

Alopecia areata incógnita

RESUMEN

La alopecia areata incógnita es una forma poco frecuente de alopecia areata que se caracteriza por la pérdida abrupta de pelos en telógeno y una distribución difusa, a diferencia de la manifestación clásica en placas. Es más frecuente en mujeres y, aunque puede confundirse clínicamente con efluvio telógeno o alopecia de patrón femenino, los hallazgos dermatoscópicos e histopatológicos son característicos para el diagnóstico. En términos dermatoscópicos, se distingue por numerosos puntos amarillos de tamaño variable, además de pelos cortos vellosos. A diferencia de otras formas de alopecia areata, como la alopecia areata total, universal y oíásica, el pronóstico suele ser favorable con la administración de esteroides tópicos o sistémicos. Se comunica un caso clínico en el que se diagnosticó esta entidad y se hace una breve revisión de la bibliografía al respecto.

Palabras clave: alopecia, alopecia areata, dermatoscopia.

Luis Enrique Sánchez-Dueñas¹
Mónica Patricia Ramos-Álvarez²
Guillermo Solís-Ledesma³

¹ Dermatólogo. Práctica privada.

² Dermatóloga, Cirujana dermatóloga y Dermatóloga pediatra. Práctica privada.
Dermika Centro Dermatológico Láser, Zapopan, Jalisco, México.

³ Dermatopatólogo, Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Zapopan, Jalisco, México.

Alopecia areata incognita

ABSTRACT

Alopecia areata incognita is a rare form of alopecia areata characterized by acute diffuse shedding of telogen hairs in the absence of the typical patchy distribution. It is more frequent in women and although it could be clinically misdiagnosed as telogen effluvium or androgenetic alopecia, its histopathological and dermoscopic features are characteristic. Dermoscopy shows numerous yellow dots and short regrowing hairs. Prognosis is generally good if treated with topical or systemic steroids but it is not the case in other variants of alopecia areata, such as alopecia areata totalis, universalis and ophiasic areata. We present a case report of alopecia areata incognita and a brief review of the available literature.

Key words: alopecia, alopecia areata, dermoscopy.

Recibido: 21 de abril 2015

Aceptado: 14 de junio 2015

Correspondencia: Dr. Luis Enrique Sánchez Dueñas
Av. Rafael Sanio 168, piso 3
45030 Zapopan, Jalisco, México
drlapeau@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Sánchez-Dueñas LE, Ramos-Álvarez MP, Solís-Ledesma G. Alopecia areata incógnita. Dermatol Rev Mex 2015;59:434-438.

ANTECEDENTES

La alopecia areata incógnita la describió Rebora en 1987.¹ Es una forma poco frecuente de alopecia areata que se caracteriza por la pérdida abrupta de pelo en una distribución difusa, a diferencia de la manifestación clásica en placas.² Parece ser más frecuente en mujeres y, aunque puede confundirse con efluvio telógeno o alopecia de patrón femenino, los hallazgos clínicos, dermatoscópicos e histopatológicos son característicos para el diagnóstico. A diferencia de otras formas de alopecia areata, como la alopecia areata total, universal y oñásica, el pronóstico suele ser favorable.³

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 16 años de edad, que refirió inicio súbito de caída de pelo hacía dos años. Previo al momento de su consulta con nosotros, había acudido a valoración a una clínica de control capilar en donde estuvo en tratamiento sin diagnóstico ni mejoría. Encontramos una alopecia con patrón difuso, con disminución del calibre del pelo, con predominio de áreas andrógeno-dependientes (Figura 1). La prueba de tracción fue positiva y no se encontró alteración en las cejas, las pestañas, el vello corporal ni en las uñas. No había antecedente de enfermedad sistémica, factores carenciales ni medicamentosos al momento del inicio de la caída del pelo. En la dermatoscopia (Dermlite II pro HR, 3 Gen) se encontraron pelos vellosos y puntos amarillos perifoliculares de diferente tamaño y distribuidos de manera homogénea (Figura 2). Se tomó biopsia en sacabocado de 4 mm y se procesó para cortes verticales y teñidos con hematoxilina y eosina (HyE). En el análisis histopatológico pudieron evidenciarse tapones córneos infundibulares, folículos pilosos vellosos en etapa de telógeno así como infiltrado linfocítico escaso y perifolicular (Figura 3). Los resultados de la biometría hemática, cinética de hierro y función tiroidea fueron normales.



Figura 1. Alopecia difusa con predominio de los sitios andrógeno dependientes.



Figura 2. Dermatoscopia donde se observan puntos amarillos (flecha gruesa) y pelos vellosos (flecha delgada) [Dermlite HR pro, 10x].

DISCUSIÓN

La alopecia areata incógnita la describió Rebora en 1987.¹ El inicio de la caída es súbito

Pilexil®

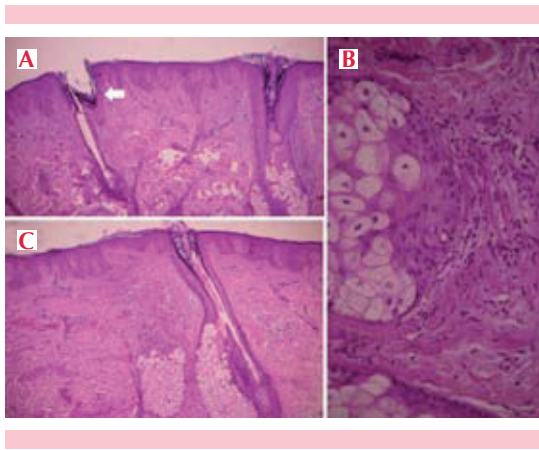


Figura 3. Histopatología donde se observan: **A.** Dilataciones infundibulares y tapón córneo (flecha blanca). **B.** Escasez de folículos pilosos, se observa un folículo vellosos en telógeno tardío, con escaso infiltrado linfocítico (HyE 10x). **C.** Acercamiento al infiltrado inflamatorio perifolicular (HyE 40x).

y no afecta un área específica, por lo que no se manifiesta con placas de alopecia, sino con adelgazamiento difuso del calibre del pelo. La explicación de esto parece encontrarse en el alto porcentaje de pelos en telógeno de manera simultánea, lo que no permite que se forme una placa de alopecia definida, sino una afectación difusa, a diferencia de la alopecia areata, en la que las placas de alopecia se relacionan con la fase anágeno VI, simultánea en los folículos del área circunscrita afectada y, debido a la elevada actividad mitótica, resultan más afectados.^{3,4} Sin embargo, y pese a la distribución difusa y aguda inicial, algunos casos pueden mostrar placas de alopecia durante el curso de la enfermedad.⁵ Es más común en mujeres y se han informado algunos casos con otros nombres, como alopecia aguda totalis y alopecia total aguda y difusa de la piel cabelluda femenina.² La paciente de este caso había tenido un inicio súbito dos años previos; sin embargo, nunca tuvo placas de alopecia y la manifestación clínica persistió pese al tiempo de evolución, así como también la prueba de tracción positiva.

En términos clínicos, la alopecia areata incógnita puede parecer efluvio telógeno, debido a que ambos tienen inicio súbito y prueba de tracción positiva. Sin embargo, en el abordaje inicial del caso no se encontró ningún antecedente causal, como en el efluvio telógeno. En ambas entidades el patrón de alopecia es difuso, aunque se han descrito varios casos de alopecia areata incógnita con acentuación en sitios andrógeno-dependientes, como en el caso comunicado.⁶

La dermatoscopia es fundamental en la diferenciación con otras entidades. Los hallazgos dermatoscópicos en alopecia areata incógnita son similares a algunos en alopecia areata, típicamente se encuentran puntos amarillos y pelos cortos vellosos; sin embargo, no se identifican pelos cadavéricos (puntos negros) ni pelos en signo de admiración.^{3,6} Los puntos amarillos son numerosos y de características homogéneas, a diferencia de la alopecia androgenética en la que se han descrito como ocasionales, escasos y de morfología más variada. Ninguno de estos hallazgos se observa en el efluvio telógeno. Los puntos amarillos son un hallazgo que puede verse incluso en 95% de los casos de alopecia areata. Desde el punto de vista histopatológico, corresponden a sebo y queratinocitos necróticos contenidos en el ostium folicular dilatado. En el caso comunicado se observaron numerosos puntos amarillos; una limitante fue la resolución de estas estructuras con el equipo manual, lo que mejora con equipos más complejos de videodermatoscopia. Los pelos vellosos de 2 a 4 mm de longitud son un hallazgo característico de alopecia androgenética, compartido con alopecia areata incógnita. No existe a la fecha algún estudio que haga la diferenciación cualitativa ni cuantitativa de este hallazgo en ambas entidades.

Tosti y su grupo³ publicaron una serie de 70 casos de alopecia areata incógnita de los que 50 se confirmaron histológicamente. En todos los casos, los hallazgos dermatoscópicos fueron sugerentes de alopecia areata incógnita,



con numerosos puntos amarillos circulares o policíclicos, uniformes en color y distribución, encontrados en 70% de folículos ocupados y vacíos, así como pelos vellosos de 2 a 4 mm. Estos últimos no se cuantificaron.

Ante los hallazgos clínicos compartidos con efluvio telógeno y los hallazgos dermatoscópicos compartidos con alopecia androgenética, la histopatología es determinante en la diferenciación diagnóstica (Cuadro 1). Desde el punto de vista histopatológico, un hallazgo característico de la etapa aguda de la alopecia areata es el infiltrado inflamatorio en los folículos en anágeno. A medida que la enfermedad avanza, el infiltrado disminuye en esta zona y tiende a concentrarse alrededor de los folículos miniaturizados o las estelas foliculares. En algunos casos, principalmente en aquéllos con larga evolución, puede encontrarse simplemente una inversión de los índices anágeno-telógeno y pelos vellosos-terminales.^{2,7} En la alopecia areata incógnita los hallazgos histopatológicos reportados son disminución de la densidad folicular, particularmente de los folículos terminales en anágeno, infiltrado

inflamatorio peribulbar, además de dos hallazgos principales: aperturas infundibulares dilatadas y folículos en telógeno tardío, que se observan en más de 90%.⁷ Estos dos últimos hallazgos se observaron en la biopsia de este caso y fueron determinantes para el diagnóstico, sobre todo al tomar en cuenta la correlación clínica y dermatoscópica. Una limitante fue el procesamiento exclusivo en cortes verticales; sin embargo, la toma de la biopsia dirigida por dermatoscopia pudo ayudar en la identificación de estos hallazgos. La existencia de inflamación también ayudó a distinguir de otros tipos de alopecia no cicatricial y alopecia androgenética.

Los tratamientos reportados contra esta variante clínica de alopecia areata son principalmente esteroides, como metilprednisolona intravenosa en pulsos, prednisona oral, inyecciones intramusculares de esteroide y esteroides tópicos, con buen pronóstico posterior a un promedio de seis meses de tratamiento.²⁻⁶ En el caso comunicado, se dio tratamiento con mometasona en solución a 0.1%, además de minoxidil 5% en combinación con clobetasol a 0.5% en loción. A pesar de que no se ha reportado como tratamiento en alopecia areata incógnita, minoxidil está reportado como tratamiento en alopecia areata.⁸ Posterior a cuatro meses de tratamiento se logró una repoblación parcial (Figura 4).

La caída de pelo es motivo frecuente de consulta. En la ausencia de placas de alopecia, los principales diagnósticos a considerar en un paciente con alopecia difusa son efluvio telógeno y alopecia androgenética; sin embargo, algunos casos pueden corresponder a alopecia areata incógnita. La dermatoscopia y el estudio histopatológico son importantes en esta diferenciación.^{5,7} Una limitación actual es la controversia en la denominación correcta de este padecimiento, que es una entidad aún en discusión sin criterios clínicos definidos, pese a los hallazgos dermatoscópicos e histopatológicos de alopecia areata.^{9,10}

Cuadro 1. Comparación de los hallazgos clínicos, dermatoscópicos e histopatológicos en alopecia areata incógnita y sus diagnósticos diferenciales

	Alopecia areata incógnita	Efluvio telógeno	Alopecia androgenética
Inicio súbito	++	++	—
Prueba de tracción	++	++	±
Patrón difuso	+	++	—
Sitios andrógeno-dependientes	+	—	++
Puntos amarillos	++	—	±
Pelos vellosos	+	—	++
Aperturas infundibulares dilatadas	++	—	—
Pelos en telógeno tardío	++	±	—
Infiltrado linfocítico peribulbar	+	—	—

—: ausente; ±: infrecuente; +: frecuente; ++: muy frecuente.

Pilexil®

una herramienta útil en la valoración inicial de estos pacientes y puede ayudar a determinar la necesidad de biopsia, además de identificar el sitio correcto de la toma de la muestra.

REFERENCIAS

1. Rebora A. Alopecia areata incognita: a hypothesis. *Dermatologica* 1987;174:214-218.
2. Molina L, Donati A, Valente N, Romiti R. Alopecia areata incognita. *Clinics* 2011;66:513-515.
3. Tosti A, Whiting D, Iorizzo M, Pazzaglia M, et al. The role of scalp dermoscopy in the diagnosis of alopecia areata incognita. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:64-67.
4. Quercentani R, Rebora AE, Fedi MC, Carelli G, et al. Patients with profuse hair shedding may reveal anagen hair dystrophy: a diagnostic clue of alopecia areata incognita. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;25:808-810.
5. Park J, Song KH, Nam KH. Circumscribed alopecia areata incognita. *Australas J Dermatol* 2013;54:52-54.
6. Inui S, Nakajima T, Itami S. Significance of dermoscopy in acute diffuse and total alopecia of the female scalp: review of twenty cases. *Dermatology* 2008;217:333-336.
7. Miteva M, Misciali C, Fanti P, Tosti A. Histopathologic features of alopecia areata incognita: a review of 46 cases. *J Cutan Pathol* 2012;39:596-602.
8. Shapiro J. Current treatment of alopecia areata. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2013;16:S42-S44.
9. Rebora A. Alopecia areata incognita: a comment. *Clinics* 2011;66:1481.
10. Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, Olszewska M, Czuwara J, Rudnicka L. Alopecia areata incognita: True or false? *J Am Acad Dermatol* 2009;60:162-163.



Figura 4. Seguimiento a cuatro meses de tratamiento.

La alopecia areata incógnita debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la caída de pelo aguda y difusa, lo que puede evitar retraso en el diagnóstico, como sucedió en nuestro caso, además de poder ofrecer el tratamiento adecuado contra este padecimiento. La dermatoscopia es