

Alopecias cicatriciales

Dra. Griselda de Anda



Ex Profesora de la Cátedra de Dermatología.
Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

Jefe del Centro Dermatológico
de la Asociación Española

Médico Referente en Dermatología
Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay

- El cabello es uno de los caracteres humanos que confieren aspectos de identidad, etnicidad, autoestima y salud entre otros atributos.
- Aquellas afecciones que conllevan su pérdida traen inevitablemente interacciones psicosociales de gran importancia en el ser humano.
- En todas las alopecias y más aún, en las alopecias cicatriciales, el diagnóstico inmediato y la intervención terapéutica son imperiosas.

Alopecias cicatriciales

La clave diagnóstica de toda alopecia cicatricial es la pérdida visible de los ostium foliculares y la destrucción del folículo en la histopatología. Ello puede ser consecuencia de un proceso primario o secundario.

En el primer tipo es el folículo piloso el objeto del ataque patológico —caso de un lupus eritematoso discoide en el cuero cabelludo (LEDC) o de una foliculitis decalvante— (FD). En los segundos, una enfermedad no pilosa indirectamente determina la destrucción pilar, como quemaduras, sarcoidosis, ampollares autoinmunes, tiña capitis, entre otros ejemplos de causas endógenas y exógenas.

Existen varios esquemas de clasificación de Alopecias Cicatriciales basados en la edad de comienzo, rasgos clínicos, y patología. Adoptamos la clasificación de la *North American Hair Research Society*, cuya categorización se basa en el tipo principal de célula inflamatoria en la etapa activa de la afección.

Clasificación de Alopecias Cicatriciales

Linfocítica

Lupus eritematoso cutáneo crónico

Liquen planopilaris

Pseudopelada clásica de Brocq

Alopecia mucinosa

Neutrófila

Foliculitis decalvante

Perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens

Mixta

Foliculitis-acné-queloides

Foliculitis-acné-necrótica

Alopecias cicatriciales linfocíticas

Lupus eritematoso discoide crónico

En cuero cabelludo el Lupus eritematoso puede aparecer aislado. El paciente puede no manifestar otras manifestaciones ni datos serológicos de lupus eritematoso.

En el plano clínico se caracteriza por la presencia de eritema, escama, hipo o hiperpigmentación variable y la presencia de tapones foliculares y escamas. No existe lugar predilecto y con la evolución se asiste a la formación de una placa discoide, con escama adherente, con prurito.

La causa y patogenia del lupus discoide es aún mayormente desconocida, pero en aquellos individuos susceptibles la exposición ultravioleta parece ser un factor clave.

Afecta más a mujeres que a hombres, no existe predilección racial. El compromiso del cuero cabelludo es frecuente en pacientes con Lupus - 35 a 56% - y en más de la mitad de los casos es el primer compromiso de la afección. El diagnóstico diferencial es sencillo si existen otras manifestaciones extracraneanas de Lupus, pero el compromiso precoz y aislado de esta alopecia puede imitar una psoriasis, una tiña capitis, una alopecia mucinosa, un liquen plano pilar. Como una clave útil, el sitio más afectado es habitualmente el centro de la placa de Lupus discoide.

La histopatología es a menudo necesaria para el diagnóstico. Se observa una degeneración vacuolar de la capa de células basales, un infiltrado linfoide perivascular y perianexial, aumento de la mucina en el dermis, y en etapas crónicas se asocia la presencia de una membrana basal engrosada, claramente visible con la técnica de PAS. (Foto 1)