

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i1.7443>

Hallazgos tricoscópicos de utilidad en el diagnóstico de lupus eritematoso discoide activo

Useful trichoscopic findings in the diagnosis of active discoid lupus erythematosus.

Itzel Anayn Flores-Reyes,¹ María Socorro Hernández-Arana,² Luis Enrique Sánchez-Dueñas,³ Liliana Burgos-Mora,⁴ Ricardo Quiñones-Venegas,⁵ Guillermo Solís-Ledezma⁶

Resumen

ANTECEDENTES: El lupus eritematoso discoide es la variante crónica y más frecuente del lupus eritematoso cutáneo.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 47 años de edad, en quien, con los hallazgos clínicos, dermatoscópicos e histológicos, se estableció el diagnóstico de alopecia cicatricial por lupus eritematoso discoide que fue tratado con propionato de clobetasol loción capilar y minoxidil solución capilar, con lo que se observó disminución del proceso inflamatorio y recrecimiento de pelo en algunas áreas. No se le indicó tratamiento sistémico.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de alopecia en lupus eritematoso discoide es clínico-patológico y la dermatoscopia es una herramienta diagnóstica útil que correlaciona la clínica con la actividad en el lupus eritematoso discoide.

PALABRAS CLAVE: Lupus eritematoso discoide; alopecia; dermatoscopia.

Abstract

BACKGROUND: Discoid lupus erythematosus is the most frequent and chronic variant of cutaneous lupus erythematosus.

CLINICAL CASE: A 47-year-old male patient, in whom the clinical, dermoscopic and histological findings confirmed the diagnosis of cicatricial alopecia due to discoid lupus erythematosus who was treated with clobetasol propionate capillary lotion and minoxidil capillary solution, with which the inflammatory process decreased and there was regrowth of hair in some areas. Systemic treatment was not prescribed.

CONCLUSIONS: The diagnosis of alopecia in discoid lupus erythematosus is clinical-pathological and dermoscopy is a useful diagnostic tool that correlates the clinic with activity in discoid lupus erythematosus.

KEYWORDS: Discoid lupus erythematosus; Alopecia; Dermoscopy.

¹ Residente de Dermatología.

² Dermatóloga.

³ Dermatólogo y tricólogo.

⁴ Dermatóloga y cirujana dermatóloga.

⁵ Dermatólogo y dermatoscopista.

⁶ Dermatólogo y dermatopatólogo. Instituto Dermatológico de Jalisco José Barba Rubio, Zapopan, Jalisco, México.

Recibido: diciembre 2020

Aceptado: abril 2021

Correspondencia

María Socorro Hernández Arana
cocoheras@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Flores-Reyes IA, Hernández-Arana MS, Sánchez-Dueñas LE, Burgos-Mora L, Quiñones-Venegas R, Solís-Ledezma G. Hallazgos tricoscópicos de utilidad en el diagnóstico de lupus eritematoso discoide activo. Dermatol Rev Mex 2022; 66 (1): 135-141.

ANTECEDENTES

El lupus eritematoso discoide es la variante crónica y más frecuente del lupus eritematoso cutáneo.^{1,2,3} Afecta mayormente a mujeres jóvenes, en edad promedio de 30 años.¹ Tiene predilección por áreas fotoexpuestas, específicamente la cara, sobre las mejillas, las orejas, los labios, la nariz y la piel cabelluda.^{1,3}

La alopecia es un signo común y bien reconocido en el lupus eritematoso discoide.¹ Hasta el 60% de los pacientes con lupus eritematoso discoide tienen alopecia y un tercio de ellos alopecia del tipo cicatricial, definida como la pérdida de pelo permanente por destrucción de las células madre foliculares.^{1,3}

La alopecia del tipo cicatricial clásicamente se manifiesta como una o múltiples placas alopécicas que alternan áreas afectadas con áreas de piel sana, de forma redonda u ovalada, eritemato-escamosas, atróficas, con tapones foliculares escamosos adherentes sobre su superficie, que al retirarlos originan el signo característico de la tachuela o lengua de gato; de evolución progresiva, que comienza por una placa alopécica inflamatoria, hasta alopecia cicatricial tardía, asintomática o con prurito.¹ El diagnóstico es clínico e histopatológico, la tricoscopia es una herramienta diagnóstica.

