



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

[Artículo traducido] Alopecia areata lineal: una variante clínica infrecuente.

Presentación de 3 casos y revisión de la literatura

Linear Alopecia Areata: An Uncommon Clinical Variant. Presentation of Three Cases and Review of the Literature

Sr. Director,

La alopecia areata (AA) es una forma frecuente de alopecia no cicatricial de origen autoinmune que puede impactar de forma importante en la calidad de vida de los pacientes. Aunque se han descrito múltiples variantes clínicas de la AA, esta patología suele presentar placas alopécicas bien delimitadas. La alopecia areata lineal (AAL) es una forma extremadamente rara¹⁻⁴. Presentamos una serie de pacientes (un adulto y dos niños) con AAL.

En el primer caso se trata de un varón sano de 26 años que acudió a la consulta por caída de cabello de 8 meses de evolución. En la exploración se observaba una placa de alopecia en patrón lineal de 23 cm que se extendía desde el vértex hasta la zona occipital izquierda (Fig. 1 A), siguiendo las líneas de Blaschko (Fig. 1 B). El aspecto de la piel en la zona alopécica era normal. En la tricoscopia se observaban puntos negros y amarillos, pelos vellosos cortos y pelos en signo de exclamación. Se estableció el diagnóstico de AAL. Se inició tratamiento tópico con minoxidil al 5%, mini-pulsos de prednisona (20 mg dos días consecutivos por semana) y triamcinolona acetónido en inyecciones intralesionales cada seis semanas. A los 4 meses se observó una respuesta leve; se prescribió antralina tópica al 1% en loción, observándose una respuesta parcial a los 3 meses. El paciente se perdió durante el seguimiento.

Nuestro segundo caso, una niña de 9 años sin comorbilidades previas, acudió a consulta por pérdida de cabello en el cuero cabelludo durante los últimos 3 meses. En la exploración física se observaba una placa de alopecia en



patrón lineal a lo largo de la región interparietal (Fig. 1 C). El pull test fue positivo. En la tricoscopia se observaron puntos negros, pelos en cola de cerdo y pelos en signo de exclamación (Fig. 1 D). No se manifestaba eritema, vasos atípicos ni descamación perifolicular. Estos hallazgos eran compatibles con AAL. Se prescribió prednisona oral 15 mg/día con progresión de la alopecia durante el mes siguiente, por lo que se inició tratamiento con dexametasona 0,1 mg/kg dos veces por semana, y se obtuvo una respuesta completa a los 6 meses, por lo que se suspendió el tratamiento. No se han observado recidivas tras 2 años de seguimiento.

El tercer caso, una niña sana de 5 años, acudió por pérdida de cabello de 1 mes de evolución. En la exploración física se observó una placa de alopecia lineal con piel de aspecto normal en la región frontal y parietal izquierda (Fig. 1 E). El pull test fue positivo. La tricoscopia reveló puntos amarillos y negros y pelos en signo de exclamación. Se estableció el diagnóstico de AAL. Se prescribió clobetasol tópico al 0,05% en espuma y se observó una respuesta completa a las tres semanas, y se suspendió el corticoide tópico. La paciente se perdió durante el seguimiento.

La presentación clínica de la AA es muy variable; se han descrito variantes de patrón circular o rectangular⁵. Sólo cuatro casos (dos adultos y dos niños) de AAL han sido descritos (Tabla 1)¹⁻⁴. Aunque el patrón de referencia en el diagnóstico de los trastornos de la caída del cabello es el estudio histopatológico, el diagnóstico de la AA en la práctica real suele basarse en los hallazgos clínicos y la tricoscopia, y el estudio histológico sólo se realiza en casos de mayor complejidad. La tricoscopia de la AA se caracteriza por la presencia de puntos negros y amarillos, pelos vellosos cortos, pelos en cola de cerdo (o circulares), pelos rectos de repoblación, pelos cónicos, constricciones de Pohl-Pinkus y pelos en signo de exclamación³.

