

# Fenómeno infrecuente la co-localización de alopecia frontal fibrosante y vitiligo en un varón. Informe de un caso

Denys E. Peñaloza<sup>✉</sup>, Anamá Di Prinzio<sup>✉</sup>, Cecilia Navarro y Luis D. Mazzuocolo<sup>✉</sup>

Servicio de Dermatología. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

## RESUMEN

La alopecia frontal fibrosante es una alopecia cicatricial que se caracteriza por la recesión de la línea de implantación frontotemporal que afecta principalmente a mujeres caucásicas en edad posmenopáusica y rara vez a hombres. Actualmente los mecanismos específicos de desarrollo continúan en estudio; sin embargo hay varias hipótesis sobre la asociación de la alopecia frontal fibrosante con otros trastornos autoinmunitarios. Se comunica el caso de un paciente masculino de 58 años con alopecia frontal fibrosante en áreas comprometidas por vitiligo.

**Palabras clave:** alopecia frontal fibrosante, vitiligo, enfermedades autoinmunes.

## Infrequent phenomenon the co-localization of fibrosing frontal alopecia and vitiligo in a male.

### Case report

### ABSTRACT

Frontal fibrosing alopecia is a cicatricial alopecic characterized by progressive regression of the frontotemporal hairline. It usually affects postmenopausal caucasian women, and rarely men. Currently the specific mechanisms of development remain unknown, however there are several hypotheses about the association of frontal fibrosing alopecia with other autoimmune disorders. The case of a 58-year-old male patient with frontal fibrosing alopecia in areas affected by vitiligo.

**Key words:** frontal fibrosing alopecia, vitiligo, autoimmune disorders.

## INTRODUCCIÓN

La alopecia frontal fibrosante (AFF), descrita por S. Kossard en 1994, es una alopecia linfocítica cicatrizal que se caracteriza por la recesión progresiva, simétrica, con patrón en banda de la línea de implantación capilar frontotemporal, la pérdida de cejas y pápulas foliculares faciales<sup>1</sup>. Se observa con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas, pero puede afectar en menor medida a mujeres jóvenes y rara vez a hombres. Su etiología sigue siendo investigada. Sin embargo, los estímulos que contribuyen a la aparición de la AFF siguen sin estar claros. Se han propuesto factores genéticos, autoinmunitarios, hormonales y ambientales<sup>1-3</sup>.

La coexistencia de patologías autoinflamatorias en la piel como la AFF en pacientes con vitiligo es infrecuente<sup>1-3</sup>.

Se presenta el caso de un paciente masculino con AFF en áreas afectadas por vitiligo.

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 58 años, fototipo II, con antecedente de tiroiditis de Hashimoto y vitiligo no segmentario desde los 25 años con pérdida de densidad del cabello progresiva de 20 años de evolución, sin mejoría. El examen físico reveló la pérdida de pelo simétrica en banda en la región frontotemporal y frontoparietal, con

Autor para correspondencia: [denys.penaloza@hospitalitaliano.org.ar](mailto:denys.penaloza@hospitalitaliano.org.ar), Peñaloza DE.

Recibido: 21/02/22 Aceptado: 26/05/22 En línea: 30/06/22

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v42i2.182>

**Cómo citar:** Peñaloza DE, Di Prinzio A, Navarro C, Mazzuocolo LD. Fenómeno infrecuente la co-localización de alopecia frontal fibrosante y vitiligo en un varón. Informe de un caso. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2022;42(2):84-86.

recesión de la línea de implantación capilar, madarosis supraciliar, pérdida parcial de la barba y del vello corporal (Fig. 1). Se observa la presencia de múltiples máculas acrómicas, localizadas en la piel del cuero cabelludo, mejillas, párpados, región peribucal, hueco poplíteo, dorso de manos y pies (Fig. 2).

En la tricoscopia presentaba eritema, descamación perifolicular y ausencia de *ostium* foliculares. Ante los hallazgos clínicos y tricoscópicos se llegó al diagnóstico de alopecia frontal fibrosante masculina (Fig. 3).

