

Alopecia fibrosante frontal. Estudio de 12 casos en la Argentina

Frontal fibrosing alopecia. A study of 12 cases in Argentina

Roxana Anastasia Mallo¹, Fernanda R. Cañón¹, Daniela Caratozzolo¹, Mariela Recanatti¹, Bruno Ferrari² y Gimena A. Castro Pérez³

RESUMEN

La alopecia fibrosante frontal (AFF) es una alopecia cicatrizal primaria que típicamente afecta a mujeres posmenopáusicas y se caracteriza por la recesión de la línea de implantación pilosa fronto-parieto-temporal, con pérdida total o parcial de las cejas. Es una entidad de curso crónico y de evolución incierta. No hay actualmente criterios de evaluación clínico-pronóstica validados a nivel internacional, aunque hace poco se ha propuesto una clasificación para tal fin basada en una gran casuística multicéntrica.

Objetivo: Describir las características clínicas de las pacientes con diagnóstico de AFF evaluadas en dos centros argentinos.

Diseño: Estudio retrospectivo de 12 pacientes con AFF evaluadas entre agosto de 2015 y agosto de 2017 en el Servicio de Dermatología del HIGA Eva Perón (San Martín, Provincia de Buenos Aires) y en un centro médico privado (General Pico, La Pampa).

Materiales y métodos: Se tomaron como criterios de inclusión la presencia de recesión fronto-parieto-temporal de la línea de implantación pilosa asociada a uno de los siguientes: cambios dermatoscópicos característicos de AFF (eritema e hiperqueratosis perifoliculares

y cierre de aperturas foliculares) o una biopsia del cuero cabelludo compatible con alopecia cicatrizal linfocítica.

Resultados: Se evaluaron 12 pacientes en 2 años, todas mujeres menopáusicas y con una edad promedio en el momento del diagnóstico de 69 años. La afectación de las cejas total o parcial se observó en el 100% de los casos. El patrón clínico más frecuente fue el lineal (75%), seguido del difuso (17%). Todas estaban en tratamiento con inhibidores de la 5 α -reductasa y minoxidil al 5% tópico, y 42% recibían periódicamente infiltraciones con triamcinolona.

Conclusiones: La cohorte estudiada presentó una edad promedio de diagnóstico más alta que la informada, pero con características clínicas similares a las publicadas en la literatura médica internacional.

Limitaciones: El carácter retrospectivo del estudio y el tamaño de la muestra.

Palabras clave: Alopecia fibrosante frontal, liquen plano pilar, alopecia cicatrizal, PPAR, pioglitazona, dutasterida.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (2): 97-102

ABSTRACT

Frontal fibrosing alopecia (FFA) is a primary scarring alopecia that typically affects postmenopausal women and is characterized by the recession of the frontal-parieto-temporal hairline with total or partial loss of eyebrows. It is an entity of chronic course with uncertain evolution. There are currently no internationally validated clinical-prognostic evaluation criteria, although a classification for this purpose has recently been proposed based on a large multicentric casuistry.

Objective: To describe the clinical and demographic characteristics of patients diagnosed with FFA assessed in two Argentine centers.

Design: Retrospective study of 12 patients with FFA evaluated between August 2015 and August 2017 at the Dermatology Service of HIGA Eva Perón (San Martín, Provincia de Buenos Aires) and a private medical center (General Pico, La Pampa).

Materials and methods: The inclusion criteria was the presence of frontal-parietal-temporal recession of the hair implantation line associated to one of the following: characteristic changes of FFA (perifollicular erythema and hyperkeratosis and closure of follicular openings) and/or scalp biopsy compatible with lymphocytic scar alopecia.

ular erythema and hyperkeratosis and closure of follicular openings) and/or scalp biopsy compatible with lymphocytic scar alopecia.

Results: Twelve patients were evaluated in 2 years. All female, menopausal and with average age of diagnosis 69 years. Total or partial eyebrows involvement was observed in 100% of cases. The most frequent clinical pattern was the linear pattern (75%) followed by diffuse pattern (17%). All were treated with 5-alpha reductase inhibitors and topical minoxidil and 42% received periodic intralesional triamcinolone.

Conclusions: The cohort studied presented a mean age of diagnosis higher than the reported, but with clinical characteristics similar to those published in the international literature.

Limitations: The retrospective nature of the study and the size of the sample.

Keywords: Frontal fibrosing alopecia, lichen planopilaris, cicatricial alopecia, PPAR, pioglitazone, dutasteride.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (2): 97-102

¹ Concurrente del Servicio de Dermatología, Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón, San Martín, Provincia de Buenos Aires

² Director Médico del Centro Médico Darma, General Pico, La Pampa, Argentina

³ Jefa del Servicio de Dermatología Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón, San Martín, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Gimena Castro Pérez

E-mail: gimecastroperez@yahoo.com.ar

Fecha de trabajo recibido: 5/10/2017

Fecha de trabajo aceptado: 20/6/2018

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

En 1994, Kossard comunicó la recesión de la línea de implantación pilosa frontal con criterios clínicos de alopecia cicatrizal e histológicos de liquen plano pilar (LPP) en 6 mujeres posmenopáusicas. Sin embargo, dado que ninguna de las pacientes presentó lesiones cutaneomucosas de LPP, lo interpretó como una destrucción folicular de la línea de implantación por un patrón reaccional desencadenado por la menopausia¹. Desde entonces, se ha despertado un gran interés por la denominada alopecia fibrosante frontal (AFF) que aumentó de manera exponencial las publicaciones sobre el tema.

La AFF se considera una alopecia cicatrizal primaria que afecta predominantemente a las mujeres posmenopáusicas, pero se describió también en las premenopáusicas y en los hombres²⁻⁴. Clínicamente la recesión fronto-parieto-temporal es la regla. La pérdida total o parcial de las cejas o del vello corporal, el signo del pelo solitario y el prurito se consideran criterios diagnósticos adicionales, al igual que los dermatoscópicos. Su curso es crónico y de evolución incierta, con tendencia a la progresión lenta y, en ocasiones, a la remisión espontánea³. Es clara la afectación de la calidad de vida de quienes la padecen; este hecho ha motivado la búsqueda de una forma de predecir su evolución a largo plazo. Hasta la actualidad, Moreno-Arrones *et al.* propusieron una clasificación clínico-pronóstica guiados por una vasta experiencia e importante casuística de 242 pacientes con diagnóstico de AFF reunidos entre varios centros médicos españoles. Proponen tres patrones de AFF: patrón 1 o lineal, patrón 2 o difuso y patrón 3 o seudofranja. Concluyen que el patrón lineal es el más frecuente, con un pronóstico intermedio entre los otros dos; el patrón 2 o difuso es el segundo en frecuencia, pero el de peor pronóstico; y el patrón 3 o seudofranja es el menos observado y el de menor tendencia a la progresión⁵.

En la Argentina, hay pocos datos clínico-epidemiológicos sobre esta enfermedad. En 2015, Cappetta *et al.* publicaron 19 casos de AFF en mujeres evaluadas en cuatro centros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el transcurso de 6 años⁶. Se realizó el presente estudio para aumentar la casuística nacional con el agregado de catalogar a las pacientes según la clasificación mencionada y con el objetivo secundario de medir a futuro su potencial valor pronóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de AFF evaluadas en el Servicio de Dermatología del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón de San Martín, Provincia de Buenos Aires, y del Centro Médico Darma de General Pico, Provincia de La Pampa, en un período de 2 años comprendido entre agosto de 2015 y agosto de 2017 (Tabla 1).

