

ANTHELIOS

Alopecia en parches asociada con lupus eritematoso sistémico: diagnóstico diferencial con alopecia areata

María del Carmen de la Torre-Sánchez¹
Daniela Gutiérrez-Mendoza¹
Sonia Toussaint-Caire²

¹ Clínica de Pelo.

² Departamento de Dermatopatología.
Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez.

RESUMEN

La alopecia constituye una de las manifestaciones cutáneas más frecuentes del lupus eritematoso sistémico; puede ser cicatricial o no cicatricial y manifestarse como difusa o en parches. La alopecia en el lupus puede coexistir o confundirse con otras enfermedades del pelo, como la alopecia areata; por lo que es necesario realizar tricoscopia y estudio histopatológico para poder diferenciarlas. Reconocer una alopecia en parches secundaria a lupus eritematoso sistémico es importante para valorar la actividad de la enfermedad, así como para indicar el tratamiento adecuado que repercuta en el pronóstico. Comunicamos dos casos de alopecia en parches asociada con lupus eritematoso sistémico con características clínicas similares a una alopecia areata.

Palabras clave: alopecia en lupus eritematoso, alopecia areata, dermatoscopia.

Patchy alopecia in systemic lupus erythematosus: differential diagnosis with alopecia areata

ABSTRACT

Alopecia is one of the most common cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus. It can be manifested as a scarring or non-scarring alopecia, with a diffuse or patchy presentation. It can coexist or be confused with other hair diseases, such as alopecia areata. Trichoscopy and histopathology are essential in order to differentiate them. Recognizing patchy alopecia secondary to systemic lupus erythematosus is important since it is a marker of disease activity and can help in choosing an appropriate treatment that may impact the prognosis. We present two cases of patchy alopecia associated with systemic lupus erythematosus with clinical features similar to alopecia areata.

Key words: lupus erythematosus alopecia, alopecia areata, dermoscopy.

Recibido: 14 de abril 2015

Aceptado: 23 de junio 2015

Correspondencia: Dra. María del Carmen de la Torre Sánchez
Malvas 63
04890 México, DF
docmact@yahoo.com

Este artículo debe citarse como

De la Torre-Sánchez MC, Gutiérrez-Mendoza D, Toussaint-Caire S. Alopecia en parches asociada con lupus eritematoso sistémico: diagnóstico diferencial con alopecia areata. Dermatol Rev Mex 2015;59:361-367.

ANTECEDENTES

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico tienen algún tipo de alopecia, incluso, en 60% de los casos, principalmente de tipo no cicatricial, y puede manifestarse como efluvio telógeno, alopecia difusa o alopecia en parches.¹ Es importante hacer el diagnóstico diferencial con otros tipos de alopecia que pueden coexistir y que se parecen entre sí; como la alopecia areata, que tiene incidencia de 10% en pacientes con lupus, porcentaje mayor que en la población general.²

De acuerdo con un estudio efectuado en 122 pacientes con lupus eritematoso sistémico y alopecia, la forma de manifestación más frecuente es una alopecia difusa por efluvio telógeno. Sólo 18 pacientes tuvieron alopecia en parches y se manifestó como placas con pérdida total o parcial de pelo, algunas con eritema leve y sin evidencia de cicatriz.¹

Ye y colaboradores evaluaron a 21 pacientes con lupus eritematoso sistémico y alopecia no cicatricial en parches y reportaron que la mayoría tenía placas pseudoalopécicas, algunas con eritema. Los hallazgos tricoscópicos más frecuentes fueron telangiectasias, hipopigmentación de los tallos pilosos, pelos adelgazados, patrón en panal de abeja, pelos vellosos y puntos amarillos. Al estudio histopatológico observaron atrofia de epidermis con vacuolización de la capa basal e incontinencia de pigmento con infiltrado perivascular, pero no alrededor de los folículos pilosos.³

Comunicamos dos casos de alopecia en parches en pacientes con lupus eritematoso sistémico, en quienes se realizó estudio histopatológico para descartar alopecia areata.

