

Trasplante capilar en una paciente con alopecia fibrosante frontal asociada con liquen escleroatrófico de vulva

Hair transplantation in a patient with frontal fibrosing alopecia associated with lichen scleroatrophicus vulvae

Adriana Gurfinkiel,¹ Horacio García Igarza,² José Casas³ y Ana Kaminsky⁴

RESUMEN

La alopecia fibrosante frontal (AFF) puede representar una variedad del liquen plano pilaris. Se presenta una paciente con AFF asociada con liquen escleroatrófico de vulva que fue tratada con finasteride (1 mg/día) y aplicaciones tópicas de minoxidil al 2% dos veces al día. Se le efectuaron microtrasplantes de pelo en la zona alopécica frontal y frontoparietal, con resultado excelente que se mantiene 6 años después. Los microtrasplantes capilares pueden ser considerados una alternativa terapéutica no convencional (*Dermatol. Argent.* 2011 17(2):110-115).

Palabras clave:

alopecia cicatrizal, patrón femenino de pérdida de pelo, alopecia androgenética, microtrasplante de pelo.

ABSTRACT

The frontal fibrosing alopecia (FFA) may represent a variety of lichen planopilaris. We hereby report a female patient with frontal fibrosing alopecia associated with lichen scleroatrophicus vulvae, who was treated with finasteride (1 mg/day) and 2% topical minoxidil twice daily. Hair microtransplants were successfully performed in the frontal and frontoparietal alopecic area. Excellent results remain 6 years after surgery. Hair microtransplants may be considered an unconventional alternative therapeutic option (*Dermatol. Argent.* 2011 17(2):110-115).

Keywords:

cicatrical alopecia, female pattern hair loss, androgenetic alopecia, micro-graft hair transplantation.

Fecha de recepción: 30/4/2010 | Fecha de aprobación: 10/6/2010

Introducción

La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una forma de alopecia cicatrizal, caracterizada por la recesión progresiva de la línea anterior de implantación del pelo en el cuero cabelludo, acompañada a menudo por la pérdida o la disminución de las cejas. La histología muestra un infiltrado linfocitario liquenoide semejante al del liquen plano pilaris.

En 1994 Kossard describió este cuadro exclusivo de la mujer posmenopáusica, pero en la actualidad se han informado casos en mujeres premenopáusicas y algunos pocos en hombres.¹

1 Médica dermatóloga

2 Ex jefe de Cirugía Plástica

3 Profesor titular consulto de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

4 Profesora titular consulta de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Médica Honoraria del Hospital Carlos G. Durand

Hospital General de Agudos Carlos G. Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Ana Kaminsky: Ayacucho 1570, 5º piso (1112), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Las características histológicas son indistinguibles de las del liquen plano pilaris (LPP) clásico, por lo que se considera que la AFF es una variedad del LPP con compromiso selectivo del área frontal.²

Caso clínico

Mujer de 62 años que consultó por alopecia del cuero cabelludo.

Antecedentes personales: menopausia a los 48 años.

Liquen escleroatrófico de vulva (LEA) y región perineal que había comenzado 8 meses antes de la consulta. Nódulos tiroideos no funcionantes desde los 40 años, patrón femenino de pérdida de pelo (PFPP) –antes denominada alopecia androgénica femenina (AAF)– desde los 52 años.

Antecedentes familiares: sin particularidades.

Antecedentes de la enfermedad en curso. La alopecia, que había comenzado tres años antes, avanzó en forma gradual en el área frontal y frontotemporal, lo que determinó un retroceso de la línea anterior de implantación de pelo. Durante estos años la paciente concurrió a varias consultas dermatológicas en las que se le diagnosticó alopecia areata, alopecia androgénica o ambas. Llevó a cabo múltiples tratamientos con corticoides tópicos, minoxidil al 2 y al 5%, y masajes en el cuero cabelludo, entre otros.