Criterios de inclusión

Recesión fronto-parieto-temporal de la línea de implantación asociada a uno de los siguientes criterios: dermatoscópicos característicos de AFF (eritema e hiperqueratosis perifoliculares o cierre de aperturas foliculares) o biopsia del cuero cabelludo compatible con alopecia cicatrizal linfocítica.

RESULTADOS

Se evaluaron 12 mujeres con un promedio de edad en el momento del diagnóstico de 69 años (edades entre 56 y 79 años). Todas eran menopáusicas y la más joven de la cohorte (56 años) lo era de causa quirúrgica.

Todas las pacientes cumplían con los criterios clínicos y dermatoscópicos de AFF y solo 4 hubo requerimiento por parte del médico tratante de la realización de una biopsia para confirmar el diagnóstico. En esos casos, la anatomía patológica fue compatible con alopecia cicatrizal (Foto 1).

Se encontró afectación de las cejas con pérdida total o parcial en el 100% de las pacientes, y del vello corporal (solo se incluyeron las axilas y los miembros en esta evaluación) en el 36% de ellas. Siete presentaron el signo del "pelo solitario" (Foto 2) y solo una puntos rojos glabulares; esta fue la paciente cuyo cuadro progresó a las regiones retroauriculares y occipital (Foto 3), evidenciado también por una placa de liquen plano pilar en la coronilla. En ninguna de las mujeres se observaron lesiones de liquen plano a nivel cutáneo o mucoso.

Como otras manifestaciones dermatológicas asociadas todas tenían algún grado de alopecia androgénica y, en un único caso, vitiligo. El hipotiroidismo se detectó en dos de las pacientes.

Caso	Sexo	Edad	Biopsia	Derma- toscopia	Menopau- sia	Hipotiroi- dismo	Otras asoc.	Patrón clínico	Prurito	Pelo solitario
1	F	65	Sí	Sí	Sí	-	-	1	Sí	Sí
2	F	60	Sí	Sí	Sí	Sí	-	1	Sí	Sí
3	F	56	-	Sí	Sí	-	-	1	-	-
4	F	79	-	Sí	Sí	Sí	-	1	-	-
5	F	59	-	Sí	Sí	-	-	1	-	Sí
6	F	74	Sí	Sí	Sí	-	-	1	-	Sí
7	F	76	Sí	Sí	Sí	-	-	2	-	Sí
8	F	67	-	Sí	Sí	-	-	1	-	-
9	F	71	-	Sí	Sí	-	-	2	-	Sí
10	F	69	-	Sí	Sí	-	Vitiligo	1	-	-
11	F	77	-	Sí	Sí	-	-	3	-	Sí
12	F	74	-	Sí	Sí	-	-	1	-	-

Caso	Cejas	Vello corporal	LPP C. Cab	LP cut-muc	Triamci. IL	Inhib. 5-alfa	Minoxidil	Pioglitaz- zona	Otros ttos.	FAGA
1	Sí	Sí	-	-	Sí	Sí	Sí	-	-	Sí
2	Sí	Sí	Sí	-	Sí	Sí	Sí	Sí	-	Sí
3	Sí	Sí	-	-	-	Sí	Sí	-	-	Sí
4	Sí	-	-	-	-	Sí	Sí	-	-	Sí
5	Sí	Sí	-	-	-	Sí	Sí	-	-	Sí
6	Sí	-	-	-	Sí	Sí	Sí	Sí	-	Sí
7	Sí	-	-	-	Sí	Sí	Sí	-	-	Sí
8	Sí	-	-	-	Sí	Sí	Sí	-	-	Sí
9	Sí	-	-	-	-	Sí	Sí	-	-	Sí
10	Sí	-	-	-	-	Sí	Sí	-	-	Sí
11	Sí	-	-	-	-	Sí	Sí	-	Minociclina	Sí
12	Sí	-	-	-	-	Sí	Sí	-	-	Sí

TABLA 1: Datos clínicos y demográficos de la serie estudiada.