Los hallazgos tricoscópicos presentes en el lupus eritematoso discoide son: puntos rojos foliculares, amarillos foliculares y azul grisáceos en patrón moteado, vasos arborizantes gruesos y decoloración marrón oscura dispersa. Además, el proceso fibrótico es difuso, lo que resulta en áreas perifoliculares blanco lechosas o rojas.¹

Cuadro 1

El análisis histopatológico muestra vacuolización de las células de la capa basal, tapones córneos, infiltración linfocítica periglandular y

vascular, con aumento de la mucina dérmica. Por inmunofluorescencia se observan depósitos granulares de IgG y C3 a lo largo de la unión dermoepidérmica y folicular.¹

El diagnóstico diferencial de lupus eritematoso discoide en piel cabelluda incluye otras alopecias cicatriciales, como liquen plano pilar (eritema perifolicular, escama y cicatrices) y alopecia frontal fibrosante (puntos blancos y grises).¹

El riesgo de lupus eritematoso sistémico (LES) en pacientes con lupus eritematoso discoide es del 5-15%, pero es mayor cuando las lesiones están debajo de la cabeza y cuello o son periungueales, o se cursa con artritis o exámenes de laboratorio anormales (leucopenia, anemia y títulos altos de anticuerpos antinucleares o velocidad de sedimentación globular).¹

En cuanto al tratamiento y ante la detección temprana, los pacientes responden bien a antipalúdicos orales, esteroides de alta potencia tópicos, orales e intralesionales; así como inhibidores de calcineurina (en áreas atróficas). Otras opciones terapéuticas con evidencia limitada son: metotrexato, retinoides, dapsona, talidomida y micofenolato de mofetilo. Los casos graves pueden beneficiarse de inmunoglobulina intravenosa o terapia biológica, ya sea con rituximab, ustekinumab o belimumab, este último es, a la fecha, el único biológico aprobado para el tratamiento del lupus eritematoso sistémico.^{1,3}

En el lupus eritematoso discoide los hallazgos tricoscópicos, específicamente los puntos amarillos grandes, los puntos rojos, los tapones foliculares y los halos blanquecinos perifoliculares como signo de inflamación, representan una oportunidad para identificar actividad de la enfermedad, dar un tratamiento oportuno, evitando la alopecia cicatricial permanente, por lo que comunicamos el siguiente caso.

Cuadro 1. Resumen de los hallazgos tricoscópicos reportados con más frecuencia y su correlación histopatológica⁷

Dermatoscopia	Histopatología	Caso
Hallazgos tempranos (activo)		
Puntos rojos foliculares	Extravasación de eritrocitos	Presente
Punto amarillo grande	Hiperqueratosis y ostium folicular queratinizado	Presente
Tapón queratósico folicular	Hiperqueratosis perifolicular	Presente
Halo blanquecino perifolicular	Fibrosis perifolicular	
Hallazgos tardíos		
Vasos arborizantes gruesos	Vasos lineales	
Escama blanquecina	Hiperqueratosis	Presente
Red de pigmento	Incontinencia pigmentaria	
Área blanquecina sin estructura (lechosas o rojas)	Fibrosis dérmica	Presente
Puntos azul-gis moteados	Melanófagos dérmicos, degeneración basal e incontinencia pigmentaria	

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 47 años, originario de Venezuela, residente de Guadalajara, México, quien acudió por tener un “área con pérdida de pelo”, de 8 meses de evolución, acompañada de prurito y dolor, sin tratamientos previos.

La dermatosis afectaba la piel cabelluda, en la región parieto-occipital izquierda, localizada y asimétrica. Estaba constituida por una placa alopecica, aislada, semiovalada, de 4.5 x 3.5 x 0.3 cm, eritematosa y rosada, con costra fina amarilla sobre su superficie, de bordes precisos, aspecto infiltrado, acompañada de huellas de rascado, de evolución aparentemente crónica.