CASO 1

Paciente femenina de 19 años de edad con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico,

acudió a consulta por una dermatosis de un año de evolución, localizada a la piel cabelluda que afectaba la región frontoparietal derecha, parietal izquierda y occipital en línea media, caracterizada por cuatro placas alopécicas bien delimitadas y de formas irregulares. La menor medía 1.5 cm de diámetro y la mayor de 10 x 5 cm; esta última con leve eritema. La piel era lisa y acolchonada, sin induración. En la tricoscopia se observaron puntos amarillos, algunos con pelos distróficos en su interior, unidades foliculares únicas, pelos vellosos, pelos enrollados en forma de "cola de cochino" y vasos arborizantes (Figura 1). La prueba de tracción positiva y los estudios serológicos mostraron anticuerpos antinucleares positivos 1:160 y anti-SSA >200. Mediante los datos clínicos y el estudio tricoscópico se diagnosticó alopecia no cicatricial en parches compatible con alopecia areata.

En el corte longitudinal de la biopsia de piel cabelluda se observó hiperqueratosis en red de canasta con focos de paraqueratosis, atrofia epidérmica y vacuolización de la capa basal. Desde la dermis reticular media al tejido celular subcutáneo se identificó un denso infiltrado

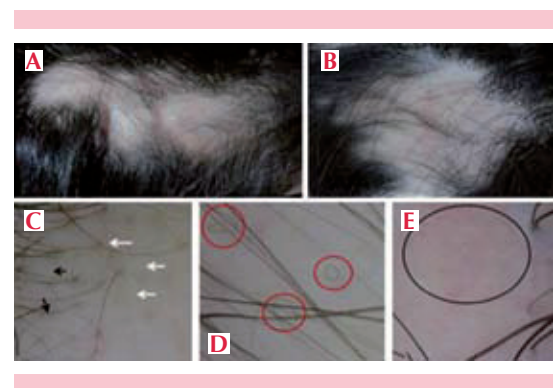


Figura 1. Imágenes clínicas y dermatoscópicas del caso 1. **A.** Placa alopécica; **B.** Placa alopécica con leve eritema. **C.** Puntos amarillos (flechas blancas) y pelos vellosos (flechas negras). **D.** Pelos enrollados (círculos rojos) y unidades foliculares únicas. **E.** Vasos arborizantes (círculo negro).

ANTHELIOS

inflamatorio con disposición perivascular, perifolicular, perineural y periglandular compuesto por linfocitos y algunas células plasmáticas; con dos pelos terminales en catágeno. En el corte transversal se observaron 18 folículos pilosos, 15 en telógeno y sólo 3 en anágeno, así como el infiltrado inflamatorio descrito. En el corte profundo no se observaron folículos pilosos. Se concluyó que era una alopecia no cicatricial inflamatoria con inducción de catágeno-telógeno, que por la existencia de daño de interfaz e in-

flamación perianexial profunda es compatible con alopecia asociada con actividad de lupus eritematoso sistémico (Figura 2).

CASO 2

Paciente femenina de 20 años de edad con dermatosis de cinco meses de evolución, localizada a la piel cabelluda que afectaba la región parietal, caracterizada por dos placas de alopecia bien delimitadas de formas irregulares,

