

## ¿Reconoce esta clave diagnóstica?

Paola Andrea Uribe<sup>1</sup>, John Elkin Pedraza<sup>2</sup>, Gerzaín Rodríguez<sup>3</sup>

1. Residente de Dermatología, Fundación Universitaria Sanitas y Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta”, Bogotá
2. Residente de Dermatología, Fundación Universitaria Sanitas y Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta”, Bogotá
3. Profesor, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana y Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta”, Bogotá

### DIAGNÓSTICO

#### *Psoriasis del cuero cabelludo*

Esta paciente nos permite recordar algunos conceptos sobre los cambios pilosebáceos en la psoriasis, especialmente la atrofia sebácea. El compromiso del cuero cabelludo ocurre en el 50-78% de los pacientes con psoriasis; la alopecia es frecuente, aunque es reversible con el tratamiento adecuado y temprano <sup>(1-3)</sup>. En el 7-12% de los casos se ha asociado con alopecia cicatricial, en pacientes con años o décadas de evolución de su enfermedad <sup>(4, 5)</sup>. En el 34% de los casos, la psoriasis compromete únicamente al cuero cabelludo, lo cual implica una dificultad diagnóstica clínica <sup>(6, 7)</sup>, como ocurrió con la paciente presentada. Clínicamente se caracteriza por leve descamación hasta placas eritematosas, bien delimitadas, engrosadas, cubiertas por escamas plateadas, asociadas con prurito y ardor, como observamos en nuestra paciente; avanzan y se extienden más allá del borde de implantación del cuero cabelludo hacia la cara y región retroauricular (**figura 1**); la alopecia es común luego de ocurrir adelgazamiento de la población pilosa, en parches, focal, circunscrita o difusa <sup>(8-12)</sup>. En los casos en los que la psoriasis compromete solo al cuero cabelludo, es necesario apoyarse en la biopsia para esclarecer el diagnóstico y diferenciarlo de otras enfermedades como la dermatitis seborreica, la dermatitis de contacto, el liquen plano, el pénfigo seborreico, la alopecia areata, el lupus eritematoso subagudo y las infecciones fúngicas <sup>(3, 13, 14)</sup>.

La biopsia puede ser doble, una para cortes verticales y otra para cortes transversales, o única, como en nuestra paciente. El hallazgo que más deseamos resaltar es que en la psoriasis del cuero cabelludo se presenta atrofia de las glándulas sebáceas <sup>(3, 15, 16)</sup>, alteración que representa una clave diagnóstica para esta entidad. En 1989 se describió esta atrofia sebácea del cuero cabelludo en el 76% de 28 pacientes con psoriasis y en el 59% de 19 pacientes en 2008 <sup>(15, 16)</sup>, aunque se le ha concedido poca atención, a pesar de ser tan aparente, hecho que enfatizó Shuster en 1972 <sup>(11)</sup> y solo se incluyó en la segunda edición del libro de Sperling y colaboradores <sup>(17)</sup>. Se ha descrito una mezcla de glándulas atróficas y normales, aspecto normal de las glándulas en áreas de psoriasis sin alopecia del cuero cabelludo, atrofia sebácea en áreas aparentemente sanas del cuero cabelludo con psoriasis y glándulas normales en psoriasis del cuero cabelludo sin alopecia <sup>(15-19)</sup>. La infla-

#### Correspondencia:

Gerzaín Rodríguez

#### Email:

gerzainrodriguez@gmail.com

Recibido: 18/11/19

Aceptado: 03/03/20

#### Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

#### Financiación:

Ninguna.

mación perifolicular puede estar ausente, la apoptosis epidérmica es notoria y es posible observar algunos plasmocitos y eosinófilos perifoliculares <sup>(16)</sup>. La atrofia sebácea es también notoria en las lesiones cutáneas, en donde el volumen de las glándulas sebáceas está disminuido en un 91%, comparado con el de las glándulas sebáceas de la piel normal <sup>(20)</sup>.

