
22^a

Reunión Nacional
Grupo Español de
Tricología
de la AEDV



Barcelona
29-30 de octubre
Auditorio AXA
Presencial + Virtual

PROGRAMA FINAL



22

a Reunión Nacional
Grupo Español de
Tricología
de la AEDV

Barcelona
29-30 de octubre
Auditorio AXA
Presencial + Virtual

GRUPO ESPAÑOL DE TRICOLOGÍA DE LA AEDV



Coordinador

Dr. Sergio Vañó Galván

Miembros de honor

Dr. Francisco Camacho Martínez

Dr. Juan Ferrando Barberá

ÍNDICE

- 3 Información General
- 4 Programa Científico viernes
- 6 Programa Científico sábado
- 8 Participantes
- 10 Pósteres
- 14 Colaboradores

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE Y FECHAS

Auditorio AXA

Avinguda Diagonal, 547. 08029 Barcelona
29 y 30 de octubre 2021

Presencial + Virtual

<http://reunion-tricologia.aedv.es>

SECRETARÍA TÉCNICA

Secretaría Congresos AEDV
Academia Española de Dermatología
y Venereología
C/Ferraz, 100 – 1º Izquierda. 28028 Madrid
Persona de contacto: María Rey
Teléfono: 981 55 57 20
E-mail: mrey@congresoaedv.org
Secretaría gestionada por Cyex Congresos, S.L.

COMUNICACIONES LIBRES ACEPTADAS

Presentaciones Orales

Las presentaciones orales se programarán en espacios de 8 minutos. Los autores dispondrán de 7 minutos para su exposición, más 1 minuto para discusión.

Presentaciones Poster

Cada trabajo permanecerá visible en la zona poster durante toda la Reunión.

PREMIOS

Se entregarán los premios al mejor póster y a la mejor comunicación oral, consistentes en 2 becas de 1.000 euros cada una.

La resolución de la concesión de estos premios será durante la sesión "Cierre de la Reunión", el sábado 30 a las 14:00 h.

CERTIFICADOS

Todos los certificados se enviarán por correo electrónico, una vez haya finalizado la reunión.

HORARIO DE SECRETARÍA

Viernes 29 de octubre: 15:00 a 20:30h.
Sábado 30 de octubre: 08:00 a 14:00h.

MÁS INFORMACIÓN

<http://reunion-tricologia.aedv.es>

15:45 - 16:00 h. Presentación

Sergio Vañó Galván

Ramón Grimalt Santacana

Juan Ferrando Barberà

16:00 - 17:00 h. Comunicaciones libres I

Moderadores: Cristina Serrano Falcón, Pablo Fernández-Crehuet y María Antonia Fernández Pugnaire

16:00 - 16:08 h. **Foliculitis decalvante crónica linfocítica: epidemiología, presentación clínica, tricoscopia y manejo terapéutico en una serie de 31 pacientes**

Ana Laura Melián Olivera

16:08 - 16:16 h. **La foliculitis decalvante tiene una firma microbiológica característica de su estadio clínico y una respuesta inmunológica alterada**

Óscar Muñoz Moreno-Arrones

16:16 - 16:24 h. **Alopecia lúpica inducida por adalimumab en pacientes con artritis reumatoide: presentación de dos casos**

Francisco Javier Melgosa Ramos

16:24 - 16:32 h. **Seguridad de minoxidil oral a dosis bajas en pacientes mayores de 60 años**

David Vega Díez

16:32 - 16:40 h. **Minoxidil tópico: un efecto secundario poco conocido de un fármaco muy utilizado .**

Nuevas advertencias para nuestros pacientes

David Revilla Nebreda

16:40 - 16:48 h. **Reacciones capilares de las nuevas terapias diana dirigidas contra el cáncer**

Juan Francisco Mir Bonafé

16:48 - 16:56 h. **Uso de Inteligencia artificial para predecir respuesta al tratamiento en placas de alopecia areata**

Fernando Alarcón Soldevilla

17:00 - 18:00 h. Actualización en cirugía de las uñas y de las alopecias

Moderadores: Alejandro Camps Fresneda, Eduardo Romero Nieto y Emilio Villodres Ramos

17:00 - 17:15 h. Estado actual de la cirugía de la uña

Román Miñano Medrano

17:15 - 17:30 h. Estado actual del microinjerto de cabello

Francisco Javier Forteza Muñoz

17:30 - 17:45 h. Microinjerto en las alopecias cicatriciales

Ramón Pigem Gasos

17:45 - 18:00 h. Discusión y preguntas

18:00 - 18:30 h. **Pausa Café**

18:30 - 19:30 h. Formulación magistral

Moderadores: Aurora Guerra Tapia, Agustín Buendía Eisman y M^a José García Hernández

18:30 - 18:45 h. Principios básicos. Excipientes idóneos

Francesc Llambí Mateos

18:45 - 19:00 h. Formulación magistral en Tricología

Nuria Setó Torrent y Maribel Iglesias Sancho

19:00 - 19:15 h. Formulación Magistral en Onicología

Esther Jiménez Blázquez

19:15 - 19:30 h. Discusión y preguntas

19:30 - 20:15 h. Usted pregunta

Moderadores: José Carlos Moreno Giménez, Salvio Serrano Ortega y Enrique Herrera Ceballos

Panel de Expertos:

Francisco Camacho Martínez

Sergio Vaño Galván

Manuel Asín Llorca

Ramón Grimalt Santacana

Juan Ferrando Barberà

21:00 h. **Cena de la Reunión** (Hotel NH Collection Barcelona Constanza)

08:30 – 09:30 h. **Asamblea Anual Administrativa del Grupo** (sólo Miembros)

09:30 – 10:30 h. **Comunicaciones libres II**

Moderadores: Rita Rodrigues Barata, Rubina Ascensão Alves y Juan Perís Martí

09:30 – 09:38 h. Mesoterapia con bicalutamida: una nueva opción de tratamiento para la alopecia androgénica

Alba Gómez Zubiaur

09:38 – 09:46 h. Alopecia difusa progresiva por gammapatía monoclonal

Victor Cabezas Calderón

09:46 – 09:54 h. Alopecia fibrosante con patrón androgénico: descripción de 19 casos y exploración de las variables predictoras de mejoría clínica

Rocío Gil Redondo

09:54 – 10:02 h. Hipotricosis de área donante en autotransplante de cabello

Juan Ferrando Barberà

10:02 – 10:10 h. Pseudo green hair

Juan Ferrando Barberà

10:10 – 10:18 h. Alopecia inducida por inhibidores de las quinasas dependientes de ciclina 4 y 6: una serie de casos

Gerald Selda Enríquez

10:18 – 10:26 h. Alteraciones de la biomecánica y topografía corneal en pacientes con alopecia areata

Patricia Burgos Blasco

10:30 – 12:00 h. **Novedades**

Moderadores: Rosa Ortega del Olmo, Pablo Fonda Pascual y Sergio Vañó

10:30 – 10:45 h. Onicología

Lourdes Navarro Campoamor

10:45 – 11:00 h. Displasias e hipotricosis

Gloria Garnacho Saucedo

11:00 – 11:15 h. Alopecia frontal fibrosante

Andrea Combalia Escudero

11:15 – 11:30 h. Alopecias cicatriciales

Ángela Hermosa Gelbard

11:30 – 11:45 h. Alopecia areata

Óscar Muñoz Moreno-Arrones

11:45 – 12:00 h. Alopecia androgenética

David Saceda Corralo

12:00 – 12:30 h. **Pausa Café**

12:30 – 13:00 h. Conferencia del experto. Mis mejores aprendizajes en los primeros 10 años de mi práctica profesional en Tricología

Conferenciante: Sergio Vañó Galván

Presentado por: Ramón Grimalt Santacana y Juan Ferrando Barberá

13:00 – 14:00 h. La Industria informa

Moderador: José Luis Galmés Olmos

13:00 – 13:07 h. **Pierre Fabre.** Creando valor en nutricosmética y dermocosmética capilar

María Carmen Muiños

13:07 – 13:14 h. **Cantabria Labs.** Clovate champú, experiencia y eficacia en el tratamiento del cuero cabelludo

Blai Xucla Seres

13:14 – 13:21 h. **Genové.** Nueva Loción Anticaída Capilar de la gama Pilopectan

Estela Bravo Solé

13:21 – 13:28 h. **Laboratorios Viñas.** Avances en el abordaje del prurito del cuero cabelludo

Irene López Vilchez

13:28 – 13:35 h. **Vichy.** Dermocosmética en el manejo de estados descamativos crónicos

Mercedes Abarquero

13:35 – 13:42 h. **Reig Jofre.** Escala de Calidad de Vida en Alopecia: Hair Specific Skindex 29 validada en español

Carlos Federico Ruiz Alonso

13:42 – 13:49 h. **DS Laboratories.** Novedades en el campo de los complementos alimenticios en el cuidado del cabello

Lluís Adell

13:49 – 13:56 h. **Isdin.** ¿Estás preparado para destapar tu mejor pelo?

Jesús Delgado

14:00 h. Cierre de la Reunión

Sergio Vañó Galván

Ramón Grimalt Santacana

Juan Ferrando Barberá

Moderadores:

Rubina Ascensão Alves, Hospital Central do Funchal, Portugal

Agustín Buendía Eisman, Facultad de Medicina de la Universidad de Granada

Alejandro Camps Fresneda, Centro Médico Teknon, Barcelona

Pablo Fernández-Crehuet, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

María Antonia Fernández Pugnaire, Hospital Universitario San Cecilio, Granada

Juan Ferrando Barberà, Profesor Honorario de la Universidad de Barcelona

Pablo Fonda Pascual, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

José Luís Galmes Olmos, Laboratorios Viñas

María José García Hernández, Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla

Ramón Grimalt Santacana, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona

Aurora Guerra Tapia, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Enrique Herrera Ceballos, Hospital Universitario virgen de la Victoria, Málaga

José Carlos Moreno Giménez, Catedrático en la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba

Rosa Ortega del Olmo, Facultad de Medicina de la Universidad de Granada

Juan Perís Martí, Consulta Dermatológica, Valencia

Rita Rodrigues Barata, Grupo Pedro Jaén, Madrid

Eduardo Romero Nieto, Clínica Dr. Romero Nieto, Madrid

Cristina Serrano Falcón, Hospital de Guadix, Granada

Salvio Serrano Ortega, Profesor Emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada

Emilio Villodres Ramos, Instituto Villodres, Barcelona

Sergio Vañó Galván, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Ponentes:

Manuel Asín Llorca, Centro Dermatológico Estético, Alicante

Francisco Camacho Martínez, Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla

Andrea Combalia Escudero, Hospital Clinic, Barcelona

Gloria Garnacho Saucedo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Juan Ferrando Barberà, Hospital Clínic, Barcelona

Francisco Javier Forteza Muñoz, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona

Ramón Grimalt Santacana, Universitat Internacional de Catalunya

Ángela Hermosa Gelbard, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Maribel Iglesias Sancho, Hospital Sagrat Cor, Barcelona

Esther Jiménez Blázquez, Hospital Universitario de Guadalajara

Francesc Llambí Mateos, Unitat de Tecnologia Farmaceutica de la Facultad de Farmacia de la Universitat de Barcelona

Román Miñano Medrano, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

Oscar Muñoz Moreno-Arrones, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Lourdes Navarro Campoamor, Hospital Beata MAna, Madrid

Ramón Pigem Gasos, Instituto Villodres y Hospital Clinic, Barcelona

David Saceda Corralo, Hospital Ramón y Cajal, Grupo Pedro Jaén, Madrid

Nuria Setó Torrent, Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

Sergio Vañó Galván, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

P1. Descripción de 64 casos de alopecia de distribución en patrón androgénico con signos histopatológicos de inflamación y fibrosis

Cristian Valenzuela Oñate(1), Alba Gómez Zubiaur(2), Cristina Corredera Carrión(1), Daniela Subiabre Ferrer(1), Ana Rodríguez-Villa Lario(2), Ricardo Alonso de Celada(2), Juan José Andrés-Lencina(3), Marta García-Legaz Martínez(1), Angel Aguado García(3), Virginia Ramos Fernández(1), Nuria Valdeolivas Casillas(2), Jose María Ricart Vayá(1) de (1) Unidad de Medicina Capilar de Instituto Médico Ricart Valencia, de (2) Unidad de Medicina Capilar de Instituto Médico Ricart Madrid y (3) Unidad de Medicina Capilar de Instituto Médico Ricart Alicante

P2. Finasteride en mesoterapia, el gran olvidado

Juan José Andrés-Lencina (1), Angel Aguado (1), Cristina Corredera (1), Fabio di Brisco (2), Marta García-Legaz (1), Ricardo Moreno (1), Ana Rodríguez-Villa (1), Daniella Subiabre-Ferrer (1), Nuria Valdeolivas (1), Cristian Valenzuela (1), Jose María Ricart (1), Alba Gómez-Zubiaur (1) de (1)Unidad de Tricología y (2) Unidad de Farmacia. Instituto Médico Ricart., Madrid y Valencia

P3. Bicalutamida oral: perfil de seguridad y satisfacción mujeres con alopecia androgénica premenopáusica

Cristina Corredera (1), Alba Gómez-Zubiaur (2), Daniela Subiabre-Ferrer (1), Nuria Valdeolivas (2), Cristian Valenzuela (1), Jose María Ricart (1) de (1) Unidad de Tricología, Instituto Médico Ricart, Valencia y (2) Unidad de Tricología, Instituto Médico Ricart, Madrid

P4. Alopecias en la mujer. Importancia de un abordaje biopsicosocial

Trinidad Montero-Vilchez (1), Sara Garcia-Hidalgo (1), Manuel Sanchez-Diaz (1), Maria Porriño-Bustamante (1), Salvador Arias-Santiago (1) y Agustin Buendia-Eisman (1) del (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

P5. Edema periorbitario matutino secundario a minoxidil oral a dosis bajas: 4 casos

José M. Mir-Bonafé (1), Marc Mir-Bonafé (2) y Joan Mir-Bonafé (1)(3), de (1) Servicio de Dermatología, Unidad de Tricología y Trasplante Capilar, del Hospital Juaneda de Palma de Mallorca, (2) Servicio de Dermatología del Hospital Álvarez Buylla de Mieres, Asturias y (3) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Son Llàtzer de Palma de Mallorca

P6. Seguridad del minoxidil oral en pacientes hipertensos

Emilio de Dios Berná Rico(1), Juan Jiménez Cahué(1), David Saceda Corralo(1)(2), Óscar Muñoz Moreno-Arrones(1)(2), Ángela Hermosa Gelbard(1)(2), Rita Rodrigues Barata(2), Belén de Nicolás Ruanes(1), Sergio Vañó Galván(1)(2), de (1) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, IRYCIS. Madrid y (2) Unidad de Tricología, Grupo de Dermatología Pedro Jaén

P7. Minoxidil sublingual: nuestro objetivo a futuro

Angel Aguado-García (1), Ricardo Moreno Alonso de Celada(1), Juan José Andrés-Lencina (1), Cristina Corredera Carrión (1), Fabio Di Brisco (1), Marta García-Legaz Martínez (1), José María Ricart (1), Ana Rodríguez-Villa Lario (1), Daniela Subiabre-Ferrer (1), Cristian Valenzuela-Oñate (1) y Alba Gómez-Zubiaur (1) de (1)Unidad de Tricología. Instituto Médico Ricart

P8. Minoxidil oral en población pediátrica

Belén de Nicolás Ruanes(1), Óscar Muñoz Moreno-Arrones(1)(2), Rita Rodrigues Barata(2), Ángela Hermosa Gelbard(1)(2), David Saceda Corralo(1)(2), Emilio de Dios Berná Rico(1), Pedro Jaén Olasolo(1)(2), Sergio Vañó Galván(1)(2), de (1)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal y (2)Unidad de Tricología, Grupo de Dermatología Pedro Jaén

P9. Metotrexato Intralesional en la Alopecia Areata Refractaria: Revisión de la literatura y presentación de 2 casos en Coadyuvancia con Láser

Ana Rodríguez-Villa Lario (1)(2), Ángel Aguado-García (1), Juan José Andrés-Lencina (1), Cristina Corredera Carrión (1), Marta García-Legaz Martínez (1), Ricardo M. Alonso de Celada (1), Daniela Subiabre-Ferrer (1), Cristian Valenzuela-Oñate (1), José María Ricart (1), Alba Gómez-Zubiaur (1,2) de (1) Unidad Capilar del Instituto Médico Ricart y (2) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid

P 10. Areata universal y dimetilfumarato

Miguel Domínguez Santás (1); David Saceda Corralo (1); Ana Suárez Valle (1); Borja Díaz Guimaraens (1); Sergio Vañó Galván (1); Angela Hermosa Gelbard (1); Pedro Jaén Olasolo (1) de (1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal

P 11. Imiquimod y difenciprona. Nuestra experiencia

Borja Díaz Guimaraens (1), David Saceda Corralo (1), Ángela Hermosa Gelbard (1), Óscar Muñoz Moreno-Arrones (1), Miguel Domínguez Santás (1), Ana Suárez Valle (1) y Sergio Vañó Galván (1) de (1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

P 12. Alopecia areata difusa en relación con brentuximab vedotin

Francesc Alamon-Reig(1), Elena Canal-García(2), Laura Serra-García(1), Ignasi Martí-Martí(1), Paola Garcia (1), Juan Ferrando (1), Andrea Combalia(1) de (1) Servei de Dermatologia, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona y (2) Servei de Dermatologia, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Universitat de Lleida

P 13. Alopecia areata tras vacunación e infección por SARS-CoV-2

Cristina Pindado Ortega (1)(2), Rocío Gil- Redondo (2)(3), Sandra Fernández-Alonso MD (2)(4), Sergio Vañó-Galván (1)(2) de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, (2) Grupo Pedro Jaén, (3) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Paz, (4) Hospital Quirón San José

P 14. Tratamiento de la Alopecia Areata con mini-pulsos de dexametasona: Evidencia en práctica clínica real y factores asociados a la respuesta al tratamiento

Manuel Sánchez Díaz (1), Pablo Díaz Calvillo (1), Juan Ángel Rodríguez Pozo (1), Alejandro Molina Leyva (1) y Salvador Arias Santiago (1), de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves

P 15. Tofacitinib para el tratamiento de la Alopecia Areata: Evidencia en la práctica clínica real, serie de casos

Manuel Sánchez Díaz (1), Alberto Soto Moreno (1), Clara Ureña Paniego (1), Alejandro Molina Leyva (1) y Salvador Arias Santiago (1), de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves

P 16. Fototerapia Excimer 308nm como tratamiento adyuvante en Alopecia Areata

Concetta D'Alessandro Buccilli(1), Mildred Sánchez Diaz(1), Ena Infante Cristia(1) y Miguel Sánchez Viera(1) de (1) Instituto de Dermatología Integral. Madrid

P 17. Alopecia frontal fibrosante y uso de fotoprotectores: un estudio transversal sobre daño actínico

María Librada Porriño Bustamante (1), Fernando Javier Pinedo Moraleda (2), Ángel Fernández Flores (3), Trinidad Montero Vilchez (4), María Antonia Fernández Pugnaire (5), Salvador Arias Santiago (4) de (1)Servicio de Dermatología Hospital Universitario La Zarzuela, Madrid, (2)Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, (3) Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario El Bierzo, León. (4)Servicio de Dermatología Hospital Universitario Virgen de las Nieves y (5)Servicio de Dermatología Hospital Universitario San Cecilio, Granada

P 18. Afectación de las pestañas en alopecia frontal fibrosante: ¿Una clave para comprender su fisiopatología?