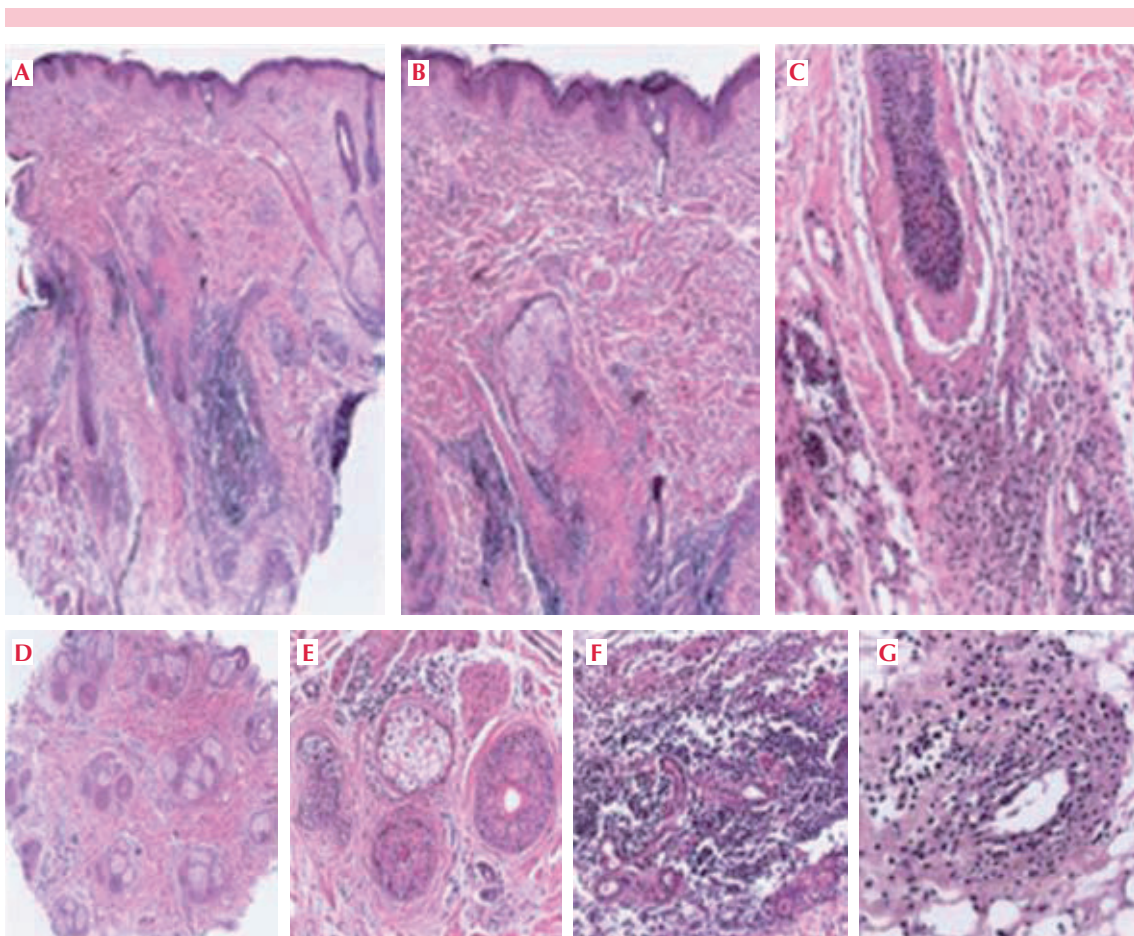


Figura 2. Imágenes histológicas del caso 1. **A-C.** Cortes longitudinales de piel cabelluda. **A y B.** En la dermis reticular media al tejido celular subcutáneo infiltrado inflamatorio por linfocitos; con dos pelos terminales. **C.** Pelo en catágeno con infiltrado peribulbar por linfocitos. **D-G.** Cortes transversales de piel cabelluda. **D.** 18 folículos pilosos. **E.** Dos pelos en catágeno y uno en anágeno, con linfocitos rodeando la glándula sebácea. **F.** Infiltrado periglandular por linfocitos. **G.** Infiltrado perivascular por linfocitos.

de 1 cm de diámetro cada una, así como menor densidad del pelo de forma difusa. La piel era lisa y acolchonada, sin induración. La prueba de tracción fue positiva. En la tricoscopia se observaron unidades foliculares únicas, pelos vellosos, pelos enrollados en forma de “cola de cochino” y vasos arborizantes, sin cambios en la epidermis perifolicular (Figura 3). La paciente padecía lupus eritematoso sistémico cinco años previos a la dermatosis, con anticuerpos antinucleares positivos 1:320. El diagnóstico clínico y dermoscópico fue de alopecia no cicatricial en parches compatible con alopecia areata.

En el corte longitudinal de la biopsia de piel cabelluda se reportó epidermis con estrato córneo en red de canasta y vacuolización focal de la capa basal. Se encontraron cuatro folículos pilosos terminales y un infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial por linfocitos, células plasmáticas y escasos eosinófilos. En el corte transversal superficial tenía 26 pelos, 19 terminales y 7 vellosos (relación terminal: veloso de 2.7:1), 4 en catágeno-telógeno (mayor de 15%) y 22 en anágeno. En el corte profundo se obser-