Las biopsias del cuero cabelludo para el estudio de las alopecias se incluyen con frecuencia en cortes transversales, que permiten observar un mayor número de folículos. Algunas entidades se diagnostican con mayor facilidad y precisión en cortes verticales, que permiten observar la epidermis, los infundíbulos y la unión dermoepidérmica, como el lupus eritematoso, el liquen plano y la psoriasis. Disponer de ambos métodos es de gran ayuda para el paciente y el patólogo; por tanto, el dermatopatólogo y el histotecnólogo deben conocer bien ambos procedimientos <sup>(15, 17, 19)</sup>.

En el presente caso, la mayoría de los folículos pilosos se encontraron en telógeno-catágeno y la abundancia de estelas fibrosas fue llamativa. Este hallazgo, junto con la ausencia de inflamación y la notoria atrofia sebácea, condujeron al diagnóstico de alopecia psoriásica del cuero cabelludo. Para observar los cambios epidérmicos se hizo una nueva inclusión del fragmento superior de la biopsia, de tal manera que se pudiera observar la epidermis en corte vertical, semejante a lo sugerido en la técnica HoVert <sup>(19)</sup>. Se observaron cambios típicos de psoriasis (**figura 4**).

El mecanismo fisiopatológico de la atrofia sebácea se ha relacionado con la inactivación de genes N5, inducida por la inflamación psoriásica y la liberación de interleucina (IL) 17, con depleción de la síntesis de lípidos <sup>(20)</sup>. Se sugiere que la atrofia sebácea conduce a la persistencia de la vaina radicular interna del folículo piloso, lo cual impide su crecimiento y desplazamiento hacia el exterior e induce al folículo a extenderse en profundidad, hacia la hipodermis <sup>(20)</sup>. Esto explicaría la apariencia delgada y la implantación más profunda folicular en psoriasis <sup>(20)</sup>, como se insinúa en la **figura 3A**. La alopecia en psoriasis también se relaciona con los tratamientos locales y sistémicos para la enfermedad y con el mayor riesgo que tienen los pacientes psoriásicos de desarrollar *alopecia areata* <sup>(3)</sup>.

En conclusión, la psoriasis del cuero cabelludo es frecuente. Puede ser la primera y única manifestación de la enfermedad. Ofrece diagnóstico clínico diferen-

cial con varias entidades como dermatitis seborreica, eccema crónico, lupus eritematoso, *alopecia areata*, tiñas y pénfigo foliáceo. La biopsia es de gran ayuda diagnóstica porque demuestra folículos pilosos en fases de catágeno-telógeno en el 80% de los folículos y una clave diagnóstica que es la atrofia sebácea. La alopecia y la atrofia sebácea están presentes también en las lesiones de la piel.

## REFERENCIAS

1. Schlager JG, Rosumeck S, Werner RN, et al. Topical treatments for scalp psoriasis: summary of a Cochrane System Review. *Br J Dermatol*. 2017;176(3):604-14.
2. van de Kerkhof PC, de Hoop D, de Korte J, et al. Scalp psoriasis, clinical presentations and therapeutic management. *Dermatology*. 1998;197(4):326-34.
3. George SM, Taylor MR, Farrant PB. Psoriatic alopecia. *Clin Exp Dermatol*. 2015;40(7):717-21.
4. Runne U, Kroneisen-Wiersma P. Psoriatic alopecia: acute and chronic hair loss in 47 patients with scalp psoriasis. *Dermatology*. 1992;185(2):82-7.
5. Van de Kerkhof PC, Chang A. Scarring alopecia and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1992;126(5):524-5.
6. Grimalt RA. A practical guide to scalp disorders. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2007;12(2):10-4.
7. Johnson MA, Armstrong AW. Clinical and histologic diagnostic guidelines for psoriasis: a critical review. *Clinic Rev Allergy Immunol*. 2013;44(2):166-72.
8. van de Kerkhof PC, Franssen ME. Psoