

## Niño con placa alopécica lineal. ¿Cuál es su diagnóstico?

### Child with linear alopecic plaque. What is your diagnosis?

Claudia Barreto<sup>1</sup> , Ana Buongermini<sup>2</sup> , Beatriz Di Martino<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Dermatólogo. Especialista en Medicina Interna. Práctica privada.

<sup>2</sup> Dermatólogo pediátrico. Especialista en Pediatría. Práctica privada.

<sup>3</sup> Dermatopatólogo. Profesor Adjunto de Dermatología. Práctica privada.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO:

##### Historia Clínica:

Varón de 4 años, sin antecedentes patológicos personales ni familiares, es traído a la consulta por la madre al percatarse de la pérdida de pelo del cuero cabelludo que se extiende hasta la frente. Niega prurito, descamación u otros síntomas. El cuadro inicia hace 4 meses, sin relación con enfermedad sistémica ni toma de medicación o vacunación previa. Consultó con pediatra quien indicó tratamiento con ketoconazol al 2% en crema, sin mejoría tras dos meses de aplicación, por lo cual el mismo lo deriva al dermatólogo.

##### Examen Físico:

Placa alopécica de bordes irregulares y límites netos que se extiende linealmente desde el ápex del cuero cabelludo hasta la región frontal izquierda, abarcando un área de 120 x 10 mm. No se observan descamación ni eritema. Ausencia de cambios patológicos en las uñas, piel o mucosas. La prueba de pilotracción es positiva (Figura 1).

Dermatoscopia: hiperqueratosis perifolicular, puntos blancos (Figura 2 AyB).

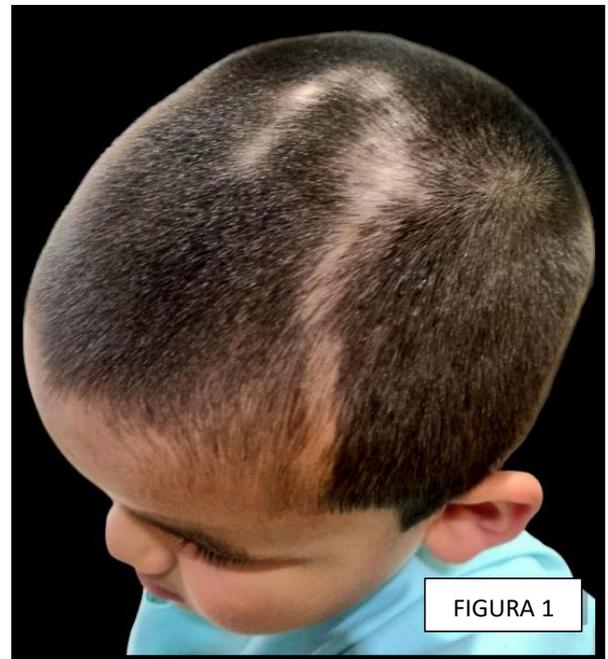


FIGURA 1

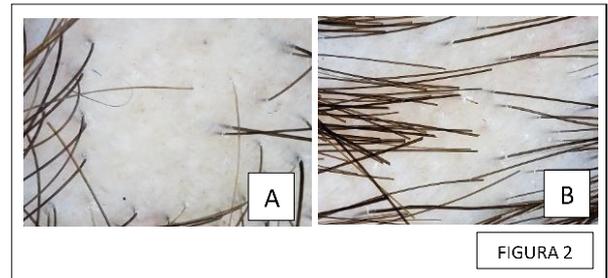


FIGURA 2

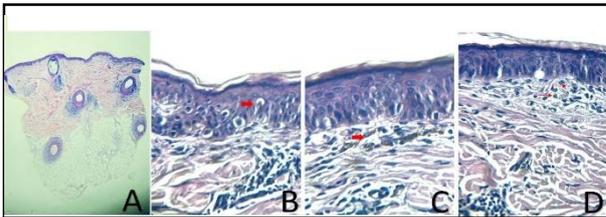
##### Autor correspondiente:

Dra. Claudia María Barreto Spandonari

Email: claudia.spandonari@gmail.com

### Histopatología:

Biopsia con punch de 3 mm y se procesa de manera rutinaria. Epidermis levemente atrófica, con pérdida de redes de crestas, degeneración vacuolar basal y disqueratocitos intraepidérmicos (Civatte) focales y sutiles. La capa granulosa está presente y hay queratinización ortoqueratósica. Se observan melanófagos dérmicos superficiales (incontinencia pigmentaria) e infiltrado linfocitario superficial y profundo de disposición perifolicular preferente (Figura 3).



