

Crecimiento concéntrico en la alopecia areata (patrón en diana)



Concentric or Targetoid Regrowth in Alopecia Areata

Sr. Director:

La consulta por alteraciones del pelo es muy frecuente en la práctica diaria, de hecho, la alopecia supone cerca del 17,5% de las consultas de nuestra especialidad¹. En tricología, los métodos de exploración se pueden clasificar en 3 categorías: métodos no invasivos (historia clínica, exploración general, inspección y palpación del cabello y cuero cabelludo, fotografía, dermatoscopia, etc.), métodos semi-invasivos (tricograma) e invasivos (biopsia)².

En este artículo comentamos un caso de alopecia areata (AA) en área occipital, cuya repoblación pilosa adoptó una distribución peculiar.

Varón de 33 años de edad, sin antecedentes personales de interés, en seguimiento por el servicio de dermatología desde hace 6 meses por lo que considerábamos una AA en placa única en región occipital. Le pautamos tratamiento con corticoides y minoxidil tópicos, y corticoides intralesionales en 2 ocasiones.

Acudió a revisión donde a la exploración observamos, en vértex y región occipital, zonas anulares con crecimiento de pelo negro (fig. 1A). La placa alopécica inicial se había extendido hacia área parietal (fig. 1B). Las áreas concéntricas de alopecia y repobladas adoptaban un patrón en diana (fig. 2). A la dermatoscopia apreciamos numerosos puntos

amarillos y negros, y pelos fragmentados aislados. Se estableció el diagnóstico de crecimiento concéntrico «en diana» en la AA. Tras un ciclo de corticoides orales se consiguió repoblación pilosa total.

En la AA, se han descrito casos de fenómeno de Koebner, y varias formas de presentación no habituales como canicie súbita (tipos Santo Tomás Moro y María Antonieta), sisaífo, tipo alopecia androgenética, formas difusas atípicas y AA rectangular^{3,4}.

Cuando sucede la repoblación pilosa en la AA no es raro apreciar inicialmente pelo fino y blanco, o un cambio de textura del cabello (se ha vuelto rizado o alisado). Existen 4 formas de repoblación pilosa paradójica: 1) El fenómeno Castling consiste en que tras el tratamiento con inmunoterapia, tanto difenciprona como dibutil éster del ácido escuárico, aparece pelo en zonas diferentes a las que se aplicó; 2) En el fenómeno Renbök, nombre inverso a «fenómeno de Köbner», comienza a salir pelo sobre las placas de psoriasis o permanece en los nevos congénitos pilosos; 3) La alopecia perinevoide se caracteriza por la pérdida del pelo que rodea a los nevos melanocíticos^{3,4}, y 4) En el crecimiento concéntrico «en diana» existe repoblación de pelo en forma de áreas concéntricas en vértex y zonas occipital o parietal tras el tratamiento con inmunoterapia tópica, o corticoides tópicos o intralesionales, o incluso su aparición sin terapia previa⁵⁻⁷. El Dr. Emilio del Río, uno de los primeros en describirlo, considera que no es un hallazgo tan infrecuente como puede presuponerse por los pocos casos publicados⁸. Hay varias hipótesis que tratan de explicar este fenómeno. Para algunos autores se debe a la acumulación centrífuga del corticoide al aplicarlo con los dedos⁵, una agresión mínima para producir la AA con cabellos distróficos que pronto se hacen anagénicos normales³, o a la propia evolución del AA⁹ que, como un terremoto, surge en el centro y se extiende por la periferia



Figura 1 A) En vértex y región occipital, zonas anulares con crecimiento de pelo negro. B) Extensión de placa alopécica inicial hacia área parietal.



Figura 2 Áreas concéntricas de alopecia y repobladas adoptando un patrón en diana.

como ondas⁶ («ondas» de crecimiento de pelo anagénico se extienden, pero encuentran zonas con folículos pilosos telogénicos refractarios dando el aspecto concéntrico típico)¹⁰.

Aunque por la edad del paciente, el tiempo de evolución o la historia clínica, el cuadro suele ser fácil de diagnosticar, su distribución pilosa simula otros procesos que pueden presentar placas de alopecia de morfología anular o de «aspecto artefacto» como la tricotemnomanía, variante de la tricotilomanía donde se utilizan objetos cortantes como tijeras o cuchillas para cortar el pelo, sus hallazgos dermatoscópicos

característicos, el signo de la V, el polvo de pelo y los pelos rotos, en espiral, en llama y en tulipán, facilitarían el diagnóstico diferencial con la AA; la paniculitis lúpica que puede adoptar una distribución anular al seguir las líneas de Blaschko del cuero cabelludo; la pérdida de pelo neonatal transitoria en la región occipital; y la alopecia por tracción, también denominada alopecia marginal porque suele afectar la línea de implantación pilosa frontal, temporal y occipital, es una afección debida a la tensión prolongada o repetitiva sobre el cuero cabelludo por peinados tirantes, un hallazgo típico es el «signo de la franja», que consiste en la presencia

de pelos conservados en la línea de implantación pilosa original que le da un aspecto anular.