Laura Serra García(1), Francesc Alamon Reig(1), Jose Manuel Mascaró(1), Juan Ferrando(1), Andrea Combalia(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Clínic de Barcelona

P 19. Lesiones en escote en paciente con alopecia frontal fibrosante

Marta González Cañete (1), David Vega Diez (1), Ana Rodríguez-villa Lario(1), Elena Lucía Pinto Pulido(1), Isabel Polo Rodríguez(1), Ileana Medina Expósito(2), Alba Gómez Zubiaur(1) de (1) Servicio de dermatología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá y (2) Servicio de anatomía patológica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá

P 20. Coexistencia de lupus eritematoso discoide y alopecia frontal fibrosante: serie de 14 pacientes

Virginia Velasco Tamariz (1), Alejandro Lobato Berezo (2), Andrea Combalia (3), Aurora Guerra Tapia (1), Concepción Postigo Llorente (1), Fatima Tous Romero (1), Mario Puerta Peña (1) y David Saceda Corralo (4) de (1) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, (2) Servicio de Dermatología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona, (3) Servicio de Dermatología. Hospital Clinic. Barcelona y (4) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

P 21. Paniculitis lúpica en cuero cabelludo de varón joven

Constanza Martínez Mera (1), Rita Cabeza (1), Maria Colomés less(2), Dolores Suárez Massa (2), Marta Elosúa (1), Mercé Grau (1), Lucía Quintana (1), Angel Rossel (1), Mercedes Sigüenza(1). (1)Servicio de Dermatología. (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro.Majadahonda. Madrid

P 22. Hiperhidrosis de cuero cabelludo: particularidades clínicas y de respuesta al tratamiento en una cohorte de 41 pacientes

Fernando García Souto (1), Javier del Boz (2), Juan Polo Padillo (3), y Magdalena de Troya Martín (4), de (1)Servicio de Dermatología del Hospital de Alta Resolución de Utrera, (2) Servicio de Dermatología del Hospital Regional Universitario de Málaga, (3) Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, y (4) Servicio de Dermatología de la Agencia Sanitaria Costa del Sol

P 23. Foliculitis liquenoide o liquen plano pigmentoso. Un reto diagnóstico clínico y anatomopatológico

Juan José Andrés-Lencina (1), Belén Encabo Durán (1), Ines Poveda Ferriol (1), Maria José Sánchez-Pujol (1), Ángel Fernández-Flores (2) de (1) Unidad de Dermatología Clínica Belaneve, Alicante y (2) Servicio de Anatomía Patológica y Citología, Hospital de la Reina de Ponferrada

P 24. Alopecia por picadura de garrapata: presentación de 2 casos y revisión de la literatura

Nuria Setó-Torrent (1), Maribel Iglesias-Sancho (1), Jorge Arandes-Marcocci (1), Noelia Pérez-Muñoz (2), MT Fernández-Figueras (2), Montse Salleras-Redonnet (1), de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona y (2) Servicio de Anatomía patológica del Hospital Universitari General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès

P 25. Signos tricoscópicos para el diagnóstico precoz de la celulitis disecante

Ana Suarez Valle(1), David Saceda Corralo(1), Borja Diiar Guimaraens(1), Miguel Domínguez Santás(1), Óscar Muñoz Moreno-Arrones(1), Ángela Hermosa Gelbard(1) y Sergio Vañó Galván(1) de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal

P 26. ¿Qué se esconde bajo mi alopecia?

Inés Gracia-Darder (1), Aniza Giacaman (1), Ana Llull Ramos (1), Daniel Ramos Rodríguez (1), Carlos Saus Sarrias (2), Ana Martín Santiago (1), Luis Javier Del Pozo Hernando (1). (1) Servicio de Dermatología, (2) Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Son Espases

P 27. Técnicas diagnósticas y alopecia triangular congénita

Francisco José Rodríguez Cuadrado(1), Constanza Martínez Mera(1), Fernando Alfageme Roldán(1), Elena López-Negrete Arenal(1), Mercè Grau Pérez(1), Juan Luis Castaño Fernández(1), Irene Sánchez Gutiérrez(1), Lucía Turrión Merino(1), Rita Cabeza Martínez(1), Irene Salguero Fernández(1), María Mercedes Sigüenza Sanz(1), Ángel Rossell Díaz(1), Marta Elosua González(1), Lucía Quintana Castanedo(1), Mercedes Hospital Gil(1) y Gastón Roustán Gullón(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

P 28. Alopecia lineal congénita ligada al X: mosaicismo funcional

Aniza Giacaman(1), Inés Gracia-Darder(1), Ana Lull-Ramos(1), Elisabeth Vanrell Buse(1), Ana Bauzá Alonso(1), Ana Martín-Santiago(1) de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitari Son Espases. Mallorca

P 29. Cuero cabelludo esponjoso, alopecia y poiquilodermia. ¿Juntos o revueltos?

Mario Medina Migueláñez(1), David Revilla Nebreda(1), Laura Puebla Tornero(1), Nestor Segurado Tostón(1), Manuela Yuste Chaves(1), Concepción Román Curto(1), Ángel Santos-Briz Terrón(2), Marta González de Arriba(1), de (1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

P 30. Spoiler: no es un tumor glómico

Juan Jiménez Cauhé (1), Ana Suárez Valle (1), Patricia Garcia Abellas (2), Carmen Moreno-García del Real (2), del (1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

P 31. Novedades terapéuticas en tricología

Daniel Ortega-Quijano (1)(2), Diego Fernández-Nieto (1)(2), Juan Jiménez Cauhé (1)(2), David Saceda-Corralo (1)(2), Sergio Vañó-Galván (1)(2), DE (1) Servicio de dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal y (2) Grupo de dermatología Pedro Jaén

P 32. No todo signo de Hutchinson es melanoma: hallazgos dermatoscópicos de nevus de cutícula

Judit Algarra Sahuquillo(1), Daniel Ramos Rodríguez(1), Marcella Markthaler(1), José María Ramírez Conchas(1), María Luísa Santos e Silva Caldeira Marques(1), Júlía Mercader Salvans(1), Rosa Nieves Rodríguez Rodríguez(2), Nieves Hernández León(2), del (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Canarias y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Canarias

22

a Reunión Nacional
Grupo Español de
Tricología
de la AEDV

Barcelona
29-30 de octubre
Auditorio AXA
Presencial + Virtual

COLABORADORES

ORO

LV Laboratorios Viñas

BRONCE

dh material
médico

DUCRAY
LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES


LABORATORIES


cantabria labs
celebrate life

Genové
DERMATOLOGICS


ISDIN
LOVE YOUR SKIN

REIG  JOFRE

 **skymedic**
Listen, understand and innovate

VICHY
LABORATOIRES

techderma[®]
dermatological
solutions

Minoxidil Viñas 5%

(50mg/ml solución cutánea)

FICHA TÉCNICA PUBLICIDAD MINOXIDIL VIÑAS 50 MG/ML SOLUCIÓN CUTÁNEA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO MINOXIDIL VIÑAS 50 mg/ml solución cutánea
COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Cada ml de solución contiene 50 mg de minoxidil. Excipientes con efecto conocido: propilenglicol 520 mg/ml. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección **Lista de excipientes**. **FORMA FARMACEÚTICA** Solución cutánea. La solución es transparente, incolora o muy débilmente amarillenta. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas** Minoxidil Viñas está indicado en el tratamiento de la alopecia androgénica de intensidad moderada en hombres. Nota: Este medicamento no está recomendado en mujeres debido a su limitada eficacia y a la elevada incidencia de hipertriosis (37% de los casos) en zonas distintas del lugar de aplicación. **Posología y forma de administración** **Posología** Solo para uso cutáneo. La dosis diaria recomendada es de 1 ml cada 12 horas (lo que se corresponde con 6 pulverizaciones 2 veces al día), aplicada en el cuero cabelludo empezando por el centro de la zona a tratar. Se deberá respetar la dosis diaria recomendada independientemente de la extensión de la alopecia. La dosis diaria máxima recomendada es de 2 ml. **POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y PACIENTES DE EDAD AVANZADA** No se recomienda el uso de minoxidil en este grupo de edad dado que no se han realizado estudios en esta población. **Forma de administración** Aplicar sobre el cuero cabelludo perfectamente seco empezando por el centro de la zona a tratar. No aplicar minoxidil en otras zonas del cuerpo. Tanto el inicio como el grado de respuesta al tratamiento con minoxidil es individualizada para cada paciente, por ello puede ser necesario un tratamiento previo de 4 meses antes de que existan indicios de crecimiento del pelo. Cuando se interrumpe el tratamiento con minoxidil el crecimiento puede cesar y volver al estado inicial de alopecia en 3-4 meses. Antes y después de aplicar la solución lávese bien las manos. La forma de aplicación variará según la zona a tratar y el sistema de aplicador. **Tratamiento de superficies amplias del cuero cabelludo: se utilizará el aplicador con bomba pulverizadora y dosificadora** a) Quitar el capuchón transparente más externo. b) Retirar y desechar el tapón interior. c) Colocar el pulverizador dentro del frasco y enroscarlo firmemente. Quitar el pequeño capuchón transparente. d) Dirigir el orificio de salida del pulverizador hacia el centro de la zona a tratar. Pulsar una sola vez y extender la solución por toda la zona con la punta de los dedos. Efectuar 5 pulsaciones más (total 6) repitiendo cada vez la misma operación. Tras las 6 pulsaciones se habrá aplicado la dosis de 1 ml. Después de utilizar el frasco, vuelva a taponarlo con el capuchón transparente externo. **Tratamiento de pequeñas superficies o por debajo del cabello: se utilizará el aplicador con cánula y boquilla.** a) Quitar el capuchón transparente más externo. b) Retirar y desechar el tapón interior. c) Colocar el pulverizador dentro del frasco y enroscarlo firmemente. Quitar el pequeño capuchón transparente. d) Tirar hacia arriba para retirar la cabeza del pulverizador. e) Insertar la boquilla de la cánula en el extremo sin cabeza del pulverizador y presionar firmemente. f) Dirigir la cánula hacia el centro de la superficie a tratar o bajo los cabellos, pulsar una sola vez y extender la solución con la punta de los dedos. Efectuar 5 pulsaciones más (total 6), repitiendo cada vez la misma operación. Tras las 6 pulsaciones se habrá aplicado la dosis de 1 ml. Aclarar el aplicador con agua caliente después de cada uso. Evitar la inhalación del producto durante su aplicación. **Contraindicaciones** - Hipersensibilidad al principio activo, o a alguno de los excipientes incluidos en la sección **Lista de excipientes**. - Alteraciones del cuero cabelludo. **Advertencias** Es posible que aumente la absorción percutánea de minoxidil en pacientes con dermatosis del cuero cabelludo (ver sección **Contraindicaciones**). Aunque no se ha observado la aparición de efectos sistémicos relacionados con el minoxidil durante el uso de la solución, no puede excluirse la posible aparición de estos efectos. Como medida de precaución, se controlará periódicamente la posible aparición de síntomas que indiquen efectos sistémicos, como reducción de la presión arterial, taquicardia, signos de retención de agua/sodio. Se realizará un análisis de la historia clínica y una exploración física antes de utilizar el medicamento. Los pacientes con trastorno cardiovascular conocido o arritmias cardíacas deben consultar con el médico antes de utilizar minoxidil. Deberán, en particular, ser alertados de los posibles efectos adversos e informarles de la posibilidad de aparición de taquicardia, retención de agua/sodio o aumento de peso, u otros posibles efectos sistémicos para los que se requiera una monitorización especial. La monitorización empezará al inicio del tratamiento y, después, periódicamente. El tratamiento se interrumpirá en caso de efectos sistémicos o reacciones dermatológicas graves. Debido al riesgo de hipertriosis en zonas distintas del lugar de aplicación, el uso de este medicamento no puede justificarse en mujeres. El minoxidil no está indicado cuando no hay antecedentes familiares de pérdida del cabello, la pérdida del cabello es repentina y/o irregular, la pérdida del cabello es después de un parto o la razón de la caída del cabello es desconocida. El paciente debería interrumpir el uso del medicamento y consultar con el médico si padece hipotensión o si experimenta dolor de pecho, palpitaciones, desmayos o mareos, aumento de peso repentino inexplicable, hinchazón de manos o pies, enrojecimiento persistente o irritación del cuero cabelludo. **Precauciones de uso** El minoxidil sólo se debería aplicar en el cuero cabelludo normal, sano. No lo use si tiene el cuero cabelludo rojo, inflamado, infectado, irritado o siente dolor o si está utilizando otros medicamentos para el cuero cabelludo. Si la solución (en particular por su contenido en etanol) entra en contacto con los ojos, puede provocar una sensación de quemazón e irritación. En caso de contacto con superficies sensibles (ojos, piel erosionada, membranas mucosas) lave con abundante agua fría. Debe evitar la inhalación de la bruma del pulverizador. La ingestión accidental puede provocar efectos adversos cardíacos graves (ver sección **Sobredosis**). Por lo tanto, este producto se debe mantener fuera del alcance de los niños. Pacientes que han experimentado cambios en el color y/o en la textura del cabello. No se recomienda la exposición al sol al aplicar el producto. **Advertencias**

sobre excipientes Este medicamento contiene 520 mg de propilenglicol en cada unidad de dosis equivalente a 520 mg/ml. El propilenglicol puede provocar irritación de la piel **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** Los estudios de interacción farmacocinética de medicamentos en humanos revelaron que la tretinoína y la antralina incrementan la absorción percutánea de minoxidil como resultado de un aumento de la permeabilidad del estrato córneo; el dipropionato de betametasona aumenta las concentraciones de minoxidil en los tejidos locales y disminuye la absorción sistémica de minoxidil. Aunque no se ha demostrado clínicamente, no puede excluirse el riesgo de hipotensión ortostática en pacientes que reciban tratamiento con vasodilatadores periféricos. La absorción del minoxidil aplicado por vía tópica está controlada y limitada por el estrato córneo. El uso concomitante de medicamentos aplicados por vía tópica que afecten a la barrera del estrato córneo puede provocar un aumento de la absorción del minoxidil aplicado por vía tópica. Por tanto, no se recomienda el uso de Minoxidil Viñas y otros medicamentos aplicados por vía tópica. **Fertilidad, embarazo y lactancia** **Embarazo** No existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han demostrado un riesgo para el feto con niveles de exposición que son muy altos en comparación con los destinados a la exposición humana. Aunque de forma remota, es posible, un riesgo de daño fetal en los humanos (ver sección **Datos preclínicos sobre seguridad**). Sin embargo, el medicamento no está recomendado en mujeres (ver sección **Indicaciones terapéuticas**). El minoxidil vía tópica se debería utilizar únicamente durante el embarazo si el beneficio para la madre supera el riesgo potencial para el feto o el lactante. **Lactancia** El minoxidil absorbido se excreta, sistemáticamente en la leche materna. El minoxidil vía tópica se debería utilizar únicamente durante la lactancia si el beneficio para la madre supera el riesgo potencial para el feto o el lactante. **Fertilidad** Los estudios en animales no indican ningún efecto sobre la fertilidad. **Efectos sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas** No existen datos que sugieran que minoxidil ejerce alguna influencia sobre la capacidad de conducir vehículos o de utilizar maquinaria en los pacientes en tratamiento con este principio activo. **Reacciones adversas** Las reacciones adversas más frecuentemente notificadas son de naturaleza dermatológica (prurito, dermatitis, sequedad, irritación cutánea, eccema, hipertriosis), generalmente de intensidades leve-moderadas y reversibles al suspender el tratamiento. Estos efectos adversos pueden depender de la dosis de minoxidil administrada (prurito, sequedad, irritación, eccema) así como de la forma de administración (hipertriosis). La incidencia de las reacciones adversas se ha calculado a partir de los datos obtenidos en 1.932 pacientes que recibieron tratamiento con minoxidil, así como de los datos obtenidos después de su comercialización. Las reacciones adversas están clasificadas por órganos y sistemas y según su frecuencia: Frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$) y muy raras ($< 1/10.000$). **Trastornos del sistema nervioso** Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$) Cefaleas, parestiasias. **Trastornos oculares** Muy raras ($< 1/10.000$) Alteración de la vista, irritación ocular. **Trastornos cardíacos** Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$) Taquicardia, palpitaciones, hipotensión. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo** Frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$) Prurito, irritación cutánea local, dermatitis de contacto, sequedad cutánea, exfoliación cutánea. Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$) Rash eritematoso, eccema, alopecia, hipertriosis. Raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$) Rash pustular, acné. **Trastornos del sistema inmunitario** Frecuencia no conocida Reacciones alérgicas que incluyen angioedema. **Notificación de sospechas de reacciones adversas** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis** La sobredosis accidental o voluntaria tras la aplicación tópica de minoxidil producirá un aumento en la intensidad de las reacciones adversas dermatológicas, especialmente prurito, sequedad, irritación cutánea y eccema. Asimismo, la absorción sistémica será mayor, con el consiguiente incremento en la probabilidad de sufrir efectos sistémicos. Los signos y síntomas tras la ingestión oral accidental o voluntaria de minoxidil son como consecuencia de la rápida y casi completa absorción que de este principio activo se produce a nivel del tracto gastrointestinal. Entre estos signos y síntomas están hipotensión, taquicardia, retención hidrosalina con aparición de edemas, derrame pleural o fallo cardíaco congestivo. El tratamiento del cuadro desarrollado requiere el empleo de diuréticos para el edema, beta-bloqueantes u otros inhibidores del sistema nervioso simpático para la taquicardia y cloruro sódico en solución isotónica intravenosa para la hipotensión. Simpaticomiméticos, como adrenalina y noradrenalina, deben evitarse por la sobre-estimulación cardíaca que producen. **DATOS FARMACEÚTICOS** **Lista de excipientes** Propilenglicol, etanol al 96% y agua purificada. **Incompatibilidades** No procede. **Presentación y precio de venta al público** Se presenta en envases de 60 ml de solución, de 120 ml (2 frascos de 60 ml), 180 ml (3 frascos de 60 ml) y 240 ml (2 frascos de 120 ml) de solución, provistos de bomba pulverizadora y dosificador, y una cánula con boquilla para aplicación localizada. 60 ml – C.N. 651660.7 – PVPiva 12,49€, 120 ml – C.N. 654544.7 – PVPiva 20,00€, 180 ml – C.N. 663756.2 – PVPiva 22,50€, 240 ml – C.N. 703266.3 – 23,49€. **Condiciones de prescripción y dispensación** Medicamento no sujeto a prescripción médica. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Laboratorios Viñas, S.A. Provenza, 386 08025 - Barcelona **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Enero 2020. La información detallada y actualizada de este medicamento está disponible en la página Web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) <http://www.aemps.gob.es/>