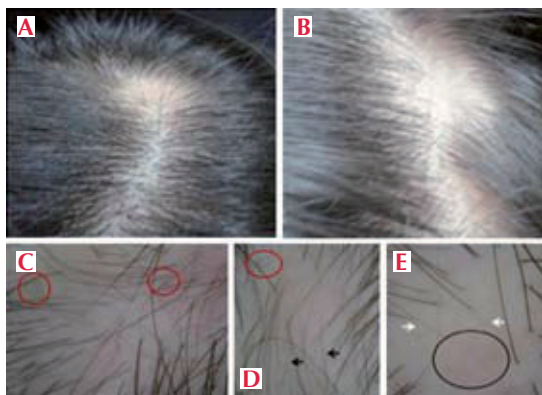


Figura 3. Imágenes clínicas y dermatoscópicas del caso 2. **A** y **B.** Placas alopécicas en parche de forma circular y difusa. **C.** Pelos enrollados (círculos rojos), unidades foliculares únicas y vasos arborizantes. **D.** Pelos vellosos (flechas negras). **E.** Vasos arborizantes (círculo negro) y puntos amarillos (flechas blancas).

varon nueve folículos pilosos terminales, uno en catágeno-telógeno y ocho en anágeno. Con los hallazgos patológicos se diagnosticó alopecia no cicatricial con aumento de catágeno-telógeno y miniaturización. Por la existencia de infiltrado profundo perifolicular y perianexial se consideró compatible con alopecia asociada con lupus eritematoso sistémico (Figura 4).

COMENTARIO

En los dos casos comunicados, el cuadro clínico fue muy semejante al de alopecia areata, porque las pacientes tenían placas alopécicas en parches con tracción positiva. Salvo por el eritema que se observó en una placa de la paciente del caso

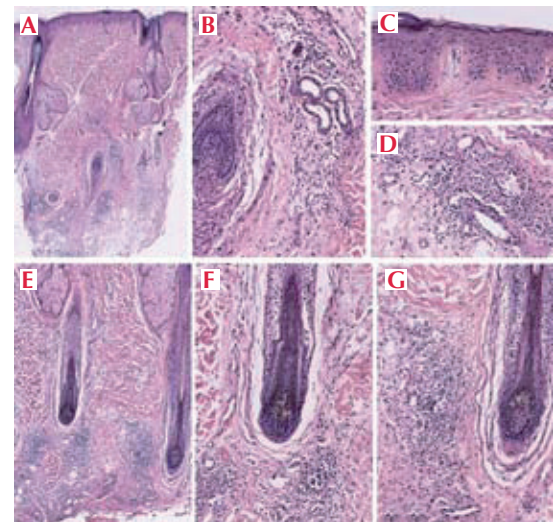


Figura 4. Imágenes histológicas del caso 2. Cortes longitudinales de piel cabelluda. Presencia de cuatro folículos pilosos, tres terminales, un veloso. **A.** En la dermis reticular profunda y el tejido celular subcutáneo se observa infiltrado linfocitario. **B.** Pelo en anágeno, infiltrado periglandular por linfocitos. **C.** Epidermis con vacuolización focal de la capa basal y fibroplasia de la dermis papilar. **D.** Infiltrado perivascular por linfocitos. **E.** Infiltrado inflamatorio linfocitario en la dermis profunda. **F.** Pelo en catágeno con infiltrado peribulbar por linfocitos. **G.** Pelo en anágeno con infiltrado peribulbar por linfocitos.

ANTHELIOS

1, no se observaron otros datos relevantes, como pelos en exclamación (Cuadro 1).

Cuadro 1. Signos clínicos de lupus eritematoso sistémico y alopecia areata

Signo	Lupus eritematoso sistémico	Alopecia areata
Placas alopécicas	+	+
Aspecto cicatricial	-	-
Pelos peládicos	-	+
Eritema	+	-
Prueba de tracción*	+/-	+/-

*La prueba de tracción es positiva cuando la alopecia está activa.

En la tricoscopia, además de las telangiectasias, puntos amarillos y los pelos vellosos que se han reportado,³ se encontraron pelos enrollados regulares y unidades foliculares únicas (Cuadro 2).