Figura 1

La dermatoscopia mostró puntos amarillos de diferentes tamaños, alternando con escasos puntos rojos y taponamiento folicular (signos de inflamación y actividad) de predominio periférico; escama perifolicular blanquecina, sobre un fondo rojo lechoso y áreas aisladas con disminución de ostium folicular de predominio central (**Figura 2**). El estudio histológico



Figura 1. Imagen clínica. Placa alopecica eritematosa-rosada, con áreas de atrofia, costra fina amarilla sobre superficie de aspecto infiltrado.

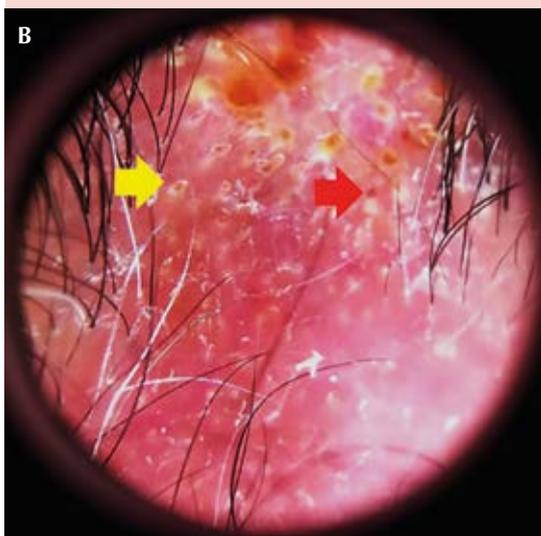
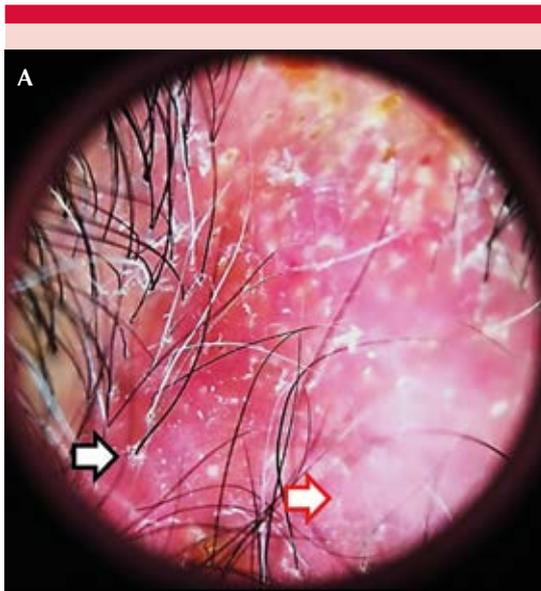


Figura 2. Imagen dermatoscópica. No polarizada. **A.** Áreas blanquecinas sin estructura (aspecto lechoso, flecha blanca con contorno rojo) y escama perifolicular blanca (flecha blanca con contorno negro). **B.** Puntos amarillo-naranja (flecha amarilla) y puntos rojos (flecha roja).

evidenció infiltrado inflamatorio linfocítico perifolicular con destrucción de algunos folículos pilosos. **Figura 3**

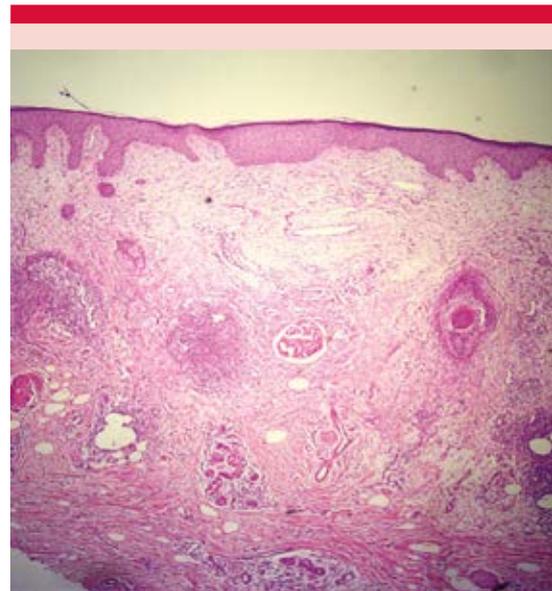


Figura 3. Imagen histopatológica, HE, 40X. Infiltrado inflamatorio linfocítico perifolicular, con destrucción de folículos pilosos y fibrosis dérmica.