Minoxidil Viñas 5%

(50mg/ml solución cutánea)



La solución TÓPICA
DE ELECCIÓN en la
ALOPECIA ANDROGENÉTICA

- Elevada tolerabilidad
- Óptima galénica
- Gran perfil de seguridad

Experiencia y
compromiso con
la calidad de vida
de sus pacientes



Máximo ahorro

Presentación 240 ml

C.N. 703266.3

4 meses de tratamiento

C1. Foliculitis decalvante crónica linfocítica: epidemiología, presentación clínica, tricoscopia y manejo terapéutico en una serie de 31 pacientes

Ana Melián Olivera(1), David Saceda Corralo(1)(2), Óscar Muñoz Moreno Arrones(1)(2), Patricia Burgos Blasco(1), Ángela Hermosa Gelbard(1)(2), Pedro Jaén Olasolo(1)(2), Sergio Vañó Galván(1)(2) de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y (2) Unidad de Tricología del Grupo de Dermatología Pedro Jaén, Madrid.

La foliculitis decalvante crónica linfocítica (FDCL) se ha descrito como una forma de alopecia cicatricial. El objetivo de este trabajo es describir las características epidemiológicas, clínicas y tricoscópicas, así como el manejo terapéutico, en una serie de pacientes diagnosticados de esta patología.

Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes con FDCL confirmada con biopsia.

Se incluyó un total de 31 pacientes (20 mujeres). La presentación clínica más común fue la de una placa única de alopecia (61,3%). La tricoscopia mostró pelos en penacho e hiperqueratosis perifolicular en todos los casos. La duración de la enfermedad fue el único factor asociado a la presencia de grandes placas de alopecia (grado III). Durante el seguimiento, 18 pacientes (58,1%) evolucionaron a FDCL desde la presentación clásica de foliculitis decalvante tras un tiempo medio de 5,2 años. Los tratamientos más utilizados fueron los corticoides tópicos (80,6%), los corticoides intralesionales (64,5%) y los antibióticos tópicos (32,3%). Se detectaron nueve recaídas clínicas después de un tiempo medio de 18 meses (rango 12-23 meses).

La foliculitis decalvante crónica linfocítica es una alopecia cicatricial rara. El manejo terapéutico basado en fármacos de acción antiinflamatoria puede considerarse un enfoque adecuado.

C2. La foliculitis decalvante tiene una firma microbiológica característica de su estadio clínico y una respuesta inmunológica alterada

Oscar Muñoz Moreno-Arrones(1), David Saceda Corralo(1), Juan Jiménez Cauhé(1), Ángela Hermosa Gelbard(1), Daniel Ortega Quijano(1), Sergio Vañó-Galván(1) de (1)Servicio de Dermatología H.U. Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivo:

La foliculitis decalvante (FD) es una alopecia cicatricial primaria neutrofílica poco frecuente cuya etiología no se ha dilucidado por completo. Aunque habitualmente se relaciona la colonización por *S. aureus* como su principal desencadenante, hallazgos recientes sugieren que su importancia podría haber sido exagerada.

El objetivo del estudio es determinar si la microbiota folicular que reside en los folículos pilosos afectados por FD tiene una firma microbiológica particular, en función de su presentación clínica, y si los pacientes afectados de FD tienen una respuesta inmune aberrante.

Material:

Se realizó un estudio transversal de diez pacientes afectados por FD. Se tomaron biopsias foliculares guiadas por tricoscopia de folículos del cuero cabelludo afectados por FD y sanos para caracterizar el microbioma folicular mediante secuenciación masiva. Se buscaron biomarcadores microbiológicos de folículos afectados por FD mediante la herramienta de "linear discriminant analysis (LDA) effect size (LEfSe)". Además, se obtuvieron células mononucleares en sangre periférica de los pacientes y 4 controles sanos y se cuantificó su producción de citocinas después de la incubación con PAMPs asociados a patógenos aislados de biopsias de los pacientes.

Resultados:

El análisis de la biodiversidad β mostró diferencias estadísticamente significativas con respecto a las bacterias presentes en folículos afectados de FD con respecto a los sanos. Ruminococcaceae, Agathobacter sp., Tyzzerella sp. y la familia Bacteroidales fueron buenos predictores del estado de enfermedad. Los niveles de IL-10, TNF- α e IL-6 producidos por células mononucleares de los pacientes disminuyeron significativamente después de la incubación con varias cepas de bacterias en comparación con los controles. Se encontraron niveles aumentados estadísticamente significativos de *S. aureus* en pacientes con un patrón típico neutrofílico de FD en comparación con pacientes con patrón de FD liquenoide (FDLPPS). Además, se determinó que en la FD neutrofílica típica, los *Staphylococcus* eran el mejor biomarcador microbiológico para ayudar a distinguir la FD de la FDLPPS.

Conclusiones:

Los folículos pilosos afectados de FD tienen una firma de microbiota bacteriana folicular en función de su fenotipo clínico. Además, estos pacientes parecen tener una respuesta inmunológica deteriorada.

C3. Alopecia lúpica inducida por adalimumab en pacientes con artritis reumatoide: presentación de dos casos

Francisco Javier Melgosa Ramos(1), Ana Isabel Zayas Gavilá(1), Héctor Gegundez Hernández(1), Álvaro Aguado Vázquez(1), Andrea Estébanez Corrales(1), Francisco José Ferrando Roca(1), Almudena Mateu Puchades(1) de (1) Servicio de dermatología, Hospital Universitario Doctor Peset.

Introducción: Las terapias biológicas, son tratamientos ampliamente utilizados hoy en día en dermatología, y pese a conllevar en la mayoría de casos una excelente respuesta terapéutica, pueden llevar asociados efectos adversos, alguno de ellos en forma de patología autoinmune, e incluso empeorar la patología por la que se prescriben, como está ampliamente descrito en pacientes con psoriasis. **Resultados:** Con motivo de ello presentamos los casos de dos mujeres de 50 y 65 años en tratamiento con adalimumab 40 mg subcutáneo cada 14 días por artritis reumatoide severa, que fueron remitidas desde reumatología por alopecia en cuero cabelludo, de escasos meses de evolución, y aspecto cicatricial, siendo diagnosticadas de alopecia lúpica tras el correspondiente estudio clínico, tricoscópico e histopatológico (incluyendo inmunofluorescencia directa), y curiosamente revirtiendo casi por completo a los dos meses tras la retirada de adalimumab y la introducción de inhibidores JAK para su artritis reumatoide (tofacitinib en un caso y baricitinib en otro). Una de las pacientes además desarrolló una psoriasis palmoplantar que también desapareció tras la retirada del fármaco.

Conclusiones: Destacamos los casos por la infrecuencia, y por resaltar la importancia de una intervención precoz, pues creemos que en este caso la rápida retirada del fármaco evitó un daño irreversible en las células madre del folículo piloso, se detuvo la progresión de la patología y se indujo la repoblación.

C4. Seguridad de minoxidil oral a dosis bajas en pacientes mayores de 60 años

David Vega-Díez (1) MD, Ana Rodríguez Villa Lario(1) MD, Marta González Cañete (1) MD, Soraya Cordero (2), Jose María Ricart (3) MD, Alba Gómez-Zubiaur (3) MD de (1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, (2) Auxiliar de clínica, Unidad de Tricología, Instituto Médico Ricart, Madrid y (3) Unidad de Tricología, Instituto Médico Ricart, Madrid y Valencia, España.

Objetivo: Describir el perfil de seguridad y efectos secundarios del minoxidil oral a dosis bajas (MOBD) en el tratamiento de la alopecia en pacientes mayores de 60 años.

Material: Realizamos un estudio retrospectivo incluyendo todos los pacientes de 60 años o más que hayan recibido tratamiento con MOBD durante al menos 3 meses para cualquier tipo de alopecia.

Resultados: Se incluyó un total de 28 pacientes (26 mujeres [92,9%] y 2 hombres [7,1%]) con una media de 65,5 años (rango 60-74). La dosis media de minoxidil administrada fue de 1.1mg al día (rango 0,25-5). La indicación más frecuente fue la alopecia androgénica con un 57,1%, seguida de la alopecia frontal fibrosante (18%), el Líquen Plano Pilaris (7,1%), la alopecia cicatricial en patrón androgenético (7,1%), la alopecia postquimioterapia (7,1%) y la alopecia areata (3,6%). La duración media del tratamiento fue de 10,25 meses (rango 3-36). En el 14,2% fue usado en monoterapia, mientras que la asociación más frecuente fue con dutasteride (47,4%) seguido de isotretinoína (17,9%) y finasteride (14,2%). Los efectos adversos (EA) más frecuentes fueron: hipertricosis facial en un 42,86% (apareciendo de media a los 3,75 meses) y efecto shedding en el 17,9%. El 14,4% de los pacientes presentó hipertricosis corporal y sensación de distensión abdominal. El 10,7% edemas en MMII y el 7,1% insomnio. Salvo la hipertricosis, los EA referidos se resolvieron en la 6ª semana de administración del fármaco. Edema palpebral, sensación de mareo, sensación de aturdimiento, pesadillas, xerostomía, nerviosismo y modificación de la textura del tallo piloso fueron referidos de forma anecdótica (3,6% cada uno de ellos). No hubo EA severos y solo 2 pacientes (7,1%) requirieron reducción de dosis y un único paciente (3,6%) requirió la suspensión del fármaco (debido a sensación de distensión abdominal). Durante el tratamiento dos pacientes fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas sin requerir suspensión del fármaco y sin asociación de

complicaciones. La satisfacción global media con el tratamiento fue de 3,6/5 con una tolerabilidad de 4,6/5.

Conclusiones: El MOBD es un fármaco eficaz y seguro en los pacientes mayores de 60 años como terapia para los diferentes tipos de alopecia, presentando un perfil de efectos adversos similar al de la población general, sin encontrar en nuestro estudio casos de EA sistémicos severos.

C5. Minoxidil tópico: un efecto secundario poco conocido de un fármaco muy utilizado. Nuevas advertencias para nuestros pacientes

David Revilla Nebreda(1), Daniel Rodríguez Baeza(1), Mario Medina Migueláñez(1), Leonor Revelles Peñas(1), Concepción Román Curto (1), Elena Godoy Gijón(1) de (1)Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Antecedentes: Mujer de 48 años, con antecedente de cáncer de mama, que acudió a consulta por pérdida difusa de cabello acentuada tras enfermedad COVID19. No presentaba alteraciones analíticas. Se apreciaba una reducción difusa leve de la densidad del cabello predominante a nivel interparietal. Con tricoscopia se apreciaba leve anisotricosis y halos marrones perifoliculares, pero también cabellos normales en crecimiento. Con el diagnóstico de alopecia androgenética femenina acentuada por efluvio telógeno se decidió iniciar tratamiento con minoxidil tópico. Tras dos días la paciente nos informó de que convivía con cuatro gatos y que se había informado sobre el minoxidil tópico y su toxicidad en animales. Rechazó realizar el tratamiento.

Material: Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la posible toxicidad del minoxidil tópico en animales domésticos, contando con la colaboración de un veterinario.

Resultados: Se encontraron 87 casos (62 gatos y 25 perros) de toxicosis por minoxidil tópico. La causa fue la ingesta oral accidental tras ingerir cabellos caídos y lamer a los dueños que utilizaban el tratamiento (80 casos). La clínica que presentaban era cardíaca, respiratoria y gastrointestinal. Requirieron hospitalización 82 animales y 8 gatos murieron.

Discusión: Los gatos presentaron mayor afectación probablemente por la alta prevalencia de miocardiopatía hipertrófica, por el déficit de estos animales en la vía metabólica de la glucuronidación y/o por la costumbre que tienen de ingerir pelo. El minoxidil tópico contiene además excipientes como el alcohol o propilenglicol que ante ingesta accidental darían clínica de neurotoxicidad. Los autores revisados sugieren que los casos de toxicosis por ingesta accidental de minoxidil tópico en animales se encuentren probablemente infradiagnosticados.

Conclusiones: El minoxidil tópico puede producir toxicidad por ingesta accidental en gatos y perros. Se debe alertar de esta situación a los pacientes que lo aplican y tienen animales. Se deben recomendar medidas como impedir el acceso de sus mascotas a la habitación donde apliquen el producto, no compartir cama y tener precaución con los cabellos caídos y otros objetos donde pueda haber producto residual. Mejoras en los sistemas de aplicación de estos productos podrían ayudar para evitar la caída de residuo en superficies.

C6. Reacciones capilares de las nuevas terapias diana dirigidas contra el cáncer

Joan Francesc Mir-Bonafè (1)(2), Marc Mir-Bonafè (3) y José María Mir-Bonafè (2), de (1) Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, (2) Clínica Juaneda, Palma de Mallorca y (3) Hospital Álvarez Buylla, Mieres, Asturias.

Objetivo

Las nuevas terapias inmunológicas dirigidas contra el cáncer han supuesto un cambio radical en el tratamiento y pronóstico de muchas neoplasias. Estos fármacos se dirigen de manera más específica contra los mecanismos fisiopatogénicos de las diferentes neoplasias, por lo que reciben el nombre de "terapias diana". Este cambio de paradigma ha supuesto también la aparición de nuevos efectos adversos que afectan a la piel y sus anejos. Nuestro objetivo es estudiar de manera exhaustiva la evidencia científica actual sobre todas las reacciones capilares que pueden provocar estos fármacos clasificados según su diana terapéutica.

Material

Se realiza una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre todas las principales dianas terapéuticas usadas en la actualidad y sus efectos adversos relacionados con el pelo.

Resultados

Se recogen todos los efectos adversos descritos en relación al pelo de las 16 principales dianas terapéuticas, con un total de 59 fármacos. Aunque depende de cada mecanismo de acción, los principales efectos adversos detectados en global son la alopecia, los cambios morfológicos y pigmentarios, la tricomegalia y la alopecia areata. Otros efectos raros son la dermatitis pustulosa y erosiva de cuero cabelludo y la foliculitis decalvante. En total, más de 20 diferentes reacciones capilares han sido descritas en relación al uso de estos fármacos. En esta revisión se describen cada uno de ellos especificado según el fármaco y la diana a las que se asocian.

Conclusiones

En conclusión, podemos decir que las reacciones capilares asociadas a los tratamientos diana son frecuentes, pueden ser muy llamativos y llegar a tener un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Es por eso que pensamos que esta revisión es importante para poder conocer dichos efectos y aprender a cómo manejarlos.

C7. Uso de Inteligencia artificial para predecir respuesta al tratamiento en placas de alopecia areata

Fernando Alarcon Soldevilla(1), Celia Campoy Carreño(1), Francisco José Hernández Gómez(2), Ramon Grimalt Santacana(3), de (1)Servicio Dermatología Hospital Universitario Nuestra Señora del Rosell, (2) Universidad Politécnica de Cartagena y (3) Universitat Internacional de Catalunya.

La tricoscopia es un instrumento que nos sirve para diagnosticar diferentes tipos de alopecia entre ellas la alopecia areata a partir de reconocer estructuras como los puntos negros, amarillos, signos de exclamación, vellos cortos, pelos rotos, etc. Diferentes estudios describen que algunas de estas estructuras son capaces de determinar la actividad de la enfermedad y por ende, su respuesta al tratamiento. Con lo mencionado, ¿Será posible crear un algoritmo de inteligencia artificial que mediante imágenes tricoscópicas que sea capaz de predecir la respuesta al tratamiento en placas de alopecia areata?

