemal, éste presenta un líquido seropurulento, con olor fétido y contiene una verdadera pared y forma quística en la ecografía, además raramente presenta alopecia temprana. En la tricoscopia, NAACC presenta cabellos rotos, puntos amarillos y negros; el quiste triquilemal rara vez produce alopecia, su superficie suele ser normal.⁷

Para el tratamiento de la tricotilomanía, se puede utilizar N-acetilcisteína entre 1200-2400 mg/día durante 2-3 meses. Además, en ocasiones, es necesario asociar ansiolíticos o antidepressivos (ISRS, Fluoxetina).^{2,3}

El tratamiento mejora el arrancamiento del cabello, así como los síntomas de ansiedad, depresión y control de impulsos. Aunque hay autores, que afirman que la tricotilomanía persiste durante toda la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernárdez C, Molina-Ruiz AM, Requena L. Histopatología de las alopecias. Parte I: alopecias no cicatriciales. *Actas Dermosifiliogr.*2015; 106:158-167.
- Barroso LAL, Sternberg F, Souza MNIF, Nunes GJB. Trichotillomania: a good response to treatment with N-acetylcysteine. *An Bras Dermatol.*2017;92:537-9.
- Pinto ACVD, Andrade TCPC, Brito FF, Silva GV, Cavalcante MLLL, Martelli ACC. Trichotillomania: a case report with clinical differential diagnosis and dermatoscopic with alopecia areata. *An Bras Dermatol.* 2017;92:118-20.
- Serrano-Falcón C, Fernández-Pugnaire MA, Serrano-Ortega S. Evaluación del pelo y cuero cabelludo: tricograma. *Actas Dermosifiliogr.*2013;104:867-876.
- Ézsöl-Lendvai Z, Iñiguez-de Onzoño L, Pérez-García L. Placas alopécicas en una cocinera. *Actas Dermosifiliogr.*2016;107:339-340.

- Rebollo N, López-Barcenas AP, Arenas R. Tiña de la cabeza. *Actas Dermosifiliogr.*2008;99:91-100.
- Garrido-Colmenero C, Arias-Santiago S, Aneiros-Fernández J, García-Lora E. Trichoscopy and ultrasonography features of aseptic and alopecic nodules of the scapl. *JEADV.*2016;30:507-509.