- A. A menor aumento se observa atrofia epidérmica, infiltrado linfocitario que es sobre todo dérmico superficial y perifolicular. HE 4x).
- B. Disqueratocito intra epidérmico (Civatte) señalado con flecha (HE 40X).
- C. Incontinencia pigmentaria. Los melanofagos dérmicos superficiales son los señalizados con la flecha (HE 40X).
- D. Dos cuerpos coloides dérmicos (flechas delgadas) (HE 40X).

FIGURA 3

### Laboratorio:

Analítica sanguínea sin alteraciones en el hemograma ni en la química sanguínea. Serología para sífilis así como para los virus de la hepatitis B, C y HIV son no reactivas.

### Diagnóstico:

Liquen plano pilar.

### Tratamiento y Evolución:

Recibe corticosteroides de alta potencia y minoxidil al 5% tópicos, fototerapia con UVBnb de 311nm trisemanal; pilotracción negativa y repilación parcial a los 20 días de iniciado el tratamiento, actualmente en seguimiento (Figura 4).

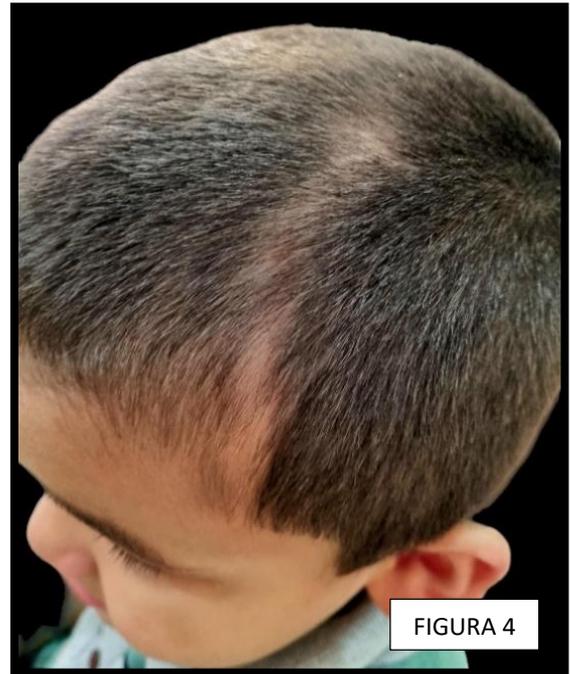


FIGURA 4

### Comentarios:

Ante un paciente con pérdida de pelo es importante establecer el tipo de alopecia mediante una buena evaluación clínica que comprenda una historia clínica detallada, un examen dermatológico que incluya piel y anexos, junto con un examen tricoscópico y, para confirmar el diagnóstico, habitualmente es necesaria una biopsia del área afectada.

El liquen plano pilar (LPP) forma parte de las alopecias cicatriciales primarias (ACP) de tipo linfocítica (Tabla 1).

Las ACP son un grupo de enfermedades foliculocéntricas en las que el folículo piloso es la principal diana del proceso inflamatorio, mientras que la dermis interfolicular queda respetada<sup>(1)</sup>. En esta alopecia el folículo es sustituido por tejido fibroso cicatricial causando, generalmente, la pérdida permanente del cabello<sup>(2)</sup>. Las ACP representan alrededor del 3% del total de las alopecias<sup>(1)</sup> y se clasifican según el tipo de celularidad en el infiltrado inflamatorio en linfocíticas, neutrofílicas y mixtas. La patogenia de las ACP no se conoce con exactitud<sup>(2)</sup>.

**Tabla 1.**

Composición mayoritaria del infiltrado inflamatorio	Entidades
Linfocíticas	Lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC)
	Liquen plano folicular (LPF)
	Pseudopelada de Brocq
	Alopecia cicatricial centrífuga central (ACCC)
	Alopecia mucinosa
	Queratosis folicular espinulosa decalvante (QFED)
Neutrófilicas	Foliculitis decalvante (FD)
	Celulitis/foliculitis disecante
Mixtas	Acné queiloideo de la nuca (AQN)
	Acné necrótica varioliforme
	Dermatosis pustulosa erosiva
No específicas	

El liquen plano pilar (LPP), es la ACP más frecuente<sup>(3)</sup> y se divide en 3 tipos según la presentación clínica: el LPP clásico, la alopecia frontal fibrosante (AFF) y el síndrome de Graham Little, las cuales son histopatológicamente indistinguibles.