En conclusión, hemos presentado un nuevo caso de crecimiento concéntrico «en diana» del pelo, una forma de repoblación pilosa paradójica de la AA, posiblemente infra-diagnosticada, que debe ser reconocida para evitar su confusión con otros tipos de alopecia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Moreno-Giménez JC. Alopecia androgenética. *Piel*. 2006;21:1–3.
2. Serrano-Falcón C, Fernández-Pugnaire MA, Serrano-Ortega S. Evaluación del pelo y cuero cabelludo: tricograma. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:867–76.
3. Camacho FM. Alopecia areata. *Epidemiología. Cuadros clínicos. Repoblación. Evolución. Pronóstico*. En: Camacho FM, Tosti A, editores. *Tricología. Enfermedades del folículo pilosebáceo*. Grupo Aula Médica; 2013. p. 721–42.
4. Priego-Recio CM, Rodríguez-Pichardo A, Camacho-Martínez FM. Unusual forms of alopecia areata in a Trichology Unit. *J Eur Acad Dermatol*. 2014;28:1394–6.

5. Tan RS, Delaney TJ. Circular regrowth in alopecia areata. *Br J Dermatol*. 1975;92:233–4.
6. Orecchia G, Rabbiosi G. Patterns of hair regrowth in alopecia areata. *Dermatologica*. 1988;176:270–2.
7. El-Dars LD, Kamath S, Logan R. Targetoid pattern of hair regrowth in alopecia areata: A case report. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34:413.
8. del Río E. Targetoid hair regrowth in alopecia areata: The wave theory. *Arch Dermatol*. 1998;134:1042–3.
9. Eckert J, Church RE, Ebling FJ. The pathogenesis of alopecia areata. *Br J Dermatol*. 1968;80:203–10.
10. Li J, Sinclair R. Clinical observations in alopecia areata: Implications and hypotheses. *Australas J Dermatol*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1111/ajd.12227> [Epub ahead of print].

B. Monteagudo*, O. Suárez-Magdalena, D. González-Vilas y Ó. Suárez-Amor

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es (B. Monteagudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.08.009>

Imagen ecográfica del hidradenoma poroide



Ultrasound Image of Poroïd Hidradenoma

Sra. Directora:

Se presenta a una mujer de 57 años alérgica a codeína, diagnosticada de osteoporosis, hipertensión arterial, rinitis alérgica y ansiedad, en tratamiento con metamizol, enalapril/hidroclorotiazida, ebastina y alprazolam, respectivamente. Consultaba por una lesión asintomática y estable, de unos 4 años de evolución, localizada en el muslo derecho, que no había tratado. A la exploración física se observaba una pápula de 7 mm, eritematosa y descamativa con una costra hemática central (fig. 1A) en la cara externa de la zona distal del muslo derecho, que presentaba en profundidad una lesión elástica de 15 mm de diámetro (fig. 1B).

Se realizó una ecografía dermatológica de alta frecuencia (15 MHz) (fig. 2A) para determinar si ambas lesiones eran independientes o si, al contrario, se trataba de la misma lesión. La ecografía en modo B mostraba una lesión bien delimitada hipoecoica, localizada en el tejido celular subcutáneo (TCS), de apariencia quística con un área ligeramente más ecogénica en el lado derecho de la misma. Justo encima de esa lesión quística y en contacto con ella, se observaba una lesión dérmica hipoecoica excrecente bien delimitada. La línea epidérmica estaba engrosada. El Doppler mostraba vasos en la periferia de la lesión, pero no en su interior (fig. 2B). Estos hallazgos apoyaban la impresión clínica de

que se trataba de una misma lesión, por lo que fue extirpada en bloque.

El estudio histopatológico mostró una lesión nódular sólido-quística que ocupaba la dermis (fig. 3A) y, focalmente, conectaba con la epidermis (fig. 3B). El nódulo estaba compuesto por células poroides con el núcleo redondeado u ovalado, dotado de un pequeño nucléolo y escaso citoplasma (fig. 3C) entre las que se observaban algunas células cuticulares de mayor tamaño, que con frecuencia delimitaban luces ductales (fig. 3D). No se evidenció atipia celular, mitosis o necrosis. Estos hallazgos permitieron hacer el diagnóstico de hidradenoma poroide (HP).

El HP es una variante del poroma eccrino, que pertenece al grupo de las neoplasias poroides descritas en 1990 por Abe-noza y Ackerman¹. Estos autores describieron las 4 variantes histológicas del poroma eccrino: hidroacantoma simple (HS), poroma clásico (PC), tumor del conducto dérmico (TCD) y el tumor que nos ocupa, el HP.

Hasta la fecha se han descrito alrededor de 50 casos de HP. La edad de los pacientes oscila entre los 13 y los 86 años, con un pico en la 6.^a o 7.^a década de la vida^{2,3}, y con una discreta predilección por el sexo femenino.

El tumor se presenta clínicamente como una lesión solitaria, sin preferencia por una localización anatómica, pero no descrita en palmas ni en plantas. Las descripciones clínicas hablan de lesiones inespecíficas cutáneas o subcutáneas, nódulos polipoides o quistes de entre 1 y 2 cm, eritematosas, rojizas o azuladas, en algunos casos ulceradas².

Histopatológicamente muestra hallazgos estructurales de hidradenoma (áreas sólido-quísticas), y características