



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/115 - Líquen Plano Pilar. Una alopecia emergente

M.B. de Miguel Ibáñez^a, I. Morilla Tena^b, N. Morella Alcolea^b, E. Carrera Izquierdo^a, M. García Martínez^a, V. Sorolla Gutiérrez^a, B. Jugo Jiménez^a, C. Urbán Murillo^b, M. Riba Ferre^b y A. Prieto Lozano^a

^aMédico de Familia. CAP Gavà. Gavà. Barcelona. ^bEnfermera. CAP Gavà. Gavà. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años con antecedentes de patología osteoarticular, diverticulosis. Acude a la consulta de AP para comentar medicación crónica prescrita por digestivo, al finalizar la consulta, al despedirse, recuerda otro problema. Refiere que desde hace un año presenta pérdida progresiva del pelo corporal, genitales, cejas, ahora se preocupa más porque empieza en línea capilar. La paciente es portadora de lentes correctoras por lo que la falta de cejas es poco visible.

Se revisa a la paciente, se comprueba falta de pelo en zonas descritas, no se observan otras lesiones dérmicas ni eczemas, ni lesiones por rascado. No se observa alopecia areata. Se revisa medicación buscando posibles relaciones con los fármacos administrados. La paciente durante el último año no ha modificado sus tratamientos ni ha recibido tratamientos quimioterápicos. Se revisa historial analítico donde no constan alteraciones de la TSH. No refiere tracciones frecuentes en el pelo de ceja, no depilaciones.

Exploración y pruebas complementarias: Tras la exploración física de la paciente destaca alopecia en cejas y en la línea capilar, no presenta zonas de alopecia areata en cuero cabelludo, no presenta eczemas en facies y en zonas otras zonas corporales.

Se explora área psíquica, no presenta patologías que nos orienten a tricotilomanía. No presentó infecciones dermatológicas ni sistémicas, ni ingresos hospitalarios en el último año. Se cursa análisis de sangre con hemograma, recuento y fórmula, VSG, TSH, serologías hepatitis, serología luética que son todas normales. Se remite a la paciente al servicio de dermatología. Allí se valora a la paciente, diagnóstico e inician tratamiento con corticoides depot (trigona).

Juicio clínico: Nos encontramos ante una alopecia localizada progresiva poco frecuente en la consulta de Atención Primaria. En la visita inicial descartamos las patologías más frecuentes que causan alopecia, por lo que precisamos la ayuda de especializada.

Diagnóstico diferencial: Dermatitis: atópica y seborreica se descartan por la clínica. Infecciones: lepra y sífilis. Son descartadas por analítica y antecedentes. Neoplasias: se descarta por antecedentes, exploración y valoración dermatológica. Traumas: tricotilomanía se descarta por la exploración psicológica. Agentes externos: quimioterápicos, no están en tratamiento. Trastornos inmunitarios: lupus, alopecia areata, esclerodermia, alopecia frontal fibrosante, (se considera una variante del Líquen plano pilar). Son descartadas las tres primeras en la consulta de primaria por la clínica. El diagnóstico dermatológico en primera visita exploratoria es de liquen plano pilaris.

Comentario final: El Líquen plano pilar y la alopecia frontal fibrosante son patologías emergentes, en la revisión hay autores que lo consideran una variante del líquen plano pilar, otros una entidad propia. La bibliografía nos crea serias dudas respecto a esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alopecia frontal fibrosante. Valoración diagnóstica y terapéutica. Actas Dermosifiliogr. 2007;98:594-60.
2. Síndrome de Graham-Little frente a líquen plano folicular. Actas Dermosifiliogr. 2001;92:229-32.