Estado actual. En el cuero cabelludo se observó una banda alopécica de predominio frontal y frontotemporal, con la resultante recesión frontal de la línea de implantación del pelo (foto 1). En esa zona la piel era de aspecto liso, suave al tacto y sin orificios foliculares (foto 2). Inmediatamente por detrás de esta área había pelos con las características típicas de la enfermedad activa, como eritema perifolicular e hiperqueratosis, los que delimitaban una nueva línea de implantación con aspecto de dientes de sierra. También había menos folículos pilosos en ambas cejas. Se efectuó el diagnóstico clínico de alopecia fibrosante frontal.

PFPP: signo del arrancamiento (*pull test*) positivo en la región frontoparietotemporal.

LEA: en la vulva había atrofia de los labios menores y leucomelanoderma, además de sensación de prurito y sequedad.

Exámenes complementarios. Laboratorio de rutina, exámenes inmunológicos y estudios hormonales –tiroides, ovario, suprarrenales e hipófisis–, todos con resultados normales.

Histopatología. Se efectuaron dos tomas biopsias de cuero cabelludo.

- **Biopsia del área con folículos pilosos:** la piel presentaba hiperqueratosis folicular moderada. En la dermis reticular superficial había una infiltración linfocitaria perifolicular moderada, que comprometía la interfaz conjuntivo-epitelial (foto 3 A).
- **Biopsia del área alopécica:** se comprobó la ausencia de folículos pilosos, y en su reemplazo, bandas de fibrosis. Persistían algunos músculos piloerectores (foto 3 B).

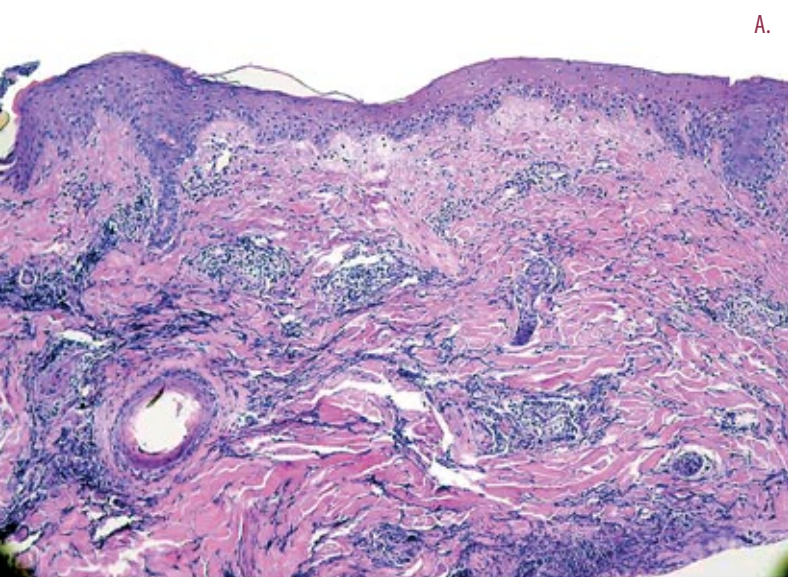
Diagnóstico histopatológico: alopecia fibrosante frontal (variedad de liquen plano pilar).



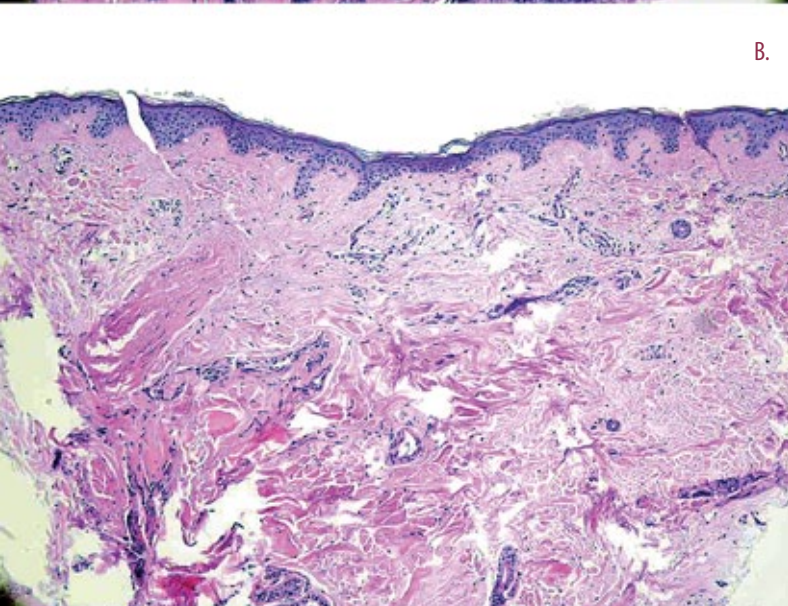
Foto 1: Retroceso de la línea anterior de implantación del pelo.