Con los hallazgos clínicos, dermatoscópicos e histológicos se estableció el diagnóstico de alopecia cicatricial por lupus eritematoso discoide.

El paciente fue tratado con propionato de clobetasol loción capilar 0.05% diariamente por las noches, y minoxidil solución capilar al 5% mañana y noche, ambos durante 6 semanas; como terapia de mantenimiento se indicó propionato de clobetasol loción capilar 0.05% 2 veces por semana por las noches, y minoxidil solución capilar al 5% por las noches, ambos durante 6 semanas más, con lo que se observó disminución del proceso inflamatorio y recrecimiento de pelo en algunas áreas. No se le indicó tratamiento sistémico.

DISCUSIÓN

Lallas y su grupo propusieron los criterios dermatoscópicos de lupus eritematoso discoide,

que separaron en tempranos o agudos y tardíos o crónicos. De los agudos, indicativos de inflamación, se describen los puntos rojos foliculares, tapones queratósicos foliculares y halos blancos foliculares, el caso comunicado mostró puntos amarillos de diferentes tamaños que alternaban con puntos rojos y taponamiento folicular. Los hallazgos tardíos incluyen telangiectasias, escama, redes de pigmento y áreas blancas sin estructura, el caso comunicado presentó escama perifolicular blanquecina y fondo blanco lechoso también llamado sin estructura.^{4,5} **Cuadro 2**

En el caso que comunicamos, si bien en algunas áreas había evidencia de criterios tardíos, como la escama perifolicular blanquecina, fondo rojo lechoso y áreas con ausencia de ostium folicular, predominaron los hallazgos de actividad de la enfermedad, como puntos amarillos de diferentes tamaños y puntos rojos, importante en la orientación terapéutica.

En general, en el lupus eritematoso discoide los puntos amarillos foliculares por lo regular son escasos, con doble contorno, grandes dimensiones y bien delimitados, que corresponden a hiperqueratosis y casquillos foliculares. Son

típicos de la fase activa de la enfermedad y al progresar a etapas tardías, se vuelven pálidos y poco demarcados; en nuestro paciente se observaron puntos amarillos grandes y pequeños.^{6,7,8} Los puntos rojos foliculares son estructuras concéntricas eritematosas, distribuidos alrededor del ostium folicular e histopatológicamente se correlacionan con infundíbulos estrechos obstruidos por queratina y rodeados de vasos dilatados y eritrocitos extravasados que se han asociado con lupus eritematoso discoide activo; en el caso que comunicamos, en comparación con los amarillos, eran en menor número.^{3,6} Los puntos azul grisáceos representan melanófagos y melanina en la dermis papilar (dermatitis de interfaz activa), degeneración de la basal e incontinencia pigmentaria.^{9,10,11} La presencia de vasos arborizantes delgados emergidos radialmente de un gran punto amarillo constituye el signo de la araña y se considera peculiar en lupus durante la etapa prefibrótica.⁷ La reducción en el número de ostium folicular es un hallazgo típico de alopecias cicatriciales; en el caso comunicado no predominaban, pero se encontró la reducción de los ostium foliculares en algunas áreas.¹¹ Otras correlaciones histopatológicas descritas son: halo blanquecino perifolicular

Cuadro 2. Hallazgos tricoscópicos reportados por Salah³ y Lallas y su grupo⁴ comparados con los del caso comunicado