Recibió tratamiento con dutasteride 0,5 mg/día, aplicación de tacrolimus 0,1% ungüento y clobetasol propionato loción 0,05% 1 vez al día, con estabilización de la alopecia a los 10 meses de tratamiento.

## DISCUSIÓN

La AFF actualmente es la forma de alopecia cicatrizal más frecuente. Escasamente afecta a hombres<sup>1,2</sup>. Se caracteriza por regresión de la línea de implantación frontal que está presente en el 100% de los pacientes, pero también puede afectar el área temporal y occipital. El 96% de los pacientes con AFF presentan signos cicatrizales como atrofia, pérdida de *ostium* foliculares, palidez del cuero cabelludo y el signo del “pelo solitario”<sup>1,2</sup>.

También puede generar alopecia de las cejas en un 50-95% de los pacientes, y está presente desde el inicio del cuadro en un 39% de los casos. Asimismo puede comprometer otras zonas pilosas como las pestañas, el vello facial y corporal (pérdida)<sup>1,2</sup>.



**Figura 1.** Madarosis supraciliar y pérdida parcial de la barba.



**Figura 2.** Pérdida de pelo simétrica en la región frontotemporal y frontoparietal, con recesión de la línea de implantación capilar y máculas acrómicas en la misma distribución.



**Figura 3.** Imagen dermatoscópica donde se evidencia eritema, pérdida de unidades foliculares y escamas perifoliculares.

Las causas se encuentran en constante estudio, pero se cree que hay un mecanismo hormonal, autoinmunitario y una susceptibilidad genética en pacientes que tienen afectación familiar<sup>3,4</sup>.

La asociación de AFF en áreas de vitiligo es rara y aún más en hombres. Existen escasos informes. Se especula

que se debe a la inactivación de mecanismos supresores no específicos, la alteración de los linfocitos T CD8 +, que provoca un daño en los queratinocitos basales y la vaina radicular externa del pelo, lo que conlleva la apoptosis, despigmentación y destrucción irreversible del folículo piloso<sup>5-8</sup>. Otro mecanismo propuesto es el fenómeno de Koebner asociado a la inflamación y lesión celular<sup>5-8</sup>.

El sustrato morfológico de la AFF y el vitiligo es el infiltrado inflamatorio linfocítico que se ubica en el segmento superior de los folículos pilosos que involucra el bulge, región de las células madre y la ausencia de melanocitos epidérmicos<sup>5-8</sup>.

La inflamación crónica que se observa en ambas entidades podría sugerir que la asociación no es coincidencia y que la relación del vitiligo y la AFF puede explicarse por un origen inmunopatológico en común, que se manifiesta con alteraciones pigmentarias y alopecia<sup>7</sup>.

La AFF tiene una evolución lenta. En pacientes sin tratamiento puede producirse una retracción de la zona de diadema de hasta 1 cm por año, por lo cual es muy importante realizar un diagnóstico temprano de esta patología para iniciar de inmediato un tratamiento y así evitar su rápida progresión<sup>7-9</sup>.

El diagnóstico es clínico con el uso de la tricoscopia. Solo se realiza biopsia de piel ante casos dudosos o por motivos de investigación<sup>7-9</sup>.

El tratamiento para AFF asociada a vitiligo aún es incierto; se han descrito medicamentos que se dirigen a una vía inmunológica común, como los inhibidores de JAK/STAT que podrían ser eficaces para pacientes con múltiples enfermedades autoinmunes en la piel. Sin embargo, se requieren más estudios e investigaciones al respecto para llegar a conclusiones<sup>2,7</sup>.