LPPCCAB: liquen plano pilar cuero cabelludo; LP CUT-MUC: liquen plano pilar cutáneo-mucoso; INHIB 5 ALFA: inhibidor 5 alfa reductasa; FAGA: Alopecia androgenética femenina.

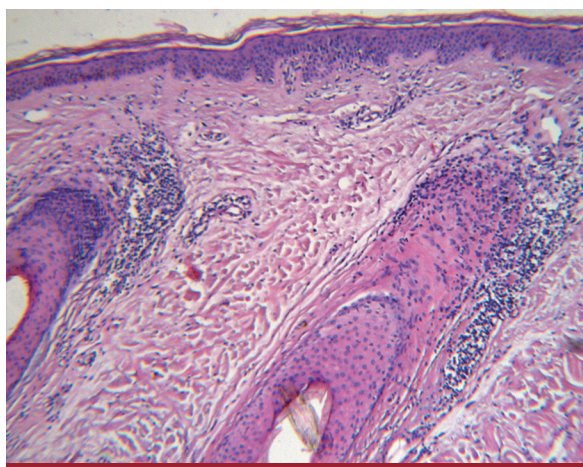


FOTO 1: Sección cutánea con epidermis conservada. A nivel dérmico se observan dos folículos pilosos rodeados de fibrosis lamelar y moderado infiltrado inflamatorio linfocitario (HyE, 100X).



FOTO 2: Signo del "pelo solitario" (*lonely hair*) asociado a depresión de las vena-
nas frontales y notable receso fronto-parieto-temporal.



FOTO 3: Nótese la progresión a las regiones retroauriculares.



FOTO 5: Patrón 2 o difuso con línea de implantación irregular o escalonada e importante pérdida de la densidad folicular.

Respecto de la clasificación clínico-pronóstica utilizada para evaluarlas, se determinó que nueve reunían las características del patrón 1 o lineal (Foto 4), mientras que dos correspondían al patrón 2 o difuso (Foto 5) y una sola, al patrón de seudofranja (Foto 6). Todas recibieron tratamiento tópico con loción de clobetasol al 0,05% (2 ml/d) y minoxidil al 5% loción (2 ml/d) asociada a un inhibidor de la 5 α -reductasa (5 α R) por vía oral. El inhibidor de la 5 α -reductasa más indicado a 8 de las 12 pacientes desde su diagnóstico fue el dutasteride, en dosis de 0,5 mg/d por vía oral. Las 4 restantes iniciaron finasteride a dosis de 2mg/d por vía oral, pero 2 de ellas rotaron, en junio de 2017, a dutasteride. Uno de los casos fue tratado con minocilina 100 mg/d por vía oral durante 10 meses, con estabilización del cuadro y, desde junio de 2017, a 2 pacientes se les indicó también pioglitazona 15 mg/d por vía oral, con buena tolerancia. No se utilizaron otras terapias sistémicas en nuestra casuística. En 5 de los casos se agregaron infiltraciones con triamcinolona en el área alopecica. Se utilizó una dosificación de 40 mg diluidos al $\frac{1}{4}$ en el cuero cabelludo cada 3 meses para evitar la atrofia.



FOTO 6: Patrón 3 o seudofranja. Nótese las dos líneas pilosas separadas por una franja atrófica alopecica.



FOTO 4: Patrón 1 o lineal.