C8. Mesoterapia con bicalutamida: una nueva opción de tratamiento para la alopecia androgénica

Gómez-Zubiaur, A.(1), Andrés-Lencina, J.J.(1), Corredera, C.(1), di Brisco, F.(2), Rodríguez-Villa, A.(1), Subiabre-Ferrer, D.(1), Valdeolivas, N.(1), Valenzuela, C.(1), Ricart J.M.(1) de (1) Unidad de Tricología y (2) Unidad de Farmacia. Instituto Médico Ricart., Madrid y Valencia

La bicalutamida es un fármaco antagonista selectivo del receptor androgénico y por ello una opción en el tratamiento de la alopecia androgénica en mujeres premenopáusicas. Su administración por vía oral ha demostrado buen perfil de eficacia y seguridad. Se plantea conocer su eficacia en mesoterapia.

Hemos empleado en práctica clínica bicalutamida en mesoterapia, en 6 pacientes mujeres premenopáusicas, con diagnóstico clínico de alopecia androgénica grado II o III de Olsen acompañada de seborrea (media 5,3 lavados semanales). Todas las pacientes firmaron consentimiento informado. Ninguna de ellas había recibido otro tratamiento en los 6 meses previos. Dos pacientes estaban diagnosticadas de síndrome de ovario poliquístico, 5 presentaban irregularidades menstruales, 3 acompañadas de hirsutismo y 4 de obesidad. Se infiltró 1ml de bicalutamida 0,5% mezclada al 50% con lidocaína 2%. Se realizaron 3 sesiones mensuales, con toma de imágenes protocolizadas mediante Fotofinder®. Las imágenes fueron evaluadas por dos dermatólogos, en ninguno de los casos se modificó el grado de la alopecia, pero en todos se describió una sutil mejoría en la densidad capilar. El número de lavados descendió a 3,7. Se determinó el dolor del procedimiento (escala EVA), para el pinchazo y la entrada del producto, con evaluación media de 3,3 y 6 respectivamente. Las pacientes evaluaron el grado de mejoría en la densidad capilar y en la seborrea con escala de 1 a 10, con cifras medias de 4,83 en el primer valor y de 5,2 en el segundo. La satisfacción global de las pacientes con el tratamiento fue de 6,3.

Tras los datos presentados, se postula la mesoterapia con bicalutamida como un tratamiento seguro y bien tolerado por las pacientes, con una eficacia sutil empleado en monoterapia, pero con gran potencial como adyuvante en el manejo global de la alopecia androgénica. Se necesitan más estudios para evaluar la concentración ideal, el volumen del infiltrado y la frecuencia de administración de la misma.

C9. Alopecia difusa progresiva por gammapatía monoclonal

Víctor Cabezas-Calderón(1), Carlos González-Cruz(1), Berta Ferrer(2), Vicente García-Patos(1), de (1)Servicio de Dermatología del Hospital y (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivo

La alopecia amiloidea es una causa de alopecia difusa no cicatricial progresiva muy poco frecuente. Recordamos las manifestaciones clínicas y se destaca la importancia de la valoración de las alopecias por un dermatólogo.

Material

Se describe un caso de alopecia amiloidea y se revisan los casos similares reportados en la literatura.

Resultados

Una mujer de 69 años nos consultó por alopecia difusa progresiva de 2 años de evolución y aparición recurrente de equimosis bilateral en senos, que atribuía a la aplicación de minoxidil y corticoides tópicos que le habían pautado. A la exploración, tenía máculas anaranjadas con equimosis en ambos senos y fragilidad cutánea asociada, además de una alopecia difusa de cuero cabelludo y cejas. El pull test fue positivo y la tricoscopia mostró miniaturización folicular, pelos distróficos, estructuras asalmonadas perifoliculares y petequias puntuales. La biopsia de cuero cabelludo confirmó depósitos de material amorfo, eosinófilo en dermis adventicial y en las paredes vasculares, positivo a la tinción de rojo Congo y restricción kappa en la inmunohistoquímica. La analítica completa con proteinograma fue normal. El estudio específico de cadenas ligeras reveló elevación de cadenas kappa en sangre y orina. El aspirado de médula ósea mostró infiltración >8% por células plasmáticas. Salvo leve disfunción sistólica evidenciada en la resonancia magnética cardíaca, el resto de exploraciones realizadas fueron normales. Se inició tratamiento para la amiloidosis sistémica AL con daratumumab, ciclofosfamida, bortezomib y dexametasona, logrando respuesta completa sérica a los 2 meses. No se observó mejoría significativa a nivel cutáneo.

Conclusiones

En la alopecia amiloidea, una valoración inicial inadecuada o inexperta puede conllevar un retraso importante en el diagnóstico y tener implicaciones pronósticas. Deben orientar hacia esta alopecia las equimosis, la macroglosia y los halos asalmonados perifoliculares en la tricoscopia.

C10. Alopecia fibrosante con patrón androgénico: descripción de 19 casos y exploración de las variables predictoras de mejoría clínica

Rocío Gil Redondo (1)(2), David Saceda Corralo (1)(3), Ángela Hermosa Gelbard (1)(3), Óscar Muñoz Moreno-Arrones (1)(3), Cristina Pindado Ortega (1)(3), Rita Rodrigues Barata (1), Claudia Bernárdez Guerra (1), Daniel Ortega Quijano (1)(3), María Porriño Bustamante (1), Sergio Vaño Galván (1) (3) de (1) Unidad de Tricología, Grupo de Dermatología Pedro Jaén, Madrid, (2) Hospital Universitario La Paz, Madrid y (3) Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivo: Describir las características de una serie de pacientes con alopecia fibrosante con patrón androgénico (FAPD) y establecer qué variables se asocian a mejor evolución.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron pacientes con FAPD confirmada por biopsia entre 2017 y 2021 en una Unidad de Tricología.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes, 68% mujeres con una mediana de edad de 49 años. El 66% estaban diagnosticados de otras alopecias (28% alopecia androgénica y 22% alopecia frontal fibrosante [AFF]). El patrón más frecuente fue la pérdida de densidad uniforme desde la zona frontal hasta el vértex (42%). La afectación de vello facial y corporal se asoció la presencia de AFF concurrente ($p=0.075$) y fue más frecuente en las cejas (31%). El 63% fueron asintomáticos. Los hallazgos tricoscópicos más frecuentes fueron: pérdida difusa de orificios foliculares (89%), anisotricosis (84%), aumento de las unidades foliculares de un tallo (74%), halo blanco perifolicular (74%), pigmentación reticular (74%), signo de la V (68%) y vasos interfoliculares arboriformes (68%). Los signos más asociados a la mejoría de la escala de Sinclair tras el tratamiento fueron la anisotricosis ($p=0.039$) y el signo de la V ($p=0.060$). Todos los pacientes, excepto uno que rechazó ser tratado, recibieron tratamiento tópico (89% clobetasol). Además, el 89% asoció tratamiento oral (84% minoxidil), y 12 de 19 recibieron alguna terapia adicional como la mesoterapia o el láser de baja potencia. La mediana de duración del tratamiento

fue 12 meses. El efecto adverso más frecuente fue la hipertricosis (44%). El 53% de los pacientes mejoró en la escala de Sinclair, encontrado asociación con el uso de minoxidil oral ($p=0.045$).

Conclusiones: La FAPD fue más frecuente en mujeres de mediana edad y se asoció comúnmente con otro diagnóstico de alopecia. Encontramos una asociación significativa entre la anisotricosis y el uso de minoxidil oral con la mejora en la escala de Sinclair.

C11. Hipotricosis de área donante en autotransplante de cabello

Juan Ferrando(1) de (1)Esperanza Navarra Gabinete Dermatológico Ferrando-Navarra. Barcelona.

Varón de 26 años afecto de MAGA que consulta por hipotricosis severa del área donante tras un trasplante de folículos pilosos en Turquía en 2017, de 4.450 folículos por el método FUE, según informe que acompaña. Se realizó contaje colorimétrico de cabellos mediante TrichoScan en diferentes áreas y con los siguientes resultados:

- Área occipital colindante al área donante 91,6 cabellos frente a 80,1 del área donante (12,5% de menor densidad).
- Área temporal derecha colindante al área donante: 209,9 cabellos frente a 116,5 del área donante (44,5% menor densidad).
- Área temporal izquierda colindante al área donante: 217,9 frente a 130,8 en el área donante (39,97% menor densidad).

Promedio de pérdida de densidad en dichas áreas ($12,5 + 44,5 + 39,97 = 96,97$ dividido x 3: 32,32% de menor densidad en total).

Sigue tratamiento con Minoxidil tópico al 5%, Finasteride oral 1mgs y nuctricosmético capilar oral. Va a denunciar al centro que le practicó el trasplante y a la empresa que le coordinó el viaje, estancia y el procedimiento.

C12. Pseudo green hair

Juan Ferrando (1), Marina Nogueras (2), Alvaro Bartolomé (3), Andrea Combalía (1), Xavier Tomás (3) de (1) Departamento de Dermatología, Hospital Clínic Universidad de Barcelona; (2) Radiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid y (3) Departamento de Radiología, Hospital Clínic Universidad de Barcelona.

La presencia de cabello verde se ha descrito como consecuencia del contacto de cabello rubio con depósitos insolubles de cobre. A pesar de que se ha descrito mayormente por un incremento de estos componentes en los algicidas de las piscinas también se han reconocido otras causas.

Presentamos el caso de una mujer rubia de 20 años que efectivamente su cabello se tornó verdoso después de bañarse en una piscina que contenía exceso de cobre (convenientemente medido) y dos días antes se dio un caso igual en una chica rubia también; pero sorprendentemente el microanálisis de rayos X de dicho cabello no mostró trazas de cobre.

Hay que añadir que unos días antes se había hecho “mechas californianas” en bandas en la parte distal de su cabello del área occipital justamente en las áreas que observamos su cabello verde intenso. El SEM mostró daño cuticular en dichas áreas con el cortex expuesto y el microanálisis de rayos X presencia de sílice, hierro y aluminio, pero no de cobre.

C13. Alopecia inducida por inhibidores de las quinasas dependientes de ciclinas 4 y 6: una serie de casos

Gerald Selda Enriquez (1), Patricia Burgos Blasco(1), Ana Melián Olivera(1), Óscar Muñoz Moreno Arrones(1), Ángela Hermosa Gelbard(1), Sergio Vañó Galván(1), David Saceda Corralo(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Los inhibidores de las quinasas dependientes de ciclinas 4 y 6 (CDK4/6i), entre los que se incluyen Palbociclib, Ribociclib y Abemaciclib, son unos fármacos específicos para el tratamiento de cáncer de mama hormonodependiente metastásico. Se ha visto en los ensayos clínicos que los CDK4/6i con TH tienen más riesgo de alopecia que la TH sola. Nuestro objetivo es describir la alopecia inducida por CDK4/6i.

Se recopilaron a pacientes con cáncer de mama que referían aparición o empeoramiento de alopecia tras el comienzo con los CDK4/6i. Se recogieron sus datos demográficos, tratamientos previos, el tipo de alopecia que presentaban y el tratamiento propuesto.

Un total de 9 pacientes se recopilaron con alopecia por CDK4/6i. Todas eran mujeres con cáncer de mama hormonodependiente metastásico y tenían una edad media de 57,3 años. Recibieron tratamiento con minoxidil 5% tópico (2 pacientes), minoxidil oral de 0,25 a 1 mg al día (5 pacientes), una combinación de ambos (1 paciente) y una única paciente no recibió tratamiento.

A la revisión, la alopecia había mejorado un grado en la escala de Sinclair o mantenido en todas las pacientes.

Los CDK4/6i provocan una interrupción del ciclo celular provocando la apoptosis de las células tumorales, aunque tiene efectos adversos como pueden ser astenia, alteraciones hematológicas o mucositis. Está descrita la mayor incidencia de alopecia en los pacientes en tratamiento con CDK4/6i. Se piensa que se puede producir por un efecto antiproliferativo sobre el folículo piloso o por un empeoramiento de la alopecia inducida por TH. En nuestro estudio se describe la alopecia por hormonoterapia en un patrón androgénico, que apoyaría más la segunda hipótesis. En nuestra experiencia, el tratamiento con minoxidil tópico u oral ofrece unos resultados positivos. El conocimiento de este tipo de efecto adverso con los CDK4/6i puede ayudar a prevenir y mejorar la alopecia en pacientes que reciban estos fármacos.

C14. Alteraciones de la biomecánica y topografía corneal en pacientes con alopecia areata

Patricia Burgos-Blasco(1), Bárbara Burgos-Blasco(2), Olivia Rodríguez-Quet(2), David Saceda-Corralo(1), Sergio Vañó-Galván(1), José Ignacio Fernández-Vigo(2), Julián García-Feijoo(2) y Pedro Arriola-Villalobos(2) de (1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, IRYCIS. Madrid y (2) Servicio de Oftalmología, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid.

Objetivos: Investigar las características biomecánicas y topográficas corneales en los pacientes con alopecia areata (AA), específicamente evaluar la presencia de queratocono, un tipo de ectasia corneal.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de casos y controles para evaluar las alteraciones de la biomecánica y topografía corneal en pacientes con AA. Para ello se reclutaron de forma voluntaria y consecutiva pacientes con AA severa (SALT >75) y controles sanos. A todos los sujetos se les realizó una anamnesis detallada y una exploración oftalmológica completa. Además, se evaluó la córnea mediante topografía corneal Pentacam (Oculus Optikgeräte GmbH, Wetzlar, Germany) y Corvis ST (Oculus Optikgeräte GmbH, Wetzlar, Germany).

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes (6 varones y 15 mujeres), con una edad media de 50.9±8.0 años, y 12 controles (1 varón y 11 mujeres), con una edad media de 47.5±4.9 años (p=0.411). Los pacientes con AA presentaron una menor distancia de la segunda aplanación (1.8±0.3 vs 2.1±0.4, p=0.005). En cuanto a las características topográficas, los pacientes presentaron un aumento de K1 (43.5±1.1 vs 42.7±1.5, p=0.026), K media (43.9±1.1 vs 43.3±1.6, p=0.033), elevación posterior (10.4±6.0 vs 7.7±3.3, p=0.029) e índice BAD-D (1.2±0.7 vs 0.8±0.7, p=0.043). Entre los pacientes con AA, 2 ojos (4,5%) presentaron queratocono grado 1-2 y 5 ojos (11,4%) fueron diagnosticados de queratocono subclínico; sin encontrar ninguna alteración de este tipo entre los controles.

Conclusiones: La AA se asocia a alteraciones en las características biomecánicas y topográficas de la córnea, presentando un posible aumento de la incidencia de queratocono.

P1. Descripción de 64 casos de alopecia de distribución en patrón androgenético con signos histopatológicos de inflamación y fibrosis

Cristian Valenzuela Oñate(1), Alba Gómez Zubiaur(2), Cristina Corredera Carrión(1), Daniela Subiabre Ferrer(1), Ana Rodríguez-Villa Lario(2), Ricardo Alonso de Celada(2), Juan José Andrés-Lencina(3), Marta García-Legaz Martínez(1), Angel Aguado García(3), Virginia Ramos Fernández(1), Nuria Valdeolivas Casillas(2), Jose María Ricart Vayá(1) de (1) Unidad de Medicina Capilar de Instituto Médico Ricart Valencia, de (2) Unidad de Medicina Capilar de Instituto Médico Ricart Madrid y (3) Unidad de Medicina Capilar de Instituto Médico Ricart Alicante.

Objetivo: Describir las características clínicas, tricoscópicas e histopatológicas de 64 pacientes con pérdida progresiva de densidad capilar en áreas característicamente afectadas por alopecia androgenética (AGA) en los que se evidenció en una biopsia, infiltrado inflamatorio perinfundibular y fibrosis.

Material y método: Estudio multicéntrico prospectivo, transversal, en el que participaron pacientes de todas las consultas por pérdida de densidad capilar, en tres centros en España. Se incluyeron en el estudio, los pacientes que presentaban clínica de alopecia androgenética, además de signos histopatológicos, tanto de liquen plano pilar, como de AGA. Las biopsias fueron revisadas por un único patólogo que desconocía la clínica de los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 64 pacientes de entre 17 y 74 años. Quince eran hombres y 49 mujeres. El 50% de los casos presentaba prurito o sensación urente en el cuero cabelludo. El 90% de los pacientes presentaba algún signo tricoscópico sugestivo de actividad inflamatoria, principalmente eritema e hiperqueratosis perifolicular. Todos los casos presentaban anisotricosis significativa. Se encontró atriquia en 38 casos, principalmente como pérdida de folículos aislados, con pocos casos con áreas cicatriciales mayores a 2mm. En las biopsias se observó un infiltrado inflamatorio linfocítico, rodeando al istmo y a la región infundibular de pelos terminales y vellosos. El infiltrado era de tipo liquenoide en la mayoría de los casos. Se observó la pérdida total de las glándulas sebáceas en 1 de cada 5 pacientes, siendo la disminución parcial de las mismas aún más frecuente. El 90% de los pacientes presentaban fibrosis lamelar concéntrica y/o tractos fibrosos.

Conclusión: La alopecia fibrosante de distribución en patrón androgenético (FAPD) puede ser imposible de distinguir de la AGA con inflamación si no se realiza una biopsia en la que se demuestre la presencia de fibrosis. Debemos mantener un alto grado de sospecha ante la presencia de signos inflamatorios tricoscópicos. En nuestra serie la hiperqueratosis perifolicular fue el signo tricoscópico inflamatorio más frecuente. No existen un acuerdo universal sobre los criterios diagnósticos que separan estas entidades. Creemos que una verdadera FAPD debe presentar atriquia, aunque esta podría estar ausente en fases precoces de la enfermedad.

P2. Finasteride en mesoterapia, el gran olvidado

Juan José Andrés-Lencina (1), Angel Aguado (1), Cristina Corredera (1), Fabio di Brisco (2), Marta García-Legaz (1), Ricardo Moreno (1), Ana Rodríguez-Villa (1), Daniella Subiabre-Ferrer (1), Nuria Valdeolivas (1), Cristian Valenzuela (1), Jose María Ricart (1), Alba Gómez-Zubiaur (1) de (1) Unidad de Tricología y (2) Unidad de Farmacia. Instituto Médico Ricart., Madrid y Valencia.