Foto 2: Zonas alopécicas frontoparietotemporales.



A.



B.

Foto 3: A. Hiperqueratosis folicular moderada. En la dermis reticular superficial se observa infiltración linfocitaria perifolicular (H-E).
B. Ausencia de folículos pilosos, bandas de fibrosis (H-E).

Tratamiento

En diciembre de 2003, ante el fracaso de los tratamientos realizados y considerando la ansiedad de la paciente, se decidió efectuar el tratamiento quirúrgico. La técnica utilizada fue el microtrasplante capilar en la banda alopécica frontoparietal. En dos sesiones quirúrgicas, con un año de intervalo entre ambas, se injertaron alrededor de 2.000 pelos provenientes de la región occipital (zona dadora) en unidades foliculares de 1, 2 y 3 folículos pilosos. En el área frontoparietal y en la parte superior de la patilla sólo se colocaron unidades foliculares de un solo folículo, mientras que en la zona frontal se

injetaron unidades foliculares con 2 o 3 pelos, para brindar mayor densidad (foto 4). En la franja de cuero cabelludo anterior se aplicó una solución de betametasona al 0,1%, 1 vez por día.

La alopecia androgenética se trató con aplicaciones tópicas de 20 gotas (1 cm³) de minoxidil al 2%, 2 veces por día, y por vía sistémica con 1 mg/día de finasteride, medidas terapéuticas que se mantienen hasta el presente. A pesar de que la paciente fue informada acerca de la probable falla de los trasplantes, igual decidió someterse al procedimiento quirúrgico.

Evolución

Los trasplantes fueron exitosos en el 85% de las unidades implantadas, y en la actualidad, 6 años después, los pelos trasplantados se mantienen (fotos 5 y 6).

La respuesta terapéutica de la alopecia patrón femenino fue muy buena, la caída de pelo disminuyó a límites normales a los tres meses de iniciado el tratamiento y a los seis meses se observó crecimiento del pelo de folículos miniaturizados.

Comentarios

Desde la publicación original de Kossard de esta forma de alopecia en mujeres posmenopáusicas, se han dado a conocer casos en premenopáusicas y en unos pocos hombres. Todos estos casos corresponden a individuos de edades comprendidas entre los 47 y los 83 años.

La alopecia frontal fibrosante (AFF) se caracteriza por la recesión simétrica del margen de implantación del pelo frontotemporal, que se extiende desde ambas zonas preauriculares, lo que da lugar a una disposición en banda alopécica de 3 a 6 cm de ancho. En esta área la piel se observa moderadamente atrófica, de aspecto liso y suave al tacto, sin folículos pilosos. La palidez de la zona suele contrastar con el tono normal de la frente; cuando el proceso está en actividad, en el margen del cuero cabelludo a veces se observa eritema perifolicular y leve aspereza al tacto. Con frecuencia se acompaña con disminución o falta de pelo en las cejas.

Las características histopatológicas varían de acuerdo con el período evolutivo del proceso. En lesiones recientes se puede observar hiperqueratosis folicular, con un infiltrado inflamatorio en el que predominan linfocitos, localizado más a menudo en la parte superior del folículo piloso. En lesiones crónicas el infiltrado es menos marcado; hay fibrosis perifolicular y folicular que ocasiona la alopecia cicatrizal.