COMENTARIOS

La AFF es una alopecia cicatrizal con un patrón de distribución distintivo: la recesión fronto-parieto-temporal, que deja una banda alopecica cicatrizal que habitualmente no presenta los signos de daño actínico evidenciables en la piel cercana. Otro hallazgo clínico característico es el compromiso de las cejas, hoy considerado por muchos autores un criterio clínico diagnóstico más^{1,2}. Este compromiso puede ser total o parcial y preceder al del cuero cabelludo. Las distintas casuísticas informan una incidencia del compromiso de las cejas de 76-95%, mientras que en la nuestra estuvo presente en el 100% de los casos (en forma total o parcial), al igual que la recesión fronto-parieto-temporal^{5,7}. El signo del “pelo solitario” (*lonely hair*), descrito por Tosti *et al.*, se refiere a la presencia aislada de pelo terminal en la línea de implantación original. Se considera una clave clínica diagnóstica de la AFF y ha sido comunicado en distintas series, con una frecuencia cercana al 60%

(53-64% en diferentes series). Nosotros también la encontramos en el 58% de las mujeres estudiadas^{5,7,8}. La pérdida de las pestañas puede observarse en ocasiones (14-26% de los pacientes), al igual que la afectación de la barba en los hombres con AFF (hasta un 50%)^{5,7,9}. La pérdida de vello corporal, las pápulas faciales y los puntos rojos glabellares son signos de menor relevancia, pero ayudan a completar el cuadro clínico clásico. En el presente estudio, el 36% de las afectadas mostraban pérdida de vello axilar o de los miembros, en coincidencia con lo comunicado (26-53%)^{2,5,7,10,11}.

Si bien la pérdida de vello púbico se describió en la AFF, como es una alteración frecuente en las mujeres sanas mayores de 50 años decidimos no incluirla en la evaluación de la cohorte para evitar un posible sesgo. En cuanto a los puntos rojos glabellares, que según algunos autores se observan al inicio del proceso, en esta cohorte se presentaron en una paciente con una banda alopecica fronto-parieto-temporal con progresión a las regiones retroauriculares y occipital^{12,13}. La paciente tenía una placa de liquen plano pilar en la coronilla y ausencia total de cejas. No se encontraron pacientes con pápulas faciales en esta cohorte, pero sí se vio depresión de las venas frontales en algunos casos (véase Foto 2). Como sintomatología acompañante, 2 de las pacientes presentaron prurito leve a moderado que no manifestaron espontáneamente, sino al ser interrogadas por el médico tratante. Ninguna refirió dolor o sensación de quemazón, que son los otros síntomas descritos en la bibliografía consultada¹². Debido al corto tiempo de seguimiento de nuestra cohorte, no se puede definir este síntoma como indicador de progresión de la enfermedad, lo que parece ser de consenso general.

Su etiopatogenia aún no ha sido totalmente elucidada; la AFF se ha considerado una variante del liquen plano pilar (LPP) y, como tal, una enfermedad inmunomediada^{12,13}. En la histopatología ambas entidades muestran un infiltrado linfocitario que compromete la zona del istmo e infundíbulo piloso y puede afectar, por extensión, la región de la protuberancia que contiene las células madre foliculares. La destrucción de esta zona determina la alopecia cicatrizal que caracteriza ambos cuadros. Un estudio reciente comparó histológicamente biopsias del cuero cabelludo de mujeres con LPP y AFF¹³. Encontró que, al igual que en el LPP, se observa un aumento de linfocitos T CD8⁺ en los folículos pilosos afectados de muestras del cuero cabelludo de mujeres con AFF, con un incremento simultáneo del cociente CD4/CD8 en los folículos no afectados. Esto sugiere la migración celular de linfocitos CD8 desde los folículos sanos hacia los comprometidos. El mismo estudio ha-

lló un aumento de células presentadoras de antígeno (CPA) en la región infundíbulo-ístmica de los folículos pilosos afectados en las muestras de AFF, mientras describió la depleción de las CPA en las de LPP¹³. El papel atribuido a las CPA es presentar antígenos a los linfocitos T para generar la respuesta citotóxica que media el daño folicular. Los autores no explican esta diferencia, aunque sugieren que podría deberse a diferencias fisiopatogénicas. Si bien está claro que la AFF y el LPP comparten muchas características clínico-patológicas, aún no se ha logrado definir el porqué de las diferencias tan marcadas en la presentación topográfica de las lesiones, que podría deberse a los antígenos desencadenantes, todavía no identificados, que difieren en su localización.