Al realizar el diagnóstico diferencial de la alopecia de distribución lineal se deben descartar el nevus epidérmico lineal, la esclerodermia lineal, el liquen plano lineal, la folliculitis decalvante lineal, el lupus eritematoso cutáneo lineal (LECL)⁶, la AAL y la tricotilomanía³. Es importante realizar un diagnóstico preciso, puesto que el tratamiento y las implicaciones clínicas pueden ser muy diferentes. La tricoscopia suele ser de gran utilidad en este contexto, pudiendo revelar hallazgos como vasos arboriformes gruesos o prominentes, pigmentación marrón o azul-gris en patrón moteado y puntos negros en el LECL; pili torti, pelos rotos y puntos negros sobre una superficie cutánea blanquecina y vasos gruesos de

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.01.020>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.06.005>

0001-7310/© 2023 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 1 Casos de alopecia areata lineal descritos en la literatura

Autor/año	Edad (años)/sexo	Evolución de la enfermedad (meses)	Localización	Tricoscopia	Comorbilidades/ antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes	Histología	Tratamiento	Respuesta clínica
Shetty et al./2016 ¹	35/M	36	Vértex y temporal bilateral	Pelos vellosos cortos en el centro y pelos con la base cónica en la periferia	No	Infiltrado linfocítico en la zona peribulbar con aumento de las unidades foliculares telogénicas. Tinción negativa para mucina.	Inyecciones mensuales intralesionales de triamcinolona (5 mg/ml) y solución tópica de minoxidil al 5	NI
Yu et al./2018 ²	28/M	48	Interparietal	Pelos vellosos cortos	No	Aumento de folículos en fase catágena y telógena. Tinción negativa para mucina	Inyección intramuscular mensual de betametasona y solución tópica de minoxidil al 5%.	NI
Mukherjee et al./2018 ³	7/F	1	Región temporal bilateral y vértex	Pelos rotos, polvo de pelo, pelos en llama y el signo de la V	No	Apariencia de enjambre de abejas	Minoxidil tópico en solución al 2% y mometasona en pomada	NI
Albaghsi et al./2022 ⁴	12/M	1	Parieto-temporo-occipital derecho	Puntos difusos amarillos y negros y algunos pelos en signos de exclamación	Anemia falciforme	La dermis presenta un infiltrado linfocitario focal, moderado, superficial, perivascular, con mastocitos dispersos y escasos eosinófilos. Folículos pilosos delgados y cortos; bulbos que se extienden sólo hasta la dermis media (pelos vellosos o miniaturizados).	NR	Resolución espontánea a los 6 meses

Tabla 1 (continuación)

Autor/año	Edad (años)/sexo	Evolución de la enfermedad (meses)	Localización	Tricoscopia	Comorbilidades/ antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes	Histología	Tratamiento	Respuesta clínica
Este informe	26/M	8	Zona parietal derecha a occipital izquierda	Puntos negros, pelos vellosos cortos, pelos cónicos, pelos quebrados y pelos en signo de exclamación.	No	NR	Minoxidil tópico en solución al 5%, micro pulsos de prednisona dos días consecutivos por semana y triamcinolona intralesional cada seis semanas. Antralina tópica al 1% en loción	Respuesta leve Respuesta parcial
Este informe	9/F	3	Interparietal	Puntos negros y pelos en signo de exclamación	No	NR	Pulsos de dexametasona 0,1 mg/kg dos veces por semana	Respuesta completa a los seis meses
Este informe	5/F	1	Zona parietal izquierda	Puntos amarillos, puntos negros, pelos rotos y pelos en signo de exclamación	No	NR	Espuma tópica de Clobetasol al 0,05% dos veces al día durante tres semanas	Respuesta completa

Abreviaturas: M, masculino; F, femenino; NR, no realizado; NI, no informado.