Patrón tricoscópico	Salah (n = 57) % (núm.)	Lallas y col. (n = 55) % (núm.)	Caso
Taponamiento queratósico folicular	56.1 (32)	67.3 (37)	Presente
Escama	52.6 (30)	49.1 (27)	Presente
Halos blancos	45.6 (26)	69.1 (38)	
Vasos arborizantes	45.6 (26)	52.7 (29)	
Áreas blancas sin estructura	45.6 (26)	36.4 (20)	Presente
Puntos amarillos	17.5 (10)	No reportado	Presente
Puntos rojos	8.8 (5)	36.4 (20)	Presente
Red de pigmento	43.9 (25)	43.6 (24)	
Disminución de ostium folicular	17.5 (10)	No reportado	Presente
Ulceración-erosión	5.3 (3)	No reportado	
Manchas de sangrado	8.8 (5)	No reportado	

con fibrosis perifolicular, tapón queratósico folicular con hiperqueratosis perifolicular, vasos telangiectásicos con vasos congestivos, escama blanquecina con hiperqueratosis (presente en el caso), red de pigmento con incontinencia pigmentaria y área blanquecina sin estructura con fibrosis dérmica (presente en el caso).⁸

En el estudio realizado por Tosti y su grupo en 13 pacientes con lupus eritematoso discoide, se encontraron puntos rojos en 5 pacientes (4 mujeres y 1 hombre), con edades de 29 a 66 años, tiempo de evolución promedio 6 meses, con intervalo de 2 a 18 meses y diagnóstico confirmado mediante estudio histopatológico e inmunofluorescencia, encontrando este hallazgo específico de alopecia por lupus eritematoso discoide activo; si bien el número de pacientes del estudio fue reducido, se encontró en una proporción considerable de la población de estudio y también presente en nuestro paciente.¹⁰

Salah realizó un estudio de 20 pacientes con lupus eritematoso discoide confirmado histológicamente. Eran 15 mujeres y 5 hombres, de 24 a 45 años (promedio 34.9 ± 6 años), con duración de las lesiones de 1 a 18 meses (media 7.47 meses), 4/20 pacientes con lupus eritematoso sistémico. El 85% tenían lesiones cutáneas y 15% cutáneas y mucosas (oral). Los criterios dermatoscópicos más frecuentes fueron: taponamiento folicular (56.1%), escama (52.6%), halos blancos (45.6%), telangiectasias (45.6%) y áreas blancas sin estructura (45.6%). Se describieron nuevos hallazgos como: rosetas (17.5%) ostium folicular reducido (17.5%), manchas de sangrado (8.8%), puntos rojos (8.8%) y ulceración/erosión (5.3%). Si comparamos el porcentaje de puntos rojos, Tosti y su grupo lo encontraron con mayor frecuencia (38%) en los pacientes con lupus eritematoso discoide en comparación con Salah (8.8%). Además, observaron una correlación significativa entre taponamiento folicular (presente en el caso) y halos blancos perifoliculares, con

lesiones tempranas y telangiectasias y áreas blancas sin estructura con lesiones tardías (presente en el caso); de forma estricta nuestro paciente mostró predominio de signos de actividad e inflamación en la periferia de las lesiones en placa y signos de cronicidad en algunas áreas en el centro de la placa.³ **Cuadro 2**

Ankad y colaboradores también reportaron estructuras en roseta en piel cabelluda (puntos blancos en forma de trébol de cuatro hojas), pero no lo correlacionaron histológicamente.⁵

Inui y su grupo reportaron pigmentación perifolicular como hallazgo dermatoscópico inicial de la enfermedad.⁶

Huet y colaboradores reportaron que, en la etapa inicial o activa, son las anomalías foliculares las que predominan y constituyen el proceso inflamatorio, por lo que describen: taponamiento folicular con rosetas blanco-amarillentas en el 67% (correlación con ortoqueratosis y obstrucción folicular por hiperqueratosis); lo que se considera un hallazgo constante y también descrito por Salah en más de la mitad de los casos (56.1%). Huet y su grupo también observaron vasos lineales y arborizantes que se deslizan de los agujeros foliculares, signo de la araña en el 52% (congestión de la dermis superficial), puntos foliculares rojos en el 36% (principal característica asociada con inflamación y también descrita de forma constante por Tosti y su grupo. en el 38% y Salah en el 8.8%). En las fases tardías o cicatriciales encontraron: halo perifolicular blanquecino en el 69% (expresión de fibrosis perifolicular), escama blanca sobre un fondo eritematoso en el 49% (engrosamiento de la capa córnea; presente en el paciente y un porcentaje similar también reportado por Salah del 52.6%), pigmentos reticulares en el 43% (incontinencia pigmentaria, vinculada con la agresión de las capas basales de la epidermis) y áreas blanquecinas en el 36% de los casos (en menor porcentaje que el reportado por Salah de 45.6%).⁸