En 1997, Kossard *et ál.* publicaron un estudio realizado en 16 mujeres con AFF y una de ellas con lesiones multifocales de liquen plano pilaris (LPP) en el cuero cabelludo, sin evidencia de liquen plano en otro sitio. En el estudio histológico de la línea frontal del cuero cabelludo las alteraciones eran idénticas a las del liquen plano pilaris, y las determinaciones del inmunofenotipo no revelaron diferencias entre

las lesiones de la línea frontal y las multifocales. La opinión de los autores es que la AFF es una variedad de LPP que afecta en particular a mujeres en la edad media de la vida o mayores, y que a menudo compromete las cejas.³

En 2005, Tosti *et ál.* estudiaron un grupo de 14 pacientes y encontraron que, en la zona frontal marginal y en las cejas, los infiltrados linfocíticos y la fibrosis afecta los folículos intermedios y los vellosos (vellus like) en mayor medida que los terminales. Consiste en un compromiso selectivo, de naturaleza desconocida, de ciertas áreas andrógeno-dependientes. Los autores consideran que la AFF puede ser una variedad de LPP y hacen referencia a que los folículos afectados podrían tener marcadores biológicos típicos, que darían cuenta de los hallazgos característicos, clínicos e histológicos, de esta enfermedad. También destacan que en algunas pacientes tratadas con finasteride (2,5 mg/día) se observó una detención del proceso; por esta razón, aunque no hay pruebas de la base hormonal de la enfermedad, la efectividad del finasteride puede indicar que los andrógenos podrían ser parcialmente responsables de la patogenia.⁴

En un estudio comparativo de ocho pacientes con AFF y ocho con LPP, Poblet *et ál.* observaron que a pesar de las diferentes características clínicas de los pacientes con AFF y LPP, los hallazgos histopatológicos en general fueron similares. Según estos autores, la destrucción de la vaina externa de la raíz al nivel del istmo, donde se supone que están localizadas las stem cells, es responsable de la alopecia cicatrizal irreversible. Las biopsias de pacientes con AFF mostraron menor inflamación folicular y más células apoptóticas que las de pacientes con LPP. En algunos casos de LPP, el infiltrado inflamatorio involucraba la epidermis interfolicular, pero esto nunca se vio en los casos de AFF. La inmunofluorescencia directa fue negativa en dos casos de AFF estudiados, pero mostró depósitos de inmunoglobulinas o complemento (o ambos) en dos de los cuatro casos de LPP examinados. Si bien los casos de AFF revelaron un patrón histopatológico ciertamente característico, no se hallaron diferencias histológicas claras entre AFF y LPP que permitan el diagnóstico histopatológico.⁵ Sin embargo, consideran que la AFF puede ser una variedad del LPP porque ambas entidades comparten un patrón de reacción inflamatoria común todavía cuestionable. Stefanato también comenta que, desde el punto de vista histopatológico, los rasgos del liquen plano pilar son similares en cualquiera de sus presentaciones clínicas.⁶ La asociación con liquen plano cutáneo fue hallada por Faulkner *et ál.* sólo en una mujer premenopáusica.⁷ En esta paciente, varios meses después del comienzo de la alopecia cicatrizal en banda, aparecieron múltiples pápulas pruriginosas con histopatología de liquen plano en las muñecas y los pies. Los mismos autores informan que sólo se hace referencia a un caso de AFF asociada a liquen plano mucoso en la publicación de Trüeb y Torriceli,⁸ y que ambos casos



Foto 4: Microtrasplante capilar 5 meses después de la cirugía.

avalan la hipótesis de que la AFF es una variedad del liquen plano pilaris.