Cabe mencionar la probable influencia de factores hormonales en el desarrollo de esta variante de alopecia cicatrizal, fundamentada no solo en el hecho de que las mujeres posmenopáusicas son las principales afectadas, sino también en el creciente número de publicaciones que destacan la buena respuesta a la terapia con los inhibidores de la 5 α -reductasa empleados en el tratamiento de la AFF¹⁴.

Teniendo en cuenta la clasificación de Moreno-Arrones *et ál.*⁵ para la evaluación clínico-pronóstica de la enfermedad, encontramos que el patrón más visto entre nuestras pacientes fue el lineal (75%), seguido del difuso (17%) y solo un caso del patrón seudofranja (8%). Respecto del pronóstico, no podemos, por el momento, coincidir o disentir, ya que nuestras pacientes aún requieren seguimiento a largo plazo para definir su evolución.

En cuanto a los tratamientos indicados a las mujeres evaluadas en nuestro estudio, todas recibieron la combinación de un corticosteroide tópico, minoxidil al 5%, y un I5 α R. Se eligió este esquema terapéutico no solo por la coexistencia de algún grado de alopecia androgenética detectado en todas ellas, sino también porque a partir de publicaciones recientes y de los probables mecanismos hormonales involucrados en el desarrollo de la enfermedad, los I5 α R parecen ser los fármacos más prometedores para la estabilización y la mejoría del cuadro^{5,7,14,15}. Además, al ser la nuestra una cohorte de mujeres menopáusicas sin antecedentes patológicos de relevancia, encontramos esta terapia segura para su indicación.

Queremos destacar que, como otras alopecias cicatrizales, la AFF es una urgencia tricológica, por lo que hay acuerdo en que es imperativo el tratamiento precoz para frenar su evolución y mejorar su pronóstico. Concordamos con Mardones y Shapiro en que los corticosteroides tópicos o intralesionales son un recur-

so de primera línea para esta finalidad¹⁵. Si bien se les indicó a todas las pacientes de la cohorte el uso de corticosteroides intralesionales, algunas no aceptaron las infiltraciones con triamcinolona por fobia o temor al dolor. Solo una paciente accedió a la infiltración en las cejas (en este caso una parte de la dosis total se diluyó al 1/8) y en los casos de pérdida total de las cejas no se intentó la infiltración. Dos pacientes recibieron también agonistas de PPAR γ (pioglitazona 15 mg/d por vía oral) como terapia asociada a los esteroides y antiandrógenos, siguiendo los resultados de estudios recientes que demuestran la participación de los receptores activados por los proliferadores de peroxisomas γ (PPAR γ) en el desarrollo de las alopecias cicatrizales, como el LPP y la AFF¹⁶⁻¹⁹.