INTRODUCCIÓN: El empleo de finasteride oral como tratamiento de la alopecia androgenética continúa siendo un pilar terapéutico fundamental en un gran número de pacientes, además del único fármaco por vía oral autorizado para ello en los varones. Por lo tanto, nos planteamos su papel empleado en mesoterapia, su eficacia y utilidad por esta vía de administración.

MATERIAL Y METODOS: Se han revisado los casos de pacientes con diagnóstico de alopecia androgenética masculina y femenina tratados en nuestro grupo en los últimos dos años, con mesoterapia de finasteride como monoterapia o en tratamiento combinado. La pauta de administración es quincenal o mensual, teniendo en cuenta la vida media del fármaco, con una concentración de finasteride al 0,05%.

RESULTADOS: El principal target de pacientes fueron mujeres en edad fértil en las que no se deseaba mantener el periodo de 6 meses de evitar gestación tras retirada (requerido en mesoterapia con dutasteride). La tolerancia en líneas generales fue buena, con ligero disconfort. Los datos de eficacia fueron difíciles de establecer al ser un tratamiento combinado en la gran mayoría, pero en los casos aislados en los que se aplica la mesoterapia sola, se observó mejoría clínicamente relevante. La aceptación del tratamiento por parte de los pacientes fue buena.

CONCLUSIONES: La mesoterapia se ha posicionado como una modalidad de tratamiento segura, cómoda y eficaz. La dutasterida es el fármaco de elección para esta vía de administración, siendo el uso de finasterida en mesoterapia escaso y reduciéndose la experiencia a casos aislados. Sin embargo, es una alternativa segura y eficaz en aquellos casos en los que por circunstancias del paciente (mujer en edad fértil, varón con deseos genésicos) o por tema legal (aprobación en ficha técnica en hombres con alopecia androgenética), es preferible el uso de finasteride a dutasterida.

P3. Bicalutamida oral: perfil de seguridad y satisfacción mujeres con alopecia androgénica premenopáusicas

Corredera C (1), Gómez-Zubiaur A(2), Subiabre-Ferrer D(1), Valdeolivas N(2), Valenzuela C(1), Ricart JM(1) de (1) Unidad de Tricología, Instituto Médico Ricart, Valencia y (2) Unidad de Tricología, Instituto Médico Ricart, Madrid.

La bicalutamida es un fármaco antagonista selectivo del receptor androgénico. Se comercializó hace más de 10 años para patología prostática, y al ser un análogo de flutamida con mucho mejor perfil de seguridad, comenzó a usarse en dermatología en mujeres con alopecia androgénica, con la ventaja, sobre otros fármacos antiandrogénicos, de controlar además otros síntomas como la seborrea, el acné y el hirsutismo.

Desde el 2019, se han publicado fundamentalmente tres artículos sobre el uso de bicalutamida oral en alopecia androgénica femenina.

Nuestro objetivo es analizar la concordancia de la seguridad y satisfacción de las pacientes tratadas en nuestra unidad de tricología, con los datos publicados hasta el momento.

Para ello, se realiza un estudio retrospectivo de 25 mujeres premenopáusicas tratadas con bicalutamida oral a dosis de 25-30mg desde junio del 2020 hasta diciembre de 2020 (de 9-15mese de tratamiento). Se describirán los tratamientos coadyuvantes asociados a bicalutamida oral en caso de existir. Ninguna de las 25 pacientes presentó alteraciones analíticas durante el uso del tratamiento. Solo 2 pacientes refirieron un ligero aumento del peso, y una de ellas incremento del vello corporal asociado al uso concomitante de minoxidil oral. En cuanto a las patologías concomitantes, 5 pacientes presentaban seborrea al inicio del tratamiento, 2 acné, y un hirsutismo previo, que mejoraron en todos los casos con el uso de bicalutamida oral. De las 25 pacientes, 11 han contestado una encuesta de satisfacción, que evalúa el grado de mejoría en densidad capilar, caída capilar, seborrea y satisfacción global con el tratamiento, con una escala del 1 al 10, donde uno es ninguna mejoría o satisfacción, y 10 gran mejoría y satisfacción y los ítems preguntados. Se presentaron los resultados detalladamente: solo dos no notaron mejoría en el aumento de densidad capilar, todas notaron mejoría en la caída capilar por encima de 5 puntos, salvo una donde no notó mejoría. Todas las que presentaban seborrea mejoraron en más de 6 puntos, y salvo la paciente que no notó mejoría en la densidad capilar, todas las demás estaban satisfechas con el tratamiento.

En conclusión, bicalutamida oral es un fármaco seguro y eficaz, especialmente útil en pacientes premenopáusicas que asocian acné, seborrea, hirsutismo, SOP o SAHA.

P4. Alopecias en la mujer. Importancia de un abordaje biopsicosocial

Trinidad Montero-Vilchez (1), Sara Garcia-Hidalgo (1), Manuel Sanchez-Diaz (1), María Porriño-Bustamante (1), Salvador Arias-Santiago (1) y Agustín Buendía-Eisman (1) del (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Antecedentes. La alopecia femenina constituye un trastorno dermatológico que asocia una importante disminución en la calidad de vida, incrementada por las demoras en el diagnóstico.

Objetivo. Destacar la importancia del abordaje biopsicosocial y la combinación de una anamnesis detallada con tricoscopia para agilizar el proceso diagnóstico de la alopecia en la mujer.

Material. Presentación de 2 casos clínicos

Resultados.

Caso 1. Una mujer de 30 años acudió a consulta por alopecia de 3 años de evolución. Previamente había sido diagnosticada de alopecia areata y se le pautó corticoides tópicos y minoxidil sin

respuesta. La paciente negó manipulación del cabello. A la exploración se apreciaban dos placas de alopecia bien delimitadas en región bitemporal con pelos cortos y ausencia de algunos orificios foliculares. Se decidió biopsia cutánea que mostró hallazgos compatibles con liquen plano pilairs incipiente. Se decidió tratamiento con corticoides tópicos, finasteride y minoxidil. Tras 9 meses, la paciente no presentó mejoría y se realizó nueva biopsia cutánea que no mostró folículos pilosos en fase de catagen/telogen con posible miniaturización y conservación de las glándulas sebáceas, por lo que se descartó la posibilidad de liquen plano. Finalmente, se llegó al diagnóstico de alopecia por tracción en fase avanzada, alopecias de difícil diagnóstico histológico y que al ser de largo tiempo de evolución pueden ser de tipo cicatricial.

Caso 2. Una paciente de 46 años acudió a consulta por alopecia de 7 años de evolución. Asociaba molestias en la región y madarosis. La paciente negó manipulación del cabello. En la exploración se aprecia afectación de la línea de implantación fronto-temporal, miniaturización de los folículos en ausencia de inflamación y eritema, así como pelos cortados a la misma longitud y puntos negros. Se tomó una biopsia que mostró ausencia de infiltrado inflamatorio junto con restos de pigmento en los folículos. La paciente fue diagnosticada de alopecia frontal fibrosante junto con alopecia androgénica y tricotemnomanía, asociación que raramente se ve en la clínica.

Conclusión. Es importante realizar una buena historia clínica y tricoscopia en la alopecia femenina, siendo esencial un abordaje psicossocial ya que ninguna de las pacientes afirmó en primera instancia manipular su cabello, lo cual dificultó llegar al diagnóstico definitivo.

P5. Edema periorbitario matutino secundario a minoxidil oral a dosis bajas: 4 casos

José M. Mir-Bonafé (1), Marc Mir-Bonafé (2) y Joan Mir-Bonafé (1, 3), de (1) Servicio de Dermatología, Unidad de Tricología y Trasplante Capilar, del Hospital Juaneda de Palma de Mallorca, (2) Servicio de Dermatología del Hospital Álvarez Buylla de Mieres, Asturias y (3) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Son Llàtzer de Palma de Mallorca.

Antecedentes y objetivos

Los efectos adversos asociados a minoxidil más frecuentemente reportados son la hipertriosis, la hipotensión postural, taquicardias y edema pretibial. El edema periorbitario secundario es excepcional.

Métodos

Presentamos 4 casos de edema periorbitario matutino asociado a dosis bajas de minoxidil oral.

Resultados

Paciente 1. Varón de 40 años que presenta edema periorbitario matutino tras 4 semanas de toma nocturna de minoxidil 5 mg/día. Decidimos disminuir la dosis de minoxidil a 3mg/día, resolviéndose el cuadro.

Paciente 2. Mujer de 37 años que presentó edema periorbitario matutino tras 2 semanas de toma nocturna de minoxidil 1 mg/día. Se decidió retirar el fármaco durante 12 semanas, con resolución del cuadro a los 7 días. Posteriormente se reintrodujo el fármaco a dosis de 0,5mg/día en toma nocturna, sin reaparición de la clínica.

Paciente 3. Paciente mujer de 41 años que presenta edema periorbitario matutino de 1 mes de evolución tras 4 meses de toma nocturna de minoxidil 1 mg/día. Se decidió suspender el fármaco con resolución completa del cuadro. Dos meses más tarde se reintrodujo a dosis de 0.3 mg/día, sin recidiva de la clínica.

Paciente 4. Varón de 55 años, que presenta misma clínica tras 2 meses bajo toma nocturna de minoxidil 5 mg/día. El cuadro se resolvió al disminuir la dosis a 2.5 mg/día.

Conclusiones

La aparición de edema en miembros inferiores secundario a minoxidil oral es relativamente frecuente (1-10%), pero su aparición facial es excepcional (0,3%).

Debido a lo llamativo del cuadro y a su confusión con un cuadro alérgico, es muy importante conocer este efecto adverso. En la mayoría de casos reportados, así como en nuestros pacientes, este efecto es leve y, aunque puede requerir la disminución de la dosis, no es necesario el cese del fármaco. Consideramos que su cambio de toma al inicio de la mañana podría evitar su aparición.

P6. Seguridad del minoxidil oral en pacientes hipertensos

Emilio de Dios Berná Rico(1), Juan Jiménez Cahué(1), David Saceda Corralo(1)(2), Óscar Muñoz Moreno-Arrones(1)(2), Ángela Hermosa Gelbard(1) (2), Rita Rodríguez Barata(2), Belén de Nicolás Ruanes(1), Sergio Vañó Galván(1)(2), de (1) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, IRYCIS. Madrid y (2) Unidad de Tricología, Grupo de Dermatología Pedro Jaén.

Objetivos: Evaluar la seguridad del minoxidil oral a dosis bajas (MODB) en pacientes hipertensos tratados con antihipertensivos, analizar la necesidad de reajuste de dicha medicación y determinar si el número de antihipertensivos limita la dosis alcanzada de minoxidil.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluye a pacientes hipertensos tratados con MODB como tratamiento de alopecia por cualquier causa. Se recogen datos demográficos, características del tratamiento con minoxidil y número y tipo de fármacos antihipertensivos de cada paciente. Se recogerán efectos adversos, necesidad de suspensión/modificación de dosis de MODB y necesidad de ajuste de medicación antihipertensiva. Analizaremos si existen diferencias en la dosis de minoxidil pautado en función del número de antihipertensivos, estratificando por sexo.

Resultados: Un total de 27 pacientes (12 hombres y 15 mujeres) con una edad media de 60 años (rango 43-78) fueron incluidos. La indicación más frecuente del MODB fue la alopecia androgénica (19 pacientes -70.37%-). La dosis media diaria de MODB fue de 2.93 mg (rango 0.21-10 mg), con una duración media de tratamiento de 16,3 meses (rango 3-39). 17 pacientes (62.96%) se encontraban con 1 fármaco antihipertensivo, 7 (25.93%) con 2, 1 (3.70%) con 3 y en 2 pacientes (7.41%) no disponíamos del fármaco. 0 pacientes requirieron ajuste de medicación antihipertensiva tras inicio de minoxidil. 2 pacientes (7.41%) presentaron hipertricosis. En mujeres, no hubo diferencias significativas en la dosis de MODB administrada en función del nº de antihipertensivos. En hombres, aquellos con 2 antihipertensivos recibieron una dosis de MODB significativamente mayor que los pacientes con 1 antihipertensivo.

Conclusión: El MODB presentó un perfil de seguridad favorable en nuestra cohorte de pacientes hipertensos, sin necesidad de reajuste de antihipertensivos. El número de antihipertensivos no limitó la dosis final alcanzada de minoxidil.

P7. Minoxidil sublingual: nuestro objetivo a futuro

Aguado-García, Ángel(1); Alonso de Celada, RM(1); Andrés-Lencina, Juan José(1); Corredera Carrión, C(1); Di Brisco, Fabio(1); García-Legaz Martínez, Marta(1); Ricart, JM(1); Rodríguez-Villa Lario, Ana(1); Subiabre-Ferrer Daniela(1); Valenzuela-Oñate, Cristian(1); Gómez-Zubiaur, Alba(1) de (1)Unidad de Tricología. Instituto Médico Ricart.

Introducción: El minoxidil por vía tópica presenta inconvenientes, relacionados fundamentalmente con la cosmética y el tiempo de aplicación. Además, la sulfatación de la molécula para convertirse en su forma activa, no siempre está garantizada por esta vía. Su uso vía oral logra un buen perfil de seguridad, sin estar exento de efectos secundarios como la hipertricosis, cefalea o edemas palpebrales o en miembros inferiores. En este caso, la sulfatación se produciría a nivel hepático mediante la SULT 2A1, presente en todos los individuos. En un intento de minimizar los efectos secundarios y conseguir resultados con la mínima dosis posible, se han explorado otras vías de administración, como la sublingual, con ventajas teóricas en cuanto a dosificación, efectos secundarios, etc. Evitar el primer paso hepático, podría aumentar la disponibilidad de fármaco para ser sulfatado por la SULT1A1, logrando sustrato suficiente para la enzima, que se saturaría incluso en los individuos con menor actividad de la misma, y de este modo incrementar su efecto sobre el crecimiento capilar. Además, es la sulfatación hepática la responsable de los efectos hemodinámicos, que por esta vía sublingual, se verían por tanto teóricamente disminuidos.

Material y métodos: La Unidad de Tricología IMR, está desarrollando una nueva presentación de minoxidil, para uso sublingual, en spray, que presenta las ventajas de las formulaciones sublinguales en cuanto a facilidad de aplicación para el paciente y la necesidad de menores dosis, con un ajuste muy cómodo y manejable al poder variarla solo con modificar el número de pulsaciones.

Resultados: En los próximos meses presentaremos resultados de uso. Por el momento, el feedback es muy positivo en los aspectos evaluados, con un perfil de efectos adversos aceptable.

Conclusión: El minoxidil, es un fármaco clave en tricología. Explorar nuevas formas de administración, con máxima eficacia y mejor perfil de seguridad, es nuestro objetivo a futuro.

P8. Minoxidil oral en población pediátrica

Belén de Nicolás Ruane(1), Óscar Muñoz Moreno-Arrones(1)(2), Rita Rodrigues Barata(2), Ángela Hermosa Gelbard(1)(2), David Saceda Corralo(1) (2), Emilio de Dios Berná Rico(1), Pedro Jaén Olasolo(1)(2), Sergio Vañó Galván(1)(2), de (1)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal y (2)Unidad de Tricología, Grupo de Dermatología Pedro Jaén.

Objetivo

El minoxidil oral (MO) ha supuesto una revolución en el tratamiento de las alopecias en los últimos años, aunque su uso en población pediátrica es limitado. El objetivo de este estudio es describir el uso de minoxidil oral en pacientes menores de 18 años.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes menores de 18 años que han acudido a una clínica especializada en tricología desde marzo del 2019 hasta marzo del 2021. De ellos, se han seleccionado aquellos pacientes que recibieron tratamiento con MO y recogido sus datos epidemiológicos y clínicos.

Resultados

Cuarenta y seis niños recibieron tratamiento con MO, con una edad media de 15,95 años (rango 10 -17 años), siendo un 65% de ellos mujeres. La alopecia más frecuente en estos pacientes fue alopecia androgénica en un 83% de los casos, seguida por efluvio telógeno en un 13%. La dosis empleada varió desde 0,25 mg hasta 5 mg, empleando dosis mayores en niños (2-2,5 mg) que en niñas (0,25-1 mg), con administración habitualmente diaria. En el 33% de los casos, el MO se pautó en monoterapia, mientras que en un 50% se combinó con otros fármacos orales y en el 17% restante se combinó con otros fármacos tópicos. Se observó una mejoría en el grado de alopecia en el 78% de los pacientes, con estabilidad clínica en el resto. El 19% de los pacientes presentaron efectos adversos en relación con el tratamiento, fundamentalmente hipertriosis y en un caso hipotensión, todos ellos considerados leves. En un paciente se suspendió el MO por falta de eficacia.

Conclusión

El minoxidil oral podría constituirse como una alternativa terapéutica para la alopecia en el paciente pediátrico.

P9. Metotrexato Intralesional en la Alopecia Areata Refractaria: Revisión de la literatura y presentación de 2 casos en Coadyuvancia con Láser Fraccional Ablativo

Ana Rodríguez-Villa Lario (1)(2), Ángel Aguado-García (1), Juan José Andrés-Lencina (1), Cristina Corredera Carrión (1), Marta García-Legaz Martínez (1), Ricardo M. Alonso de Celada (1), Daniela Subiabre-Ferrer (1), Cristian Valenzuela-Oñate (1), José María Ricart (1), Alba Gómez-Zubiaur (1,2) de (1) Unidad Capilar del Instituto Médico Ricart y (2) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.

El empleo de láser fraccionado ablativo (LFA) así como el uso de metotrexate intralesional (MTX-IL) pueden ser recursos de utilidad en casos de alopecia areata (AA) refractaria. Presentamos dos casos con repoblación completa mediante la combinación de ambas terapias intrapaciente.