Poblet *et ál.* sugieren que la alopecia cicatrizal del LPP y el lupus eritematoso pueden tener características histológicas semejantes y que algunos casos de alopecia androgenética también pueden mostrar un patrón de reacción liquenoide. Además, en ciertas dermatosis, como la reacción cutánea a fármacos y la enfermedad injerto versus huésped, puede observarse una reacción liquenoide epidérmica. Por tales razones estos autores prefieren considerar que la AFF es una de las causas de un patrón histológico denominado “linfocítico”, asociado a una alopecia cicatrizal primaria o a un tipo específico de alopecia cicatrizal linfocítica.⁵



Foto 5: Microtrasplante capilar 12 meses después de la cirugía.

Feldmann *et ál.* describieron la asociación de AFF en una paciente con liquen escleroatrófico de vulva.⁹ En 2002, Stockmeier *et ál.* presentaron un caso en un hombre y, en 2005, Kossard dio a conocer un caso típico de AFF que apareció 5 años después de varios trasplantes de pelo realizados desde 1971 a 1994 por alopecia androgenética.^{10,11}

Nosotros hemos observado doce casos de AFF, todos en edades comprendidas entre los 55 y los 72 años, entre ellos un hombre de 65 años con alopecia androgenética desde los 35 años, en quien a los 61 comenzaron a aparecer las lesiones típicas de la AFF en la región frontoparietal con extensión a la zona de la patilla. En todas las mujeres la alopecia comenzó en la posmenopausia sin otra enfermedad cutánea asociada, excepto la paciente con liquen escleroso y atrófico de vulva, motivo de esta presentación. En nuestros

pacientes, el estudio histopatológico reveló que las alteraciones foliculares eran semejantes a las del liquen plano pilar y que en la zonas alopécicas los folículos pilosos habían sido reemplazados por bandas de fibrosis.

Como el LPP clásico, la AFF es de causa desconocida. Al igual que las dermatosis liquenoides, es probable que una reacción autoinmune mediada por linfocitos T tenga un papel causal predominante.

Debe efectuarse el diagnóstico diferencial con otras dermatosis que cursan con pérdida de pelo, como PFPP, alopecia areata, liquen plano pilaris, síndrome de Graham-Little, lupus eritematoso discoide, alopecia por tracción y línea frontal familiar alta, entre otros. También se debe establecer la diferencia con otro tipo de alopecia fibrosante, descrito por Zinkernagel y Treub, la cual sigue un patrón de distribución centroparietal, sin áreas multifocales de compromiso típico de LPP y de pseudopelada.¹²

La terapéutica de la AFF es muy difícil, ya que no existe tratamiento médico específico alguno. Se han intentado tratamientos con corticoides de alta potencia en loción y gel, así como inyecciones intralesionales de acetona de triamcinolona. También se ensayó con los inmunomoduladores tópicos, como tacrolimús al 0,1%, sin resultado.¹³ En casos muy severos se emplearon corticosteroides e hidroxicloroquina por vía oral, con los que se logró detener en forma temporal la progresión de la enfermedad. Las preparaciones con minoxidil en concentraciones del 2 al 5% se usan en forma complementaria.^{2,14}

Si la afección tiende a extenderse, los corticoides orales y los antipalúdicos como la hidroxicloroquina pueden demorar en forma temporal la evolución del cuadro.¹² No se pudo demostrar que la terapia de reemplazo hormonal sea efectiva en el tratamiento de la AFF.¹⁴ Como ya se mencionó, en algunas pacientes tratadas con 2,5 mg de finasteride se detuvo la progresión de la enfermedad.⁴

El curso del cuadro es impredecible, tanto puede autolimitarse como progresar con rapidez. No está demostrado que el tratamiento altere la evolución natural de la enfermedad, la cual, en la mayoría de las pacientes, se estabilizó con el tiempo, con tratamiento continuo o sin él.¹⁴

Respecto de la paciente que motiva este informe, es importante destacar que es el segundo caso asociado con liquen escleroatrófico de localización vulvar.⁹

La terapéutica quirúrgica con microtrasplantes capilares fue satisfactoria en ella, ya que 6 años después los folículos pilosos implantados se mantienen estables y hay buen crecimiento de pelo.