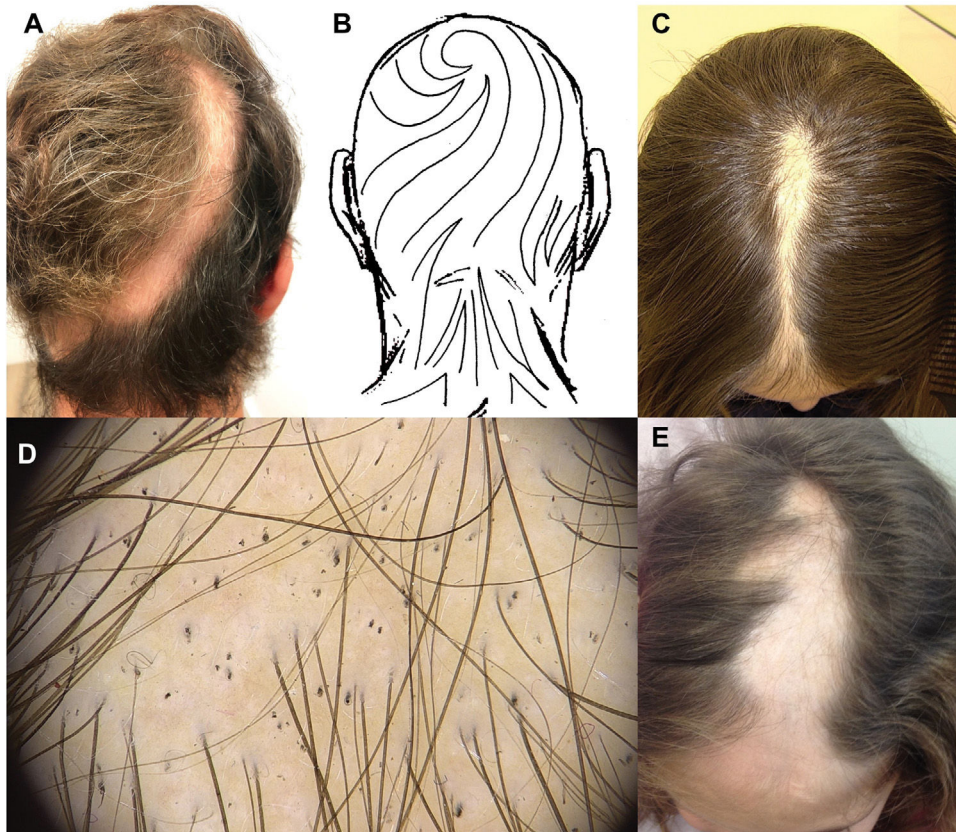


Figura 1 Alopecia areata lineal. (A) Placa de alopecia lineal que se extiende desde el vértex hasta la región occipital izquierda, siguiendo las líneas de Blaschko. (B) Líneas de Blaschko en la cabeza. (C) Placa de alopecia lineal a lo largo del área interparietal. (D) En la tricoscopia se observan puntos negros, pelos en cola de cerdo y pelos en signo de exclamación (FotoFinder® medicam 1000, Fotofinder systems, Alemania). (E) Placa de alopecia en patrón lineal en región frontal y parietal izquierda.

aspecto telangiectásico en la esclerodermia lineal; y pelos rotos, puntos negros, pelos en llama y signo en V en la tricotilomanía³.

Se sabe que el pronóstico de las AA es extremadamente variable y difícil de predecir. No hemos encontrado informes que sugieran que la AAL pueda tener un pronóstico o desenlace diferentes.

Hemos presentado una serie de tres pacientes con AAL, destacando la importancia de la tricoscopia en el diagnóstico diferencial de la alopecia en patrón lineal. Los dermatólogos deben tener en cuenta este aspecto para evitar la realización de procedimientos diagnósticos invasivos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Shetty S, Rao R, Kudva RR, Subramanian K. Linear alopecia areata. *Int J Trichology*. 2016;8:144-5.
2. Yu L, Lu Z. Linear alopecia areata. *JAAD Case Rep*. 2018;4:1072-3.

3. Mukherjee SS, Chandrashekar BS. Linear alopecia areata versus trichotillomania: the game of time. *Indian J Paediatr Dermatol*. 2018;19:136.
4. Albaghsi H, AlSaba'a S, Almustafa ZZ. Blaschko-linear alopecia areata in a child, an exceedingly rare variant. *Int J Dermatol*. 2022;61:e403-5.
5. Shin J, Jang HS, Cho SB. Rectangular-patterned occipital alopecia areata: a report of three cases. *Int J Trichology*. 2012;4:164-6.
6. Rhee C-H, Kim S-M, Kim MH, Cinn YW, Ihm C-W. Two cases of linear alopecia on the occipital scalp. *Ann Dermatol*. 2009;21:159-63.

J. Piquero-Casals^{a,*}, D. Morgado-Carrasco^b,
D. Saceda-Corralo^c y C. Peña-Penabad^d

^a *Dermik, Dermatology Clinic Multidisciplinary, Barcelona, España*

^b *Department of Dermatology, Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, España*

^c *Department of Dermatology, Ramon y Cajal Hospital, Madrid, España*

^d *Clínica Dermatológica Dr. Almagro, Coruña, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: j.piquero@dermik.es
(J. Piquero-Casals).