Caso 1: Mujer de 38 años, con AA en placas de 3 años de evolución, en tratamiento con pulsos de dexametasona. Presentaba una placa refractaria occipital derecha, creciente, de 9x6 cm, que presentaba pelos peládicos en su periferia (Figura 1a). Se inició tratamiento con MTX-IL 15 mg semanal, precedido de dos pases con LFA CO2 con 5% de cobertura y fluencia de 288 J/cm2, core de 51 mJ (Figura 1b). Tras la segunda sesión, se inició repoblación de la placa, hasta su recuperación ad integrum (Figura 1c).

Caso 2: Paciente de 18 años, con AA refractaria. Se realizó protocolo de tratamiento dual con MTX-IL 15mg cada 20 días y LFA atendiendo a los parámetros del caso 1, encontrando mejoría desde la primera sesión (Figura 2b-c). Ninguna de las pacientes presentó alteraciones analíticas ni complicaciones locales durante el tratamiento.

Discusión: El fundamento del empleo del LFA en el tratamiento de la AA radica principalmente en su capacidad de inducción de apoptosis de las células T a nivel del bulbo piloso. Igualmente, favorece la promoción de los folículos a fase anágena (activando la vía Wnt/ β -catenina) junto con

la detención la fase telógena. Por otro lado, su empleo en conjunto para la vehiculización de moléculas hidrófilas, como el MTX, favorece su absorción, siendo esta mayor a más fluencia (mayor profundidad de los canales generados). Su uso intralesional en AA es limitado y queda recogida la Tabla

1. La dosificación, el intervalo de administración, así como la necesidad de empleo en monoterapia o concomitantemente a otras terapias no han sido aún definidas. La aplicación de MTX-IL podría ser una herramienta exitosa, potenciada por su combinación con LFA, con un perfil excelente de efectos adversos.

P10. Areata universal y dimetilfumarato

Miguel Domínguez Santás (1); David Saceda Corralo (1); Ana Suárez Valle (1); Borja Díaz Guimaraens (1); Sergio Vañó Galván (1); Ángela Hermosa Gelbard (1); Pedro Jaén Olasolo (1) de (1) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción:

La alopecia areata universal puede constituir un reto terapéutico para el dermatólogo debido a la peor respuesta a los tratamientos disponibles y el riesgo de recaída tras la suspensión de estos.

Caso clínico:

Un varón de 43 años acudió al servicio de Dermatología con una historia de alopecia areata de 6 años de evolución. Se inició como una alopecia areata en placas, y progresivamente se convirtió en alopecia areata universal. Como antecedentes de interés presentaba hipertensión arterial y enfermedad de Hashimoto. Había realizado previamente tratamiento con metotrexato, azatioprina y pulsos de dexametasona. Tuvo que suspender metotrexato y azatioprina por mala tolerancia. Con pulsos de dexametasona, a pesar de mejoría con repoblación inicial, recidivaba al disminuir dosis. Se decidió iniciar terapia con dimetilfumarato a dosis ascendente hasta alcanzar los 720mg/d. A partir de la subida a 360mg/d ya se comenzaba a ver repoblación escasa. Con la dosis de 720mg/d el paciente consiguió una repoblación completa, con SALT S0.

Actualmente continúa con dosis de 720mg/d, sin efectos secundarios destacables, y con repoblación mantenida de >90%.

Conclusiones:

Las formas clínicas de la alopecia areata son dinámicas. A medida que aumenta la extensión de la afectación de la areata, aumenta también la agresividad terapéutica necesaria para conseguir la repoblación. Así, la alopecia areata universal constituye un reto terapéutico en el que con frecuencia hay que usar inmunosupresores para conseguir y/o mantener la repoblación. Nuestro caso describe el tratamiento con dimetilfumarato en un paciente que no toleraba metotrexato ni azatioprina, y que tenía recaídas de actividad al bajar la dosis de dexametasona. En nuestro caso, con un fármaco con efectos secundarios fácilmente monitorizables, hemos conseguido una repoblación completa y mantener al paciente relativamente estable con una afectación <10% del cuero cabelludo en todo momento.

P11. Imiquimod y difenciprona. Nuestra experiencia

Díaz Guimaraens, Borja (1); Saceda Corralo, David (1); Hermosa Gelbard, Ángela (1); Muñoz Moreno-Arrones, Óscar (1); Domínguez Santás, Miguel (1); Suárez Valle, Ana (1); Vañó Galván, Sergio (1) de (1) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivo:

La inmunoterapia de contacto con difenciprona (DFCP) es uno de los tratamientos para la alopecia areata (AA) con mejor perfil de efectos secundarios y eficacia. Su mecanismo de acción se basa en producir un eczema de contacto que lleva a un cambio de respuesta inmunológica (de Th1 a Th2). Se ha descrito que el imiquimod (IMQ) puede conseguir sensibilizar a pacientes no respondedores a la DFCP, pero no se ha comunicado su utilidad como potenciador de respuesta en pacientes que sí han sido sensibilizados. En esta serie de casos queríamos mostrar nuestra experiencia en ese sentido.

Material y Métodos:

Hemos registrado datos retrospectivos de una serie de 6 mujeres con AA, previamente sensibilizadas a la DFCP, en las que se usó la combinación de DFCP con IMQ. 5 de ellas había utilizado previamente DFCP a diferentes concentraciones y la paciente restante había sido sensibilizada con DFCP al 2%. Entre otros, fueron recogidos datos epidemiológicos generales, los tratamientos previos recibidos, el SALT previo a la combinación y el menor tras su uso, los meses

de respuesta y su forma de aplicación. También se registró cualquier tratamiento recibido para la AA durante el tiempo que se estuvieron aplicando la combinación.

Resultados:

En nuestra serie de casos, la combinación de DFCP con IMQ 2 o 3 veces en semana consiguió que 5/6 pacientes (el 83%) pudiesen mejorar su SALT inicial, siendo el tiempo de mantenimiento de respuesta medio de 5,6 meses. La frecuencia más habitual de aplicación de IMQ (en 4/6 pacientes, un 66%) fue de 2 veces en semana. Todas las pacientes habían recibido tratamientos sistémicos para la AA. Ninguna paciente tuvo que suspender el tratamiento por los efectos secundarios.

Conclusiones:

A pesar de tratarse de un número escaso de pacientes y de ser un estudio retrospectivo, los resultados apoyan el uso en combinación de DFCP e IMQ para pacientes con AA, ya que puede mejorar la respuesta a DFCP sola, incluso en pacientes sensibilizados previamente.

P12. Alopecia areata difusa en relación con brentuximab vedotin

Francesc Alamon-Reig(1), Elena Canal-Garcia(2), Laura Serra-García(1), Ignasi Martí-Martí(1), Paola Garcia (1), Juan Ferrando (1), Andrea Combalia (1) de (1) Servei de Dermatologia, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona y (2) Servei de Dermatologia, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Universitat de Lleida.

Brentuximab vedotin (BV) es un anticuerpo monoclonal anti-CD30 que ha demostrado eficacia en el tratamiento de la micosis fungoide (MF) CD30 positiva. La neuropatía periférica y la neutropenia son algunos de los efectos secundarios más comunes. También se ha descrito casos de alopecia difusa asociada a BV. Sin embargo, no se ha reportado ningún caso de alopecia areata asociada al tratamiento. Presentamos un caso de micosis fungoide que desarrolló alopecia areata difusa (AAD) después de someterse a terapia con BV.

Mujer de 58 años diagnosticada de MF en placas de 6 años de evolución, que había progresado a pesar de tratamiento con corticoterapia tópica, fototerapia y bexaroteno. Se inició terapia con BV a dosis de 1,8 mg/kg cada tres semanas. Después del tercer ciclo, desarrolló alopecia difusa repentina. A la exploración, destacaba una pérdida de densidad capilar difusa, con prueba de tracción positiva. La tricoscopia reveló puntos amarillos, puntos negros y pelos peládicos. Se realizó una biopsia que fue compatible con la orientación de alopecia areata. Se instauró tratamiento tópico con dipropionato de clobetasol al 0,1% y minoxidil al 5%, con mejoría progresiva de la sintomatología. Aunque la alopecia areata inducida por fármacos es infrecuente, se han descrito casos asociados al factor de necrosis tumoral alfa o inhibidores de checkpoint. Recientemente, Pileri et al. describieron 7 casos de alopecia difusa desencadenada por BV en los que se describe un patrón tricoscópico característico de una alopecia inducida por quimioterapia. La molécula CD30 podría expresarse en la superficie de las células del folículo piloso en una minoría de pacientes y actuar como diana del fármaco. Se describe un caso de AAD en el que BV podría actuar como desencadenante. A pesar de que no se puede establecer una relación causal, hay que considerar la posibilidad de AAD ante el desarrollo de una alopecia difusa en un paciente en tratamiento con BV.

P13. Alopecia areata tras vacunación e infección por SARS-CoV-2

Cristina Pindado Ortega (1)(2), Rocío Gil- Redondo (2)(3), Sandra Fernández-Alonso MD (2)(4), Sergio Vañó-Galván (1)(2) de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, (2) Grupo Pedro Jaén, (3) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Paz, (4) Hospital Quirón San José.

Introducción: La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmune compleja, de etiología incierta, aunque la evidencia reciente indica que se desarrolla tras una ruptura del privilegio inmunológico del folículo piloso e infiltración de linfocitos Th1, predominantemente CD8. Se han propuesto varios factores ambientales como posibles desencadenantes en individuos genéticamente predispuestos, como estrés, infecciones virales, vacunación y alteraciones hormonales.

Objetivo: Describimos tres casos de AA universal de nueva aparición, uno de ellos tras infección asintomática por SARS-CoV-2, y dos tras vacunación frente a SARS-CoV-2.

Discusión: Se revisan los casos publicados que vinculan la AA con SARS-CoV-2. Algunos estudios describen un empeoramiento de pacientes con diagnóstico previo de AA, que se ha relacionado con el estrés durante la pandemia. Además, se han descrito tres casos de AA de nueva aparición tras infección por SARS-CoV-2. Hasta el momento no se han descrito casos de AA de nueva aparición después de vacunación frente a SARS-CoV-2. Se conoce la relación entre AA y otras infecciones virales como, por ejemplo, el citomegalovirus, el virus de Epstein-Barr o la vacuna contra la hepatitis B. Las infecciones virales pueden causar AA por una respuesta mediada por interferón (IFN), que induce la expresión del complejo mayor de histocompatibilidad de clase I en la vaina radicular externa con la consiguiente pérdida de privilegio inmunológico del folículo piloso. El SARS-CoV-2 podría precipitar este proceso activando una cascada de citocinas que implicara al IFN y a otras citocinas proinflamatorias como IL-6, que se ha descrito elevada en ambos procesos, enfermedad por SARS-CoV-2 y AA.

Conclusiones: Aunque no es posible vincular directamente la infección o vacunación por SARS-CoV-2 y la aparición de AA en nuestros pacientes, el comienzo de la caída del cabello días después de la vacunación y del diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 sugieren un fuerte vínculo causal. La respuesta inmunitaria a SARS-CoV-2 podría implicar la expresión de citocinas que conlleven la pérdida del privilegio inmunológico del folículo piloso.

P14. Tratamiento de la Alopecia Areata con mini-pulsos de dexametasona: Evidencia en práctica clínica real y factores asociados a la respuesta al tratamiento

Manuel Sánchez Díaz (1), Pablo Díaz Calvillo (1), Juan Ángel Rodríguez Pozo (1), Alejandro Molina Leyva (1) y Salvador Arias Santiago (1), de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con mini-pulsos de corticoides orales en pacientes con AA refractarios a tratamientos tópicos e intralesionales, y explorar los posibles factores asociados a la respuesta al tratamiento en un entorno de práctica clínica real.

Material: Estudio observacional de una cohorte de pacientes con AA refractaria a tratamiento tópico e intralesional que fueron tratados con mini-pulsos de dexametasona. Se evaluaron la eficacia y la seguridad del tratamiento. La puntuación SALT II y otras variables clínicas y de seguridad se registraron al inicio, a los 3, 6, 9 y 12 meses. Resultados: Se incluyeron 38 pacientes. La puntuación SALT media basal (71.35%) disminuyó significativamente a los 6 meses (52.93%) y a los 12 meses (37.94%) ($p < 0.05$). La respuesta SALT-50 se alcanzó a los 9 meses en el 51,8% de los pacientes. El hipotiroidismo y la edad temprana de debut de la enfermedad fueron predictores de falta de respuesta al tratamiento ($p < 0.05$). La combinación del tratamiento con minoxidil oral no mostró efectos significativos en la reducción de la puntuación SALT ($p > 0.50$). La dosis de dexametasona diaria y la dosis acumulada se asociaron a un mayor porcentaje de efectos secundarios ($p < 0.05$).

Limitaciones: El tamaño muestral podría haber limitado la aparición de resultados significativos.

Conclusión: El tratamiento con mini-pulsos de corticoides orales es un tratamiento eficaz para la AA. El debut precoz de la enfermedad y el hipotiroidismo son indicadores de mala respuesta. La dosis de corticoides se asocia a un mayor porcentaje de efectos adversos.

P15. Tofacitinib para el tratamiento de la Alopecia Areata: Evidencia en la práctica clínica real, serie de casos

Manuel Sánchez Díaz (1), Alberto Soto Moreno (1), Clara Ureña Paniego (1), Alejandro Molina Leyva (1) y Salvador Arias Santiago (1), de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con tofacitinib en pacientes con alopecia areata (AA), y explorar los posibles factores asociados a la respuesta al tratamiento en un entorno de práctica clínica real.

Material: Estudio observacional de una cohorte de pacientes con AA refractaria a tratamiento tópico y con corticoides orales que fueron tratados con tofacitinib. Se evaluó la eficacia y seguridad del tratamiento. La puntuación SALT II y otras variables clínicas y de seguridad se registraron al inicio, a los 3, 6, 9 y 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes en el estudio. La puntuación media del SALT basal (84,28%) mostró una disminución significativa a lo largo del tiempo, a los 6 meses (49,69%) y a los 12 meses (25,58%) ($p < 0.05$). La respuesta al SALT-75 se alcanzó a los 12 meses en el 58,3% de los pacientes. La combinación del tratamiento con minoxidil oral, el sexo, la edad de inicio y el tiempo de evolución de la enfermedad no mostraron efecto sobre la reducción de la puntuación SALT a lo largo del tiempo. Los efectos secundarios más frecuentes fueron las infecciones gastrointestinales y el herpes zóster. La dosis diaria y acumulada de tofacitinib no se asociaron a un mayor porcentaje de efectos secundarios.

Limitaciones: El tamaño muestral podría haber limitado la aparición de resultados significativos.

Conclusiones: El tratamiento con tofacitinib es efectivo para la AA grave. Los efectos secundarios son frecuentes pero leves.

P16. Fototerapia Excimer 308nm como tratamiento adyuvante en Alopecia Areata

Concetta D'Alessandro Buccilli(1), Mildred Sánchez Díaz(1), Ena Infante Cristia(1) y Miguel Sánchez Viera(1) de (1) Instituto de Dermatología Integral. Madrid.

La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmune órgano específica del folículo piloso, con un componente genético que determina una predisposición a padecerla y una serie de factores epigenéticos que contribuyen a su desarrollo. El tratamiento, puede ser muy desafiante e incluir muchas opciones con perfiles variables de eficacia y seguridad. La terapia con lámpara excimer de 308 nm ofrece una alternativa sin riesgos importantes, permitiendo su uso coadyuvante y potenciar la repoblación. Presentamos 3 casos clínicos de AA con antecedentes de tratamiento con respuesta refractaria, que recibieron combinación de fototerapia excimer con tratamientos tópicos y/o infiltración; consiguiendo una repoblación de más del 75%.

P17. Alopecia frontal fibrosante y uso de fotoprotectores: un estudio transversal sobre daño actínico

María Librada Porriño Bustamante (1), Fernando Javier Pinedo Moraleda (2), Ángel Fernández Flores (3), Trinidad Montero Vilchez (4), María Antonia Fernández Pugnaire (5), Salvador Arias Santiago (4) de (1) Servicio de Dermatología Hospital Universitario La Zarzuela, Madrid, (2) Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, (3) Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario El Bierzo, León. (4) Servicio de Dermatología Hospital Universitario Virgen de las Nieves y (5) Servicio de Dermatología Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Desde la publicación de un artículo en 2016 que lanzaba la hipótesis de la implicación del uso de fotoprotectores en el desarrollo de la alopecia frontal fibrosante (AFF), la mayoría de estudios publicados posteriormente han confirmado un mayor uso de los mismos en las pacientes con AFF. Sin embargo, si el empleo de fotoprotectores es causa o consecuencia de la alopecia no está claro. Otro factor podría ser el responsable de esa mayor utilización. En este sentido, el daño actínico en pacientes con AFF no ha sido valorado hasta ahora. El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia de daño actínico en pacientes con AFF.

Métodos: Se realizó un estudio transversal incluyendo 101 pacientes con AFF y 40 controles. En ambos grupos se determinó la presencia de daño actínico, lentigos solares, queratosis actínicas y carcinomas basocelular y epidermoide. El uso de fotoprotectores fue también anotado. En el grupo de pacientes se realizó tricoscopia y biopsia cutánea en la línea de progresión.

Resultados: El 83,2% de las pacientes usaban fotoprotectores, frente a un 62,5% de individuos en el grupo control ($p=0,008$). En relación al daño actínico, estaba presente en el 69,3% de las pacientes vs 50% del grupo control ($p=0,031$). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la presencia de signos tricoscópicos de inflamación en pacientes y el uso de fotoprotectores, ni tampoco en la de glándulas sebáceas dañadas o infiltrado inflamatorio en la biopsia y el uso de fotoprotectores.

Conclusión: Las pacientes con AFF tienen una mayor prevalencia de daño actínico, lo cual puede ser una razón que explique el mayor uso de fotoprotectores en este grupo.

P18. Afectación de las pestañas en alopecia frontal fibrosante: ¿Una clave para comprender su fisiopatología?