Se considera un índice de buen pronóstico quirúrgico la inactividad clínica de la alopecia, por lo menos por un período no menor de 2 años, y que en el estudio histopatológico no se observen fenómenos inflamatorios agudos. Si bien este índice es aplicable a los microtrasplantes capilares que se realizan en pacientes con alopecia androgenética

masculina, hemos observado lo mismo en la paciente cuyo caso damos a conocer, ya que la zona occipital no está comprometida en la AFF y es rarísima en el LPP.

Respecto del cuadro alopécico general, es importante señalar la buena evolución, si se compara con tratamientos anteriores, desde que se incorporó 1 mg diario de finasteride. En nuestra experiencia, el finasteride es de gran eficacia en la mayoría de los casos de alopecia androgénica femenina, pero no creemos que detenga el proceso de AFF, a diferencia de lo que sugieren Tosti *et ál.*⁴

Conclusiones

De la revisión de la literatura y con la base de nuestros hallazgos, se concluye que la AFF es una variedad de liquen plano pilaris. Consideramos de interés este caso por la coexistencia con liquen escleroatrófico de vulva y porque es el primero en que se realiza un tratamiento quirúrgico con microtrasplantes de cuero cabelludo en la zona alopécica frontal, frontoparietal y en la parte superior de la zona de la patilla, con resultado exitoso que persiste 6 años después. Estos microtrasplantes capilares podrían ser una alternativa terapéutica no convencional.

Por otra parte, la paciente continúa con el tratamiento que había comenzado simultáneamente para la PFPP, con minoxidil tópico al 2% y 1 mg de finasteride, con excelente resultado.

Bibliografía

1. Ros E.K., Tan E., Schapiro J. Update on primary cicatricial alopecias, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2005, 53:1-37.
2. Kossard S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia. Scarring alopecia in a pattern distribution, *Arch. Dermatol.*, 1994, 130:770-774.
3. Kossard S., Lee M.S., Wilkinson B. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: a frontal variant of lichen planopilaris. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1997, 36:59-66.
4. Tosti A., Piraccini M.B., Lorrizo M., Misciali C. Frontal fibrosing alopecia in postmenopausal women, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2005, 52:55-60.
5. Poblet E., Jiménez F., Pascual A. Frontal fibrosing alopecia versus lichen planopilaris: a clinicopathological study. *Int. J. Dermatol.*, 2006, 45:375-380.
6. Stefanato C.M. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis, *Histopathology*, 2010, 56:24-38.
7. Faulkner C.F., Wilson N.J., Jones S.K. Frontal fibrosing alopecia associated with cutaneous lichen planus in a premenopausal woman, *Australas J. Dermatol.*, 2002, 43:65-67.
8. Trueb R., Torricelli R. Lichen planopilaris unter dem Bild einer postmenopausalen frontalen fibrosierenden Alopezie, *Hautarzt*, 1998, 49:388-391.
9. Feldmann R., Harms M., Saurat J.H. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia, *Hautarzt*, 1996, 47:533-536.
10. Stockmeier M., Kunte C., Sander C.A., Wolff H. Kossard frontal fibrosing alopecia in a man, *Hautarzt*, 2002, 53:409-411.
11. Kossard S., Shiell R.C. Frontal fibrosing alopecia developing after hair transplantation for androgenetic alopecia. *Int. J. Dermatol.*, 2005, 44:321-323.
12. Zinkernagel M.S., Trueb R.M. Fibrosing alopecia in a pattern distribution: patterned lichen planopilaris or androgenetic alopecia with a lichenoid tissue reaction pattern?, *Arch. Dermatol.*, 2000, 136:205-211.
13. Clark-Loeser L., Latkowski J.A. Frontal fibrosing alopecia, *Dermatol. Online J.*, 2005, 11:6.
14. Tan K.T., Messenger A.G. Frontal fibrosing alopecia: clinical presentations and prognosis, *Br. J. Dermatol.*, 2009, 160:75-79.



Foto 6: Microtrasplante capilar tres años después de la cirugía.