Los pelos vellosos, que son cortos y delgados, se observan en alopecias no cicatriciales, como androgenética y areata.⁴ Los pelos enrollados en forma de “cola de cochino” se asocian con pelos nuevos en crecimiento en alopecias agudas, so-

Cuadro 2. Signos dermatoscópicos de lupus eritematoso sistémico y alopecia areata

Signo	Lupus eritematoso sistémico	Alopecia areata
Pelos vellosos	+	+/-
Pelos en “signo de exclamación”	-	+
Pelos ahusados	-	+
Pelos enrollados regulares en forma de “cola de cochino”	+	+/-
Unidades foliculares únicas	+	+
Puntos amarillos	+	+
Puntos negros	-	+
Hiperpigmentación de “panal de abeja”	-	-
Signo peripilar	-	-
Vasos arborizantes	+	+/-

bre todo en alopecia areata; se distinguen de los pelos enrollados irregulares y rugosos que se ven en tricotilomanía por la tracción (Figura 5).⁵ Las unidades foliculares únicas se ven en alopecias cicatriciales y no cicatriciales.⁶

Los puntos amarillos se dan por la acumulación de sebo y queratina en el infundíbulo, no siempre están presentes debido al lavado del pelo y se encuentran principalmente en alopecias areata, androgenética y efluvo telógeno.^{7,8}

El diagnóstico tricoscópico de los casos comunicados de acuerdo con los hallazgos es de una alopecia no cicatricial, porque no hay evidencia de áreas blancas ni ausencia de aperturas foliculares.⁴ A pesar de que encontramos signos de otras alopecias no cicatriciales, no es compatible con el diagnóstico de alopecia areata aguda en fase activa por la ausencia de puntos negros, pelos en “signo de exclamación” y por la mayor cantidad de vasos arborizantes. Tampoco es compatible con alopecia androgenética por la ausencia de variabilidad en el diámetro del pelo, signo del “panal de abejas”, ni halo marrón peripilar.

En las biopsias de piel cabelluda, además de los cambios epidérmicos de lupus eritematoso sistémico, también se observa un infiltrado perifolicular alrededor del bulbo en forma de

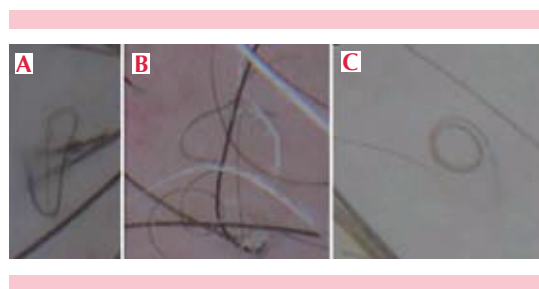


Figura 5. Diferencias tricoscópicas de pelos enrollados. **A** y **B.** Pelos enrollados irregulares en tricotilomanía. **C.** Pelo enrollado en “cola de cochino” en lupus eritematoso sistémico.

“enjambre de abejas”, así como incremento en el catágeno-telógeno y miniaturización folicular (Cuadro 3).

En los dos estudios histológicos, al igual que en etapas tempranas de la alopecia areata, puede observarse un infiltrado inflamatorio peribulbar que afecta a los folículos terminales, así como un cambio de pelos en ciclo de anágeno a catágeno-telógeno. Los hallazgos histopatológicos que ayudan a diferenciarlas son la atrofia epidérmica, daño de interfaz en la capa basal de la epidermis, infiltrado linfoplasmocitario perivascular y periglandular en la dermis profunda e incremento en la mucina intersticial.⁹

En el lupus eritematoso discoide y otros tipos de alopecia cicatricial, el infiltrado inflamatorio rodea y destruye las porciones superiores del pelo, como el infundíbulo e istmo, que son regiones permanentes que contienen células

madre. En cambio, en la alopecia en parches del lupus eritematoso sistémico la inflamación es profunda sin infiltrado superficial¹⁰ y se observa como “enjambre de abejas” rodeando al bulbo. Esta parte del folículo piloso se regenera con cada ciclo folicular, por lo que al inflamarse, induce el estado de catágeno-telógeno y a la larga vuelve a crecer el pelo en anágeno. Esto explica que no haya daño folicular permanente o alopecia cicatricial.