Laura Serra García(1), Francesc Alamon Reig(1), Jose Manuel Mascaró(1), Juan Ferrando(1), Andrea Combalia(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción y objetivo

La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una alopecia cicatricial que afecta predominantemente las cejas, la zona frontotemporal y el vello corporal. Sin embargo, la afectación de las pestañas raramente se menciona en las descripciones ni en las clasificaciones clínicas. El presente estudio pretende caracterizar la afectación de las pestañas en los pacientes con AFF y ofrecer nuevas hipótesis etiopatogénicas.

Material y métodos

Estudio unicéntrico observacional retrospectivo incluyendo pacientes con diagnóstico clínico y/o histológico de AFF entre septiembre 2019 y marzo de 2021. Se recogieron datos demográficos, edad de inicio de la AFF y el patrón de AFF. Para cada paciente se evaluó la afectación alopécica de diferentes localizaciones anatómicas: axila, pubis, brazos, piernas, cejas y pestañas.

Resultados

Se incluyeron un total de 73 pacientes, 72 mujeres con una edad media de 68 años, y representación de los diferentes patrones de AFF: 53,4% patrón I, 38,4% patrón II y 8,2% patrón III o en "doble rail". La afectación alopécica por AFF varió según la localización anatómica. Las pestañas estaban preservadas en un 90,4%, en comparación con 11% cejas, 19,2% axilas, 43,8% pubis, 9,6% brazos y 5,5% piernas. Las diferencias fueron estadísticamente significativas entre las pestañas y el resto de las localizaciones, ajustado por edad y el patrón de AFF ($p < 0,05$).

Conclusiones

Observamos una afectación significativamente baja de las pestañas en las pacientes con AFF en nuestro estudio, sugiriendo una menor inflamación en esta área respecto otras localizaciones. Se abren diversas hipótesis entre las que destacan: 1) el agente etiológico no se aplica en la zona; 2) Las características oculares intrínsecas: la presencia de glándulas especializadas con funciones antimicrobianas; o bien 3) el privilegio inmunológico ocular, que pueden ser clave para comprender la etiopatogenia de este patrón de alopecia tan característico.

P19. Lesiones en escote en paciente con alopecia frontal fibrosante

Marta González Cañete (1), David Vega Diez (1), Ana Rodríguez-villa Lario(1), Elena Lucía Pinto Pulido(1), Isabel Polo Rodríguez(1), Ileana Medina Expósito(2), Alba Gómez Zubiaur(1) de (1) Servicio de dermatología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá y (2) Servicio de anatomía patológica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá.

Introducción: La alopecia frontal fibrosante (AFF) es un tipo de alopecia cicatricial cuya incidencia va en aumento. Las lesiones faciales que acompañan a la AFF se han reportado en muchas series. Sin embargo, los hallazgos asociados a AFF en otras localizaciones están menos descritos en la literatura.

Caso clínico: Mujer de 59 años, fototipo II, con AFF de años de evolución que consulta por prurito perioral y en escote. A la exploración en cuello y escote elementos finos papulosos confluentes que se disponen de forma reticular sobre pigmento. Se realizó analítica con autoinmunidad sin alteraciones y biopsia de zona reticular de tórax que reveló una intensa dermatitis de interfase con vacuolización de la basal. Moderado infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular e intersticial junto con melanófagos. En epidermis queratinocitos apoptóticos. Se realizó el diagnóstico de líquen plano pigmentoso extrafacial (AP y clínica compatible) y pápulas "facial-like" en tórax (Clínica compatible) asociados a AFF.

Discusión: Desde que Abbas et al describieron las pápulas faciales en una mujer con AFF en 2007, se han publicado muchas series que la asocian con pequeñas pápulas no inflamatorias en sienes, mejillas y barbilla. Sin embargo, hay pocos casos descritos de pápulas "facial-like" afectando otras zonas del cuerpo. Por otro lado, desde que Dlova describió por primera vez la relación entre la AFF y el líquen plano pigmentoso (LPPigm) en mujeres africanas en 2013, se han publicado pocos casos de AFF junto con LPPigm exclusivamente extrafaciales. La presencia concomitante de AFF, LPPigm y pápulas faciales se ha descrito en un pequeño número de pacientes, siendo la asociación rara en caucásicos. Además, hasta la fecha, no hay casos publicados que informen de esa combinación clínica en una localización exclusivamente extrafacial.

Conclusión: Presentamos el primer caso de AFF asociado a LPpigm extrafacial y a pápulas “facial-like” torácicas reportado en la literatura.

P20. Coexistencia de lupus eritematoso discoide y alopecia frontal fibrosante: serie de 14 pacientes

Virginia Velasco Tamariz (1), Alejandro Lobato Berezo (2), Andrea Combalia (3), Aurora Guerra Tapia (1), Concepción Postigo Llorente (1), Fátima Tous Romero (1), Mario Puerta Peña (1) y David Saceda Corralo (4) de (1) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, (2) Servicio de Dermatología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona, (3) Servicio de Dermatología. Hospital Clinic. Barcelona y (4) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

La coexistencia de alopecia frontal fibrosante (AFF) y lupus eritematoso discoide (LED) del cuero cabelludo es una asociación raramente descrita, siendo la serie más larga publicada en la literatura de 7 pacientes. Describimos las características clínicas de una serie multicéntrica de 14 pacientes con dicha asociación. Todos los pacientes de nuestra serie eran mujeres, caucásicas, con un rango de edad entre 41 y 90 años, en su mayoría postmenopáusicas. En cuanto al LED, fue el primer diagnóstico en la mayoría de las pacientes (9/14). 5 pacientes presentaban lesiones de LED en otras localizaciones fuera del cuero cabelludo. 4 de las pacientes cumplían criterios de lupus eritematoso sistémico. En la mayoría de las pacientes se realizó biopsia cutánea de las lesiones de LED, siendo la inmunofluorescencia directa positiva únicamente en 2 pacientes. En cuanto a la AFF, la mayor parte de las pacientes se diagnosticaron por criterios clínicos, sin realizarse biopsia cutánea, presentando mayoritariamente un patrón lineal. Se analizó, asimismo, la presencia de otros rasgos asociados a AFF como pápulas faciales, puntos rojos glabellares, pérdida de cejas, pérdida de vello corporal, rosácea y pigmentación facial liquenoide. En 2 de las pacientes se objetivó líquen plano pilar concomitante. En todas las pacientes de la serie se reportó el uso frecuente y diario de fotoprotector. En cuanto al tratamiento, en la mayoría de las pacientes (11/14) se utilizaron antipalúdicos (hidroxicloroquina), siendo el uso de inhibidores de 5-alfa reductasa menos frecuente (sólo en 3 pacientes).

Se ha especulado que las lesiones de lupus eritematoso y líquen plano se inician por una activación de las células dendríticas plasmocitoides. La coexistencia de AFF y LED puede ser indicativa de una vía inmunitaria innata responsable de la presentación de ambos procesos bajo una predisposición genética.

P21. Paniculitis lúpica en cuero cabelludo de varón joven

Constanza Martínez Mera (1), Rita Cabeza (1), María Colomé less(2), Dolores Suárez Massa (2), Marta Elosúa (1), Mercé Grau (1), Lucía Quintana (1), Angel Rossel (1), Mercedes Sigüenza(1). (1)Servicio de Dermatología. (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

Introducción:

Las manifestaciones de lupus en cuero cabelludo pueden encontrarse con expresiones clínicas atípicas, que conlleven un retraso diagnóstico.

Caso Clínico:

Varón de 42 años que inicia en enero/2020 una placa de alopecia dolorosa progresiva, fue valorado en otro centro sin concluir un diagnóstico, por lo que consulta en nuestro servicio tras 1 año de evolución clínica. Tenía antecedente de una alopecia areata en placa en cuero cabelludo que había repoblado con tratamiento tópico 3 años antes. No había presentado otras manifestaciones sistémicas.

En la exploración física en región parietal izquierda tenía una placa de alopecia eritematocostrosa de 7,5 x 4 cms, con superficie inflamada y de aspecto atrófico, con descamación y placas amarillentas hiperqueratósicas y en la dermatoscopia ausencia de aperturas foliculares, áreas blanquecinas y rosadas, descamación epidérmica, discoloración marronácea difusa, tapones hiperqueratósicos/puntos amarillos grandes y vasos arboriformes gruesos. La histopatología es concordante con lupus eritematoso y paniculitis lúpica.

La analítica presentaba anticuerpos antinucleares negativos, el complemento c3 y c4 normal. Se inicia prednisona 30 mg/día en pauta descendente por 7 semanas e hidroxicloroquina 400 mg por

8 semanas y luego a 200 mg/día, presentando posteriormente una mejoría clínica del cuero cabelludo.

Discusión:

El lupus suele comprometer el cuero cabelludo, produciendo alopecias de amplios espectros. Dentro de las manifestaciones cicatriciales se encuentran el lupus discoide y la paniculitis lúpica, siendo esta última una entidad muy infrecuente. En una revisión de 20 casos, se señala un tiempo promedio de 86 semanas hasta el diagnóstico, el área parietal suele ser la localización más frecuente, suelen presentar ANA positivos en un 60%, y la posibilidad de desarrollar un lupus eritematoso sistémico de 20%. El manejo se realiza con tratamiento corticoideo e inmunosupresores.

P22. Hiperhidrosis de cuero cabelludo: particularidades clínicas y de respuesta al tratamiento en una cohorte de 41 pacientes

Fernando García Souto (1), Javier del Boz (2), Juan Polo Padillo (3), y Magdalena de Troya Martín (4), de (1) Servicio de Dermatología del Hospital de Alta Resolución de Utrera, (2) Servicio de Dermatología del Hospital Regional Universitario de Málaga, (3) Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, y (4) Servicio de Dermatología de la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

Objetivo

La hiperhidrosis (HH) de cuero cabelludo es un problema relativamente común y con un fuerte impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, existen pocos estudios científicos centrados en esta ubicación específica, y lo poco que hay publicado se limita a hablar de HH craneofacial sin distinguir entre cara y/o cuero cabelludo. El objetivo de nuestro estudio es describir las características clínicas de los pacientes con HH de cuero cabelludo, y compararlos con aquellos pacientes sin HH de cuero cabelludo.

Como objetivos secundarios, determinamos la efectividad y los efectos adversos de la oxibutinina oral (OxO), y evaluamos la adherencia de los pacientes al tratamiento.

Material

Se realizó un estudio observacional prospectivo durante los años 2007 a 2019. Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes diagnosticados de HH en el cuero cabelludo y que fueron tratados con OxO en la Unidad de HH del Hospital Costa del Sol.

Resultados

De los 292 pacientes con HH tratados con OxO en esta Unidad, 41 pacientes (14%) presentaron HH en el cuero cabelludo. Aquellos con HH de cuero cabelludo, respecto a los pacientes sin HH de cuero cabelludo, presentaron una HH que debutó con más frecuencia en la edad adulta (65.9% vs. 12.7%, $p < 0.001$), comenzaron la OxO a una edad mayor (54.2 vs. 30.88 años, $p < 0.001$), y presentaron sobre todo HH secundaria (53.7% vs. 5.6%, $p < 0.001$). Además, la mayoría no realizó tratamientos previos a la OxO (53.7% vs. 13.1%, $p < 0.001$).

No se obtuvieron diferencias significativas en la respuesta y en los efectos secundarios a OxO a los 3 y a los 12 meses, ni en las razones de la suspensión del tratamiento entre ambos grupos de pacientes. Sin embargo, los pacientes con HH de cuero cabelludo sí suspendieron significativamente antes el tratamiento (35.95 vs. 61.35 meses, $p < 0.001$).

Conclusiones

Los resultados de nuestro trabajo sugieren que los pacientes con HH de cuero cabelludo son un subgrupo de pacientes con unas particularidades clínico-terapéuticas distintivas, con HH habitualmente secundaria, con debut de la HH a edades más tardías, con menos alternativas terapéuticas disponibles, pero con similar respuesta y tolerancia al uso de oxibutinina oral, si bien suelen abandonar antes este tratamiento.

P23. Foliculitis liquenoide o liquen plano pigmentoso. Un reto diagnóstico clínico y anatomopatológico

Juan José Andrés-Lencina (1), Belén Encabo Durán (1), Inés Poveda Ferriol (1), María José Sánchez-Pujol (1), Ángel Fernández-Flores (2) de (1) Unidad de Dermatología Clínica Belaneve, Alicante y (2) Servicio de Anatomía Patológica y Citología, Hospital de la Reina de Ponferrada.

Objetivo: Presentamos un caso de foliculitis liquenoide (FL), con clínica superponible a un liquen plano pigmentoso (LPPigm), pero con afectación histológica exclusivamente alrededor de los folículos y sin afectación de cuero cabelludo.

Material: Paciente de 34 años sin antecedentes de interés, que desde 2016 aproximadamente presenta lesiones maculares hiperpigmentadas, marrón-grisáceas en área facial y cuello de escote. Biopsia de zona de escote en 2018 compatible con hiperpigmentación postinflamatoria. Ante la ausencia de desencadenantes claros y con la sospecha de LPPigm se realiza una nueva biopsia de las lesiones en mejilla izquierda.

Resultados: La anatomía patológica fue compatible con una foliculitis liquenoide y se caracterizaba por un infiltrado liquenoide de distribución infundibular en los folículos pilosos de tipo velloso, marcada incontinencia de pigmento con abundante cantidad de melanófagos de distribución preferentemente interfolicular en dermis superficial, sin presentar actividad de interfase, ni ningún hallazgo histológico reseñable en la epidermis interfolicular.

Conclusiones: El LPPigm y la alopecia frontal fibrosante (AFF) presentan una clara relación descrita en la literatura. La histología del LPPigm se caracteriza por una afectación de la interfase epidérmica además de otras características. Por otro lado, las lesiones cutáneas típicas de la AFF (como pápulas faciales, puntos rojos glabellares y alopecia de las cejas y las extremidades) comparten un histopatológico común patrón de foliculitis liquenoide (FL). Existen incluso casos con clínica de LPPigm y biopsias de FL, pero con afectación epidérmica en la biopsia (como en el LPPigm) y con AFF asociada. El caso que presentamos tiene la particularidad de presentar un patrón de FL, con afectación exclusiva folicular, sin afectación epidérmica asociada y sin afectación de cuero cabelludo.

P24. Alopecia por picadura de garrapata: presentación de 2 casos y revisión de la literatura

Nuria Setó-Torrent (1), Maribel Iglesias-Sancho (1), Jorge Arandes-Marcocci (1), Noelia Pérez-Muñoz (2), MT Fernández-Figueras (2), Montse Salleras-Redonnet (1), de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona y (2) Servicio de Anatomía patológica del Hospital Universitari General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès.

Presentamos las características clínicas, dermatoscópicas e histológicas de 2 casos de alopecia por picadura de garrapata (APG) y revisamos la literatura.

Mujer de 64 años con una placa alopécica en vértex dónde le había picado una garrapata 3 meses antes. La dermatoscopia mostró una zona eritemato-amarillenta con pérdida parcial de orificios foliculares. Histológicamente había una reducción de folículos pilosos, un infiltrado de predominio perifolicular compuesto por histiocitos, linfocitos y eosinófilos, y fibrosis laminada. Se realizó tratamiento con triamcinolona acetónido intralesional 10 mg/ml y tras 2 meses hubo un recrecimiento parcial del cabello.

Varón de 74 años con una placa alopécica en zona parietal derecha dónde le había picado una garrapata 2 meses antes. La dermatoscopia mostró un área eritemato-anaranjada con líneas blancas brillantes y vasos arboriformes con pérdida parcial de orificios foliculares en el centro de la lesión. Histológicamente había una discreta hiperplasia acantomatosa y espongiosis junto con un infiltrado de predominio perifolicular pseudolinfomatoso compuesto por linfocitos, histiocitos y eosinófilos. El paciente rechazó tratarse y no acudió al control.

Clínicamente la APG se presenta como una placa alopécica circular que aparece a las 1-2 semanas de la retirada de la garrapata.

Histológicamente, la APG no cicatricial presenta un infiltrado inflamatorio perifolicular pseudolinfomatoso, miniaturización folicular gradual hasta pérdida completa de folículos pilosos e incremento del recuento catagen/telogen; mientras que la APG cicatricial muestra una pérdida de folículos pilosos con fibrosis, infiltrado inflamatorio perifolicular e infiltrado eosinofílico intersticial o infiltrado granulomatoso. La alopecia suele ser temporal observándose un recrecimiento parcial o total durante los 3 primeros meses.

En conclusión, ante una alopecia en placa única debemos indagar sobre el antecedente de una picadura de garrapata las semanas previas.

P25. Signos tricoscópicos para el diagnóstico precoz de la celulitis disecante

Ana Suárez Valle(1), David Saceda Corralo(1), Borja Díaz Guimaraens(1), Miguel Domínguez Santás(1), Óscar Muñoz Moreno-Arrones(1), Ángela Hermosa Gelbard(1) y Sergio Vañó Galván(1) de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción:

La celulitis disecante es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente cuya prevalencia es baja. Se presenta clínicamente como lesiones papulopustulosas no cicatriciales afectando a la región occipital y vértex que posteriormente evolucionan a nódulos dolorosos multifocales y absesos interconectados. Si el proceso inflamatorio no es controlado, evoluciona a una alopecia cicatricial. La tricoscopia es un método no invasivo que nos permite hacer un diagnóstico precoz, el cual es esencial para poder instaurar un tratamiento antes de que sea irreversible.

Objetivo:

Escribir los hallazgos tricoscópicos de una serie de casos de celulitis disecante en estadíos iniciales.

Material y métodos:

Diseñamos un estudio observacional, cuyos criterios de inclusión fueron pacientes con celulitis disecante de reciente presentación clínica con menos de 2 cm de diámetro de las placas. Recogimos datos epidemiológicos, así como datos clínicos. Empleamos el sistema FotoFinder medicam 1000 (Fotofinder Systems GmbH, Bad Birnbach, Germany) para la toma de las fotos tricoscópicas.