Si bien excede los objetivos del presente trabajo determinar la eficacia de los tratamientos indicados, creemos que aún se requieren más ensayos prospectivos que la determinen para establecer el estándar de tratamiento para quienes padecen este tipo de enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kossard S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia. Scarring alopecia in a pattern distribution. *Arch Dermatol* 1994;30:770-774.
2. Vaño-Galvan S, Molina-Ruiz AM, Serrano-Falcón C, Arias-Santiago S, et al. Frontal fibrosing alopecia: a multicentric review of 355 patients. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:670-678.
3. Tolkachjov SN, Chaudhry HM, Camilleri MJ, Torgerson RR. Frontal fibrosing alopecia among men: A clinicopathologic study of 7 cases. *J Am Acad Dermatol* 2017;77:686-690.
4. Ormaechea-Pérez N, López-Pestaña A, Subizarreta-Salvador J, Jaka-Moreno A, et al. Alopecia frontal fibrosante en el varón: Presentación de 12 casos y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliol* 2016;107:836-844.
5. Moreno-Arrones OM, Saceda-Corralo D, Fonda-Pascual P, Rodríguez-Barata AR, et al. Frontal fibrosing alopecia: clinical and pronostic classification. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31:1739-1745.
6. Cappetta M, Hernández M, Lucía Fiesta, Julieta Arbat, et al. Alopecia fibrosante frontal. *Dermatol Argent* 2015;21:32-38.
7. Ladizinski B, Bazakas A, Selim MA, Olsen EA. Frontal fibrosing alopecia: a retrospective review of 19 patients seen at Duke University. *J Am Acad Dermatol* 2013;68:749-755.
8. Tosti A, Miteva M, Torres F. Lonely hair: a clue to the diagnosis of frontal fibrosing alopecia. *Arch Dermatol* 2011;147:1240.
9. MacDonald A, Clark C, Holmes S. Frontal fibrosing alopecia: a review of 60 cases. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:955-961.
10. Pirmez R, Donati A, Valente NS, Sodr  ST, et al. Glabellar red dots in frontal fibrosing alopecia: a further clinical sign of vellus follicle involvement. *Br J Dermatol* 2014;170:745-746.
11. López-Pesta a A, Tuneu A, Lobo C, Ormaechea N, et al. Facial lesions in frontal fibrosing alopecia (FFA): Clinicopathological features in a series of 12 cases. *J Am Acad Dermatol* 2015;73:987-992.
12. Samrao A, Chew AL, Price V. Frontal fibrosing alopecia: a clinical review of 36 cases. *Br J Dermatol* 2010;163:1296-1300.
13. Ma SA, Imadojemu S, Beer K, Seykora JT. Inflammatory features in frontal fibrosing alopecia. *J Cutan Pathol* 2017;44:672-676.
14. Donovan JC. Finasteride-mediated hair regrowth and reversal atrophy in a patient with frontal fibrosing alopecia. *JAAD Case Rep* 2015;6:353-355.
15. Mardones F, Shapiro J. Lichen planopilaris in Latin American (Chilean) population: demographics, clinical profile and treatment experience. *Clin Exp Dermatol* 2017;42:755-759.
16. Ferting R, Tosti A. Frontal fibrosing alopecia treatment options. *Intractable Rare Dis Res* 2016;5:314-315.
17. Karnik P, Tekeste Z, McCormick TS, Guillian AC, et al. Hair follicle stem cell-specific PPAR-gamma deletion causes scarring alopecia. *J Invest Dermatol* 2009;129:1243-1257.
18. Ramot I, Mastrofrancesco A, Camera E, Desreumaux P, et al. The role of PPAR g-signaling in skin biology and pathology: new targets and opportunities for clinical dermatology. *Exp Dermatol* 2015;24:245-251.
19. Mirmirani P, Karnik P. Lichen planopilaris treated with an activator-peroxisome proliferator receptor gamma agonist. *Arch Dermatol* 2009;145:1363-1366.

CONCLUSIONES

Hemos presentado 12 casos de AFF recopilados en los últimos 2 años en dos centros de la Argentina. Clínica y epidemiológicamente encontramos similitudes con lo informado a nivel internacional, a excepción de la edad de diagnóstico, que fue más alta en nuestro trabajo y en la otra serie publicada en el país.

Es indudable que el número de casos de AFF diagnosticados aumenta día a día y esto podría deberse a su mayor conocimiento por parte de los dermatólogos y también a factores ambientales desencadenantes aún no reconocidos como disparadores de una enfermedad inmunomediada.

Consideramos imperativa la recolección de datos clínicos, epidemiológicos y terapéuticos a nivel nacional que permitan conocer más acerca la etiopatogenia, la evolución y la respuesta a las distintas opciones terapéuticas de la enfermedad. Esto no solo ampliar  el conocimiento actual sobre la AFF, sino que también permitirá hacer las elecciones terapéuticas más adecuadas y que les den mejores resultados a los afectados.