El LPP se presenta como placas de alopecia con distribución centrífuga desde el vértex, con pápulas foliculares hiperqueratósicas, concomitantemente pueden existir lesiones de liquen plano en otras áreas (piel o mucosas), contribuyendo a la sospecha clínica<sup>(4)</sup>. El LPP es más frecuente en adultos de mediana edad con ligero predominio femenino<sup>(5,6,7)</sup>. Contados son los casos de LPP reportados en niños<sup>(4,8)</sup>, donde en menos del 20% de los casos la alopecia es cicatricial. Las comorbilidades asociadas son hipotiroidismo, dislipidemia, hipertensión y depresión<sup>(7)</sup>. El eritema e hiperqueratosis a la tricoscopia revelan una fase activa del LPP, siendo estas las zonas más rentables para realizar una biopsia<sup>(5)</sup>.

Al examen histológico se observa una dermatitis de interfase linfocitaria liquenoide que respeta la epidermis y la dermis interfolicular con disposición perifolicular. Los cuerpos de Civatte son caracterís-

ticos del LPP pero también pueden observarse en el LECC, siendo este el diagnóstico diferencial histopatológico más complicado, donde la clínica y el estudio de IFD son de especial utilidad<sup>(2,9)</sup>.

El objetivo principal del tratamiento es prevenir la progresión. Los corticoides intralesionales y tópicos de alta potencia se consideran de primera línea<sup>(10)</sup>, como monoterapia o asociados a otros fármacos. Los esteroides orales, la ciclosporina, el metotrexato, y la hidroxiclороquina se reservan para casos extensos.

#### **Conflicto de Intereses:**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

#### **Declaración de contribución de los autores:**

BC y DMB concibieron y diseñaron el estudio. BC, DMB y BA contribuyeron a la adquisición de datos y la interpretación. BC, DMB y BA escribieron el manuscrito. Todos los autores contribuyeron a la discusión, revisión y aprobación del manuscrito final.

### Financiamiento:

Este reporte de caso fue realizado mediante financiación propia.

### Datos de pacientes:

Hemos obtenido el consentimiento informado del sujeto de este estudio.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abal-Díaz L, Soria X, Casanova-Seuma J. *Alopecias cicatriciales*. Actas Dermosifiliogr. 2012;103(5):376-387. doi:10.1016/j.ad.2011.07.002.
2. Bernárdez C, Molina-Ruiz AM, Requena L. *Histologic features of alopecias: part II: scarring*
3. Filbrandt R, Rufaut N, Jones L, Sinclair R. *Primary cicatricial alopecia: diagnosis and treatment*. CMAJ. 2013; 185 (18): 1579-85. doi: 10.1503/cmaj.111570.
4. Hamid MAB, Tariq S. *Scarring Alopecia With Coexisting Lichen Planus in a Child: A Rare Phenomenon*. Cureus. 2021 Jul 29;13(7):e16730. doi: 10.7759/cureus.16730.
5. Fernández-Domper L, Ballesteros-Redondo M, Vañó-Galván S. *Actualización en tricoscopia*. Actas Dermosifiliogr. 2023; 114 (4): 327-333. doi:10.1016/j.ad.2022.12.003.
6. Soares V, Mulinari-Brenner F, Souza TE. *Lichen planopilaris epidemiology: a retrospective study of 80 cases*. An Bras Dermatol. 2015;90(5):666-70. doi: 10.1590/abd1806-4841.20153923.
7. Mardones F, Shapiro J. *Lichen planopilaris in a Latin American (Chilean) population: demographics, clinical profile and treatment experience*. Clin Exp Dermatol. 2017;42(7):755-759. doi:10.1111/ced.13203.
8. Christensen KN, Lehman JS, Tollefson MM. *Liquen planopilar pediátrico: estudio clínico-patológico de cuatro nuevos casos y revisión de la literatura*. Pediatr Dermatol. 2015;32(5): 621-7. doi:10.1111/pde.12624.
9. Kanti V, Röwert-Huber J, Vogt A, Blume-Peytavi U. *Cicatricial alopecia*. J Dtsch Dermatol Ges. 2018;16(4):435-461. doi:10.1111/ddg.13498.
10. Fachine C, Valente N, Romiti R. *Lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia: review and update of diagnostic and therapeutic features*. An Bras Dermatol. 2022;97(3):348-357. doi: 10.1016/j.abd.2021.08.00