Resultados:

Ocho pacientes con un total de 40 fotos fueron analizadas. En todos ellos se apreciaron orificios foliculares vacíos. Los hallazgos foliculares más frecuentes fueron los puntos amarillos (84%) y el eritema perifolicular (56%). Los pelos rotos (63%), así como los pelos vellosos o en recrecimiento (73%) fueron los hallazgos más prevalentes en el tallo piloso. Las áreas blancas sin estructuras (26%) y la hiperqueratosis perifolicular (36%) estaban presentes en un tercio de la muestra. Respecto a la vascularización, casi la mitad presentó áreas rojo lechosas o eritema difuso (40%), un 33% presentaban vasos dilatados/arboriformes y un 30% vasos puntiformes.

Conclusiones:

Los orificios foliculares vacíos, los puntos amarillos, los pelos rotos y los pelos vellosos o en recrecimiento fueron los hallazgos más frecuentemente observados en pacientes con pequeñas placas de celulitis disecante. Ante estos signos, la instauración del tratamiento correcto podría evitar la progresión a una alopecia cicatricial, por lo que es fundamental el reconocimiento de estos por parte del dermatólogo.

P26. ¿Qué se esconde bajo mi alopecia?

Inés Gracia-Darder (1), Aniza Giacaman (1), Ana Lull Ramos (1), Daniel Ramos Rodríguez (1), Carlos Saus Sarrias (2), Ana Martín Santiago (1), Luis Javier Del Pozo Hernando (1). (1) Servicio de Dermatología, (2) Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Son Espases.

Introducción: En los tumores cutáneos se puede observar alopecia en relación con infiltración de la unidad pilosebácea o bien debido a una respuesta inflamatoria inducida por el propio tumor. La patogenia de la alopecia secundaria a neurofibromas apenas se ha estudiado. Aportamos un caso de este infrecuente hallazgo.

Caso clínico

Varón de 19 años con antecedentes de hipotiroidismo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), neurofibromatosis (NF) tipo I y un tumor melanocítico epiteliode dérmico con pérdida de expresión de BAP-1 esporádico (BIMT). Consulta por la aparición reciente de una placa de alopecia en región frontotemporal izquierda. En la dermatoscopia se observó eritema perifolicular y tallos pilosos pigmentados de menor diámetro y longitud que la piel adyacente. En el estudio con ecografía de alta resolución se observó una lesión hipocóica subcutánea mal delimitada sin vascularización aparente que en el contexto clínico del paciente sugería un neurofibroma. En la

biopsia se observó un infiltrado inflamatorio linfocitario dérmico de localización perivascular y perianexial, así y como leve fibrosis perifolicular. En hipodermis se observó una proliferación de células fusiformes con núcleos ondulados entremezcladas con mastocitos, en un estroma laxo, compatible con un neurofibroma de patrón difuso.

Discusión:

El neurofibroma difuso es una variante rara de neurofibroma que suele presentarse como lesión única, de crecimiento progresivo y un patrón infiltrativo, que puede simular un tumor maligno. Se localiza principalmente en la cabeza y el cuello de niños y adultos jóvenes, aunque recientemente se ha descrito que el tronco y las extremidades son las localizaciones más comunes. Se estima que un 10% de los neurofibromas difusos están asociados a NF tipo 1. Aportamos un nuevo caso de neurofibroma difuso, con estudio dermatoscópico y ecográfico, que debutó con alopecia en cuero cabelludo, una entidad poco frecuente, de la que existen pocos casos descritos en la literatura.

P27. Técnicas diagnósticas y alopecia triangular congénita

Francisco José Rodríguez Cuadrado(1), Constanza Martínez Mera(1), Fernando Alfageme Roldán(1), Elena López-Negrete Arenal(1), Mercè Grau Pérez(1), Juan Luis Castaño Fernández(1), Irene Sánchez Gutiérrez(1), Lucía Turrión Merino(1), Rita Cabeza Martínez(1), Irene Salguero Fernández (1), M^a Mercedes Sigüenza Sanz(1), Ángel Rossell Díaz(1), Marta Elosua González(1), Lucía Quintana Castanedo(1), Mercedes Hospital Gil(1) y Gastón Roustán Gullón(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivo:

Realizar un breve repaso de la alopecia triangular congénita (ATC) y de las opciones para el diagnóstico y tratamiento, a propósito de un caso en el cual la ecografía cutánea resultó de especial ayuda.

Material:

Se presenta el caso de una niña de 14 años con ATC. Se especifica la exploración física y los hallazgos ecográficos que supusieron la confirmación diagnóstica sin necesidad de practicar biopsia.

Resultados:

Mujer de 14 años que consulta por placa de alopecia asintomática presente desde el nacimiento. En la exploración física mostraba una placa de alopecia frontal de morfología triangular, coloración normal, y sin inflamación, descamación o infiltración.

En la tricoscopia se observaban aperturas foliculares conservadas, pelos vellosos que se distribuían difusamente y, en las zonas adyacentes, pelos terminales. No presentaba pelos peládicos o puntos negros. Se realizó una ecografía cutánea en la que se observó una disminución de densidad folicular, con presencia de algún folículo distrófico, sin otras alteraciones.

Se realizó el diagnóstico de ATC, y tras explicar la benignidad del cuadro se planteó por el momento una actitud conservadora, con la posibilidad futura de trasplante capilar.

Conclusiones:

La ATC se suele manifestar en la primera década de la vida como una placa alopécica unilateral, frontal o temporal, en la que los pelos terminales son sustituidos por pelos vellosos. El diagnóstico diferencial se establece con aplasia cutis, alopecia areata y tricotilomanía.

Hasta en un 15% de se asocia a otras anomalías como defectos óseos, espina bífida y fístula traqueoesofágica. Al no tratarse de una zona cicatricial, el tratamiento con mejores resultados es el trasplante capilar.

Aunque pueda pasar desapercibida, debería ser reconocida para evitar procedimientos agresivos o tratamientos infructuosos. La tricoscopia y la ecografía cutánea pueden resultar de mucha utilidad para realizar el diagnóstico y evitar una biopsia.

P28. Alopecia lineal congénita ligada al X: mosaicismo funcional

Aniza Giacaman(1), Inés Gracia-Darder(1), Ana Llull-Ramos(1), Elisabeth Vanrell Buse(1), Ana Bauzá Alonso(1), Ana Martín-Santiago(1) de (1) Servicio de Dermatología del Hospital Universitari Son Espases. Mallorca.

Introducción: Las líneas de Blaschko permiten diferenciar dos tipos diferentes de proliferación celular clonal, originadas de un mismo cigoto durante la embriogénesis. En la descripción original de "las líneas névicas" en 1901, no se representó su distribución en el cuero cabelludo por falta de información. Posteriormente Happle describió que en esta localización las líneas de Blaschko adoptan una disposición lineal y en espiral, aunque aún existen áreas en las que estas líneas están insuficientemente documentadas.

Casos: Presentamos 3 niñas con alopecia lineal cicatricial congénita. Todas las pacientes asociaron otras manifestaciones clínicas que permitieron sospechar precozmente enfermedades ligadas al cromosoma X, como incontinencia pigmenti en el primer caso, hipoplasia dérmica focal o síndrome de Goltz en el segundo caso, y condrodysplasia punctata o síndrome de Conradi-Hünemann-Happle en el tercer caso.

Discusión: La exploración clínica y tricoscópica del cuero cabelludo, asociado al hallazgo de otros signos clínicos característicos, puede contribuir a la sospecha de un mosaicismo.

Referencias:

- 1.Happle R. Lyonization and the lines of Blaschko. Hum Genet 1985;70:200-206.
- 2.Traupe H. Functional X-chromosomal mosaicism of the skin: Rudolf Happle and the lines of Alfred Blaschko. Am J Med Genet 1999;85:324-329.
- 3.Gavazzoni Dias, M F R, Dutra H, Trueb R, Vilar E, Rochael M, Quattrino A, et al. Lichenoid folliculitis of the scalp in four patients with ichthyosiform skin disorders and cicatricial alopecia. J Cutan Pathol 2019;46:431-435.
- 4.Razmi TM, Jogunoori S, Radotra BD, De D. Trichoscopy of whorled alopecia revealing "pigment incontinence" of incontinentia pigmenti. Int J Dermatol 2019;58:e156-e158.
- 5.Terashi H, Kurata S, Hashimoto H, Ishii Y, Takasaki S, Sonoda T, et al. A case of Goltz syndrome presenting as congenital incomplete alopecia. J Dermatol 1994;21:122-124.
- 6.Happle R, Assim A. The lines of Blaschko on the head and neck. J Am Acad Dermatol 2001;44:612-615.

P29. Cuero cabelludo esponjoso, alopecia y poiquilodermia. ¿Juntos o revueltos?

Mario Medina Migueláñez(1), David Revilla Nebreda(1), Laura Puebla Tornero(1), Nestor Segurado Tostón(1), Manuela Yuste Chaves(1), Concepción Román Curto(1), Ángel Santos-Briz Terrón(2), Marta González de Arriba (1), de (1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción

El cuero cabelludo lipedematoso (CCL) es un trastorno de etiología desconocida caracterizado por aumento de grosor del tejido celular subcutáneo (TCS) del cuero cabelludo (CC). Su histopatología ha demostrado edema y dilatación ectásica linfática, en ausencia de hiperplasia de los adipocitos. Cuando asocia alopecia en ausencia de otras causas, se denomina alopecia lipedematosa (AL). Se trata de una entidad mal definida y se desconoce su patogenia, habiéndose descrito en el CCL otros tipos de alopecia como alopecia androgénica, lupus discoide, alopecia areata (AA). La alopecia no cicatricial (ANC) del lupus eritematoso sistémico (LES) se clasifica en distintos tipos: alopecia difusa, "lupus hair", alopecia parcheada AA-like, entre otras. Los hallazgos tricoscópicos más frecuentes son: telangiectasias arborescentes, pelos finos blanquecinos, moteado azul gris; mientras que los histológicos engloban hallazgos cutáneos observados en el LES. Por último, se cree que puede existir una mayor incidencia de AA en los pacientes con LES.

Material y métodos.

Mujer de 64 años con antecedentes de AA que acude por placas alopécicas de meses de evolución. A la exploración, destacan placas de aspecto no cicatricial, mal definidas en región frontoparietal y una placa de mayor tamaño de aspecto poiquilodérmico en región occipital. Además, el CC se palpa esponjoso en su totalidad. La tricoscopia muestra, especialmente en la placa occipital, telangiectasias arborescentes, aperturas de orificios foliculares, pelos rotos, pelos finos blanquecinos, y zonas con costra amarillenta.

Ante los hallazgos observados se contempló una AA vs ANC asociada LES. El estudio histológico muestra hallazgos consistentes con LES (infiltrado linfomonocitario perivascular/perianexial

superficial y profundo, daño vacuolado de la unión dermoepidérmica y del epitelio infundibular, aumento de folículos en catagen/telogen, mucina en dermis reticular y agregados de células CD123+). Además, se realiza ecografía del CC, que muestra aumento del TCS, confirmando el CCL. La paciente debuta a posteriori con un lupus sabañón y en la actualidad se encuentra en estudio de LES sin que cumpla criterios clasificatorios por el momento.

Conclusión: Presentamos un caso de alopecia parcheada AA-like sobre un CLL, como debut de lupus eritematoso, sin poder descartar que haya presentado AA en el pasado.

P30. Spoiler: no es un tumor glómico

Juan Jiménez Cauhé (1), Ana Suárez Valle (1), Patricia Garcia Abellas (2), Carmen Moreno-Garcia del Real (2), del (1) Servicio de Dermatología y (2) Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Caso clínico. Mujer de 68 años, sin antecedentes de interés, que presentaba un nódulo en la uña del primer dedo de la mano derecha de 2 años de evolución, asintomático, sin traumatismos previos. A la exploración física se observaba un nódulo subungueal azulado que provocaba un abombamiento proximal y una fisura distal en la placa ungueal. La dermatoscopia mostró una masa azulada con telangiectasias en la periferia y una banda de eritroniquia hacia la zona distal. El análisis histológico reveló una colección bien delimitada de canales vasculares de paredes gruesas y finas, algunas de ellas con pequeñas cantidades de músculo liso. La tinción inmunohistoquímica WT-1 (Wilms tumor-1) fue negativa. Con dichos hallazgos se diagnosticó de malformación arteriovenosa digital adquirida (ADAVM) subungueal.

Discusión: La ADAVM es una rara anomalía vascular que ha recibido distintos nombres como aneurisma cirsoide, hemangioma arteriovenoso o tumor arteriovenoso acral. Todos ellos comparten características clínicas e histológicas, apareciendo típicamente como máculas o nódulos en la zona periungueal. Sin embargo, los casos de localización subungueal son aún más raros y se limitan a 6 casos publicados (3 hombres y 3 mujeres). Todos ellos presentaban eritroniquia (longitudinal en 4 y mácula rojiza en 2), junto con fisuras distales en la placa ungueal, hemorragias en astilla o lúnula azulada. La histología muestra hallazgos típicos de malformación arteriovenosa con canales vasculares de paredes finas y gruesas, permitiendo el diagnóstico diferencial con otras lesiones vasculares subungueales como el tumor glómico, la hiperplasia intravascular papilar endotelial o el granuloma piogénico.

Conclusión: presentamos un caso de ADAVM subungueal con descripción dermatoscópica. De acuerdo con el presente caso y los previos, la combinación de eritroniquia longitudinal con lúnula azulada y una fisura distal en la lámina ungueal podría sugerir el diagnóstico de esta rara entidad.

P31. Novedades terapéuticas en tricología

Daniel Ortega-Quijano (1)(2), Diego Fernández-Nieto (1)(2), Juan Jiménez Cauhé (1)(2), David Saceda-Corralo (1)(2), Sergio Vaño-Galván (1)(2), DE (1) Servicio de dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal y (2) Grupo de dermatología Pedro Jaén.

Introducción: En los últimos años ha habido numerosos avances terapéuticos en el campo de la tricología que han revolucionado el manejo de los pacientes. Entre los más llamativos cabe destacar el uso de minoxidil oral a dosis bajas, la bicalutamida oral o la mesoterapia de dutasterida y de plasma rico en plaquetas. Existen nuevos medicamentos y vías de administración en estudio que probablemente serán incorporados en los próximos años.

Objetivo: Describir estos nuevos fármacos, su mecanismo de acción y las ventajas y beneficios que puede aportar modificar su vía de administración.

Material y métodos: Estudio descriptivo resumiendo la experiencia de los autores con nuevas terapias en un centro de referencia en tricología.

Resultados: Destaca la llegada de la mesoterapia con bicalutamida y con cannabidiol. La primera tiene la ventaja de que permite el uso de este antiandrógeno en varones con un perfil de seguridad alto. Los datos preliminares en varones con alopecia androgénica muestran una buena tolerancia a diferentes concentraciones, con mejoras rápidas en seborrea. Por otro lado, la mesoterapia con

cannabidiol resulta especialmente interesante en pacientes con efluvio telógeno que asocia tricodinia intensa, y se puede combinar en una misma sesión con la mesoterapia de plasma rico en plaquetas. El perfil de seguridad es algo, con buena tolerancia del paciente y mejoras en la sintomatología.

Conclusiones: La mesoterapia de bicalutamida y la mesoterapia de cannabidiol suponen dos herramientas prometedoras para el manejo de la alopecia androgénica en varones y la tricodinia asociada a efluvio telógeno. Son terapias bien toleradas. Los resultados definitivos de los estudios en marcha marcarán el grado de penetrancia de su uso en consultas de tricología.

P32. No todo signo de Hutchinson es melanoma: hallazgos dermatoscópicos de nevus de cutícula

Judit Algarra Sahuquillo(1), Daniel Ramos Rodríguez(1), Marcella Markthaler(1), José María Ramírez Conchas(1), María Luísa Santos e Silva Caldeira Marques(1), Júlia Mercader Salvans(1), Rosa Nieves Rodríguez Rodríguez(2), Nieves Hernández León(2), del (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Canarias y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Canarias.

Paciente de 20 años consulta por lesión melanocítica en la lámina ungueal del primer dedo de la mano izquierda y pigmentación de la cutícula, con cambio en los últimos dos años. Presentaba una melanoniquia longitudinal de 3mm de ancho, marrón claro, homogénea, con bandas paralelas a la dermatoscopia. Destacaba en la cutícula, una mácula marrón oscuro de 6mm, de bordes irregulares. La dermatoscopia de esta consistía en glóbulos marrones, regulares, de distribución lineal perpendicular al borde libre de la cutícula, formando filas paralelas entre sí. A medida que se alejaban del borde libre de la cutícula, era más difícil distinguir la forma de los glóbulos; observándose únicamente líneas de pigmento. Dado que impresionaba clínicamente de signo de Hutchinson, se biopsió para descartar malignidad. La anatomía patológica reveló presencia de células névicas dispersas en la capa basal epidérmica y tecas en la unión dermo-epidérmica de redes de crestas. Estas tecas estaban formadas por células cuboideas, sin atipias ni mitosis. En la dermis, se observaban macrófagos con melanina fagocitada. Los hallazgos fueron consistentes con nevus localizado en la cutícula. Se descartó melanoma subungueal.

Discusión: La pigmentación del pliegue ungueal proximal o signo de Hutchinson se ha asociado clásicamente al melanoma subungueal. Aunque existen otras condiciones con signo de Hutchinson no asociadas a melanoma como los nevus melanocíticos congénitos o la pigmentación exógena; en los adultos, la aparición de esta entidad junto con una melanoniquia atípica debe hacernos valorar la toma de biopsia cutánea. Nuestra paciente presentaba clínicamente pigmentación de la cutícula, sin embargo, en la dermatoscopia, se observaba una proliferación de glóbulos regular con aspecto de benignidad. Con este caso, se describen los hallazgos dermatoscópicos de nevus acral en la cutícula escasamente reportados en la literatura, ejemplificando otro caso de signo de Hutchinson no relacionado con melanoma