Las características histológicas que sí comparten el lupus eritematoso sistémico y el discoide son la vacuolización de la capa basal de epidermis, engrosamiento de la membrana basal y un infiltrado por linfocitos perivascular y perianexial.¹¹

Aunque la alopecia no forma parte de los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología para lupus eritematoso sistémico,¹² sí se considera a la alopecia de tipo no cicatricial entre los criterios diagnósticos del SLICC (*Systemic Lupus International Collaborating Clinics*)¹³ y en los índices de actividad del SLEDAI (*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*), que otorga cuatro puntos a la existencia de alopecia en parches, excluyendo otras entidades, como alopecia areata.¹²

En los pacientes con lupus eritematoso sistémico y alopecia en parches, el diagnóstico correcto de la alopecia apoya el diagnóstico de lupus de acuerdo con los criterios del SLICC y valora el índice de actividad de la enfermedad (SLEDAI). Por tanto, en estos pacientes es importante solicitar estudios serológicos que valoren la actividad de la enfermedad para otorgar un tratamiento oportuno y mejorar el pronóstico. Asimismo, en pacientes con sospecha clínica de alopecia areata que no responden al tratamiento convencional, será conveniente realizar estudios serológicos e histopatológicos para descartar lupus eritematoso sistémico.

Cuadro 3. Signos histológicos de lupus eritematoso sistémico y alopecia areata

Signo	Lupus eritematoso sistémico	Alopecia areata
Atrofia epidérmica	+	-
Vacuolización de la capa basal	+	-
Engrosamiento de la membrana basal	+	-
Infiltrado perivascular*	+	-
Infiltrado periglandular*	+	-
Infiltrado peribulbar en forma de “enjambre de abejas”*	+	+
Infiltrado alrededor de istmo o infundíbulo*	-	-
Destrucción de unidad pilosebácea	-	-
↑ catágeno-telógeno	+	+
↓ de pelos terminales:	+	+
↑ de pelos vellosos		
Miniaturización	+	+
Depósito de mucina en dermis	+	-

*El infiltrado inflamatorio es de predominio linfoplasmocitario.

ANTHELIOS

Como observamos en estos dos casos, la alopecia en parches del lupus eritematoso sistémico puede confundirse clínicamente con alopecia areata; sin embargo, la correlación de los datos clínicos con la tricoscopia e histología aporta claves que nos ayudan a hacer el diagnóstico diferencial.

REFERENCIAS

1. Yun SJ, Lee JW, Yoon HJ, Lee SS, et al. Cross-sectional study of hair loss patterns in 122 Korean systemic lupus erythematosus patients: A frequent finding of non-scarring patch alopecia. *J Dermatology* 2007;34:451-455.
2. Werth VP, White WL, Sanchez MR, Franks AG. Incidence of alopecia areata in lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 1992;128:368-371.
3. Ye Y, Zhao Y, Gong Y, Zhang X, et al. Non-scarring patchy alopecia in patients with systemic lupus erythematosus differs from that of alopecia areata. *Lupus* 2013;22:1439.
4. Rudnicka L, Rakowska A, Olszewska M. Trichoscopy: How it may help the clinician. *Dermatologic Clinics* 2013;31:29-41.
5. Argenziano G, Zalaudeck I, Giacomel J. Dermoscopy. *Dermatol Clin* 2013;31:701-705.
6. Fernández PMA, Serrano Falcón C, Serrano Ortega S. Demoscopia en tricología: tricoscopia. *Med Cutan Iber Lat Am* 2011;39:211-219.
7. Ross E, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:799-806.
8. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, Slowinska M. Trichoscopy update 2011. *J Dermatol Case Rep* 2011;5:82-88.
9. Stefanato CM. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis. *Histopathology* 2010;56:24-38.
10. Trüeb RM. Involvement of scalp and nails in lupus erythematosus. *Lupus* 2010;19:1078-1086.
11. Hordinsky M. Cicatricial alopecia: discoid lupus erythematosus. *Dermatologic Therapy* 2010;21:245-248.
12. Bertsias G, Cervera R, Boumpas DT. Systemic lupus erythematosus: Pathogenesis and clinical features. En: Bijlsma JW. *EULAR textbook on Rheumatic Diseases*, BMJ 2012;481-487.
13. Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, et al. Derivation and validation of systemic lupus international collaborating clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2012;64:2677-2686.