En cuanto al pronóstico, cuando están presentes puntos rojos alrededor de las aperturas foliculares (como los encontrados en el caso comunicado) se ha interpretado como expresión de enfermedad activa y se relaciona con buen pronóstico, por posible recrecimiento del pelo tras el tratamiento rápido.⁹

CONCLUSIONES

El diagnóstico de alopecia en lupus eritematoso discoide es clínico-patológico y la dermatoscopia es una herramienta diagnóstica útil que correlaciona la clínica con la actividad en el lupus eritematoso discoide.

En el caso comunicado encontramos hallazgos dermatoscópicos tempranos (puntos amarillos de diferentes tamaños, escasos puntos rojos, escama perifolicular blanquecina) y tardíos (fondo rojo lechoso sin estructura y ausencia de ostium folicular) que se deben a la cronicidad y por tratarse de un caso activo.

REFERENCIAS

1. Udompanich S, Chanprapaph K, Suchonwanit P. Hair and scalp changes in cutaneous and systemic lupus erythematosus. *Am J Clin Dermatol* 2018; 19 (5): 679-694. doi: 10.1007/s40257-018-0363-8.
2. Tayer-Shifman OE, Rosen CF, Wakani L, Touma Z. Novel biological therapeutic approaches to cutaneous lupus erythematosus. *Expert Opin Biol Ther* 2018; 18 (10): 1041-1047. doi: 10.1080/14712598.2018.1513484.
3. Salah E. Clinical and dermoscopic spectrum of discoid lupus erythematosus: novel observations from lips and oral mucosa. *Int J Dermatol*. 2018; 57 (7): 830-836. doi: 10.1111/ijd.14015.
4. Lallas A, Apalla Z, Lefaki I, Sotiriou E, et al. Dermoscopy of discoid lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 2013; 168: 284-288. doi: 10.1111/bjd.12044.
5. Ankad BS, Shah SD, Adya KA. White rosettes in discoid lupus erythematosus: a new dermoscopic observation. *Dermatol Pract Concept* 2017; 7: 9-11. doi: 10.5826/dpc.0704a03.
6. Inui S, Itami S, Murakami M, Nishimoto N. Dermoscopy of discoid lupus erythematosus: report of two cases. *J Dermatol* 2014; 41 (8): 756-7. doi: 10.1111/1346-8138.12547.
7. Lima C, Lemes L, Melo D. Yellow dots in trichoscopy: relevance, clinical significance and peculiarities. *An Bras Dermatol* 2017; 92 (5): 724-726.
8. Huet P, Barnéon G, Cribier B. Scalp discoid lupus erythematosus: Dermatopathologic-dermatoscopic correlation. *Ann Dermatol Venereol* 2016; 143 (10): 657-660. doi: 10.1016/j.annder.2016.04.006.
9. Lacarrubba F, Micali G, Tosti A. Scalp dermoscopy or trichoscopy. *Curr Probl Dermatol* 2015; 47: 21-32. doi: 10.1159/000369402.
10. Tosti A, Torres F, Misciali C, Vincenzi C, Starace M, Miteva M, et al. Follicular red dots: a novel dermoscopic pattern observed in scalp discoid lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 2009; 145 (12): 1406-9. doi: 10.1001/archdermatol.2009.277.
11. Duque-Estrada B, Tamler C, Sodr e CT, Barcaui CB, Pereira FB. Dermoscopy patterns of cicatricial alopecia resulting from discoid lupus erythematosus and lichen planopilaris. *An Bras Dermatol* 2010; 85 (2): 179-83. doi: 10.1590/s0365-05962010000200008.