El tratamiento para la AFF es un reto porque la zona del pelo perdida no es recuperable; el objetivo del tratamiento médico es, pues, que no progrese la enfermedad. La principal línea de tratamiento son los inhibidores de la 5- $\alpha$ -reductasa, corticoides tópicos y sistémicos, antipalúdicos, inmunomoduladores tópicos y tetraciclinas<sup>9</sup>. El uso del minoxidil como tratamiento tanto tópico como sistémico se indica para estimular el crecimiento y la permanencia del anágeno<sup>9</sup>. Algunos autores lo asocian a efectos antifibróticos<sup>9</sup>. Las terapias cosméticas van dirigidas a mejorar las pápulas faciales y el aspecto de la piel; entre estas pueden mencionarse los retinoides orales en bajas dosis y el plasma rico en plaquetas<sup>10,11</sup>.

El trasplante capilar no suele ser la primera opción de tratamiento; sin embargo, en algunos pacientes que ya no presentan actividad de la enfermedad, puede ser una opción válida en pequeñas zonas luego de 2-3 años de estabilidad<sup>12</sup>.

Como ilustra este caso, la AFF en áreas afectadas por vitiligo en un paciente masculino, la localización anatómica conjunta de ambas entidades sugiere que tienen una vía patogénica en común. Su tratamiento es desafiante. Se necesitan más investigaciones al respecto, ya que varios eventos autoinmunitarios en estos pacientes puede no ser una simple coincidencia.

El paciente otorgó su consentimiento informado, para la comunicación científica del caso.

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

- García-Robledo JE, Aragón CC, Nieto-Aristizábal, et al. Frontal fibrosing alopecia: a new autoimmune entity? *Med Hypotheses*. 2019;124:13-16. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.01.021>
- Martínez-Rico JC, Ancer-Arellano J, Martínez-Moreno A, et al. Frontal fibrosing alopecia and autoimmune disorders in a hispanic female. *Skin Appendage Disord*. 2020;6(6):362-365. <https://doi.org/10.1159/000507557>
- Valesky EM, Maier MD, Kippenberger S, et al. Frontal fibrosing alopecia - review of recent case reports and case series in PubMed. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2018;16(8):992-999. <https://doi.org/10.1111/ddg.13601>
- Tziotziou C, Petridis C, Dand N, et al. Genome-wide association study in frontal fibrosing alopecia identifies four susceptibility loci including HLA-B\*07:02. *Nat Commun*. 2019;10(1):1150. <https://doi.org/10.1038/s41467-019-09117-w>
- Ma SA, Imadojemu S, Beer K, et al. Inflammatory features of frontal fibrosing alopecia. *J Cutan Pathol*. 2017;44(8):672-676. <https://doi.org/10.1111/cup.12955>
- Miteva M, Aber C, Torres F, et al. Frontal fibrosing alopecia occurring on scalp vitiligo: report of four cases. *Br J Dermatol*. 2011;165(2):445-447. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10382.x>
- Katoulis AC, Diamanti K, Sgouros D, et al. Frontal fibrosing alopecia and vitiligo: coexistence or true association? *Skin Appendage Disord*. 2017;2(3-4):152-155. <https://doi.org/10.1159/000452449>
- Vañó-Galván S, Molina-Ruiz AM, Serrano-Falcón C, et al. Frontal fibrosing alopecia: a multicenter review of 355 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(4):670-678. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.12.003>
- Randolph M, Tosti A. Oral minoxidil treatment for hair loss: a review of efficacy and safety. *J Am Acad Dermatol*. 2021;84(3):737-746. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.06.1009>
- Moreno-Arrones OM, Saceda-Corralo D, Rodrigues-Barata AR, et al. Risk factors associated with frontal fibrosing alopecia: a multicentre case-control study. *Clin Exp Dermatol*. 2019;44(4):404-410. <https://doi.org/10.1111/ced.13785>
- Vañó-Galván S, Saceda-Corralo D, Alonso-Castro L, et al. Antiandrogenic drugs, a therapeutic option for frontal fibrosing alopecia patients. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(4):e77. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.11.047>. Errata en: *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(2):431. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.10.039>
- Vañó-Galván S, Villodres E, Pigem R, et al. Hair transplant in frontal fibrosing alopecia: a multicenter review of 51 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(3):865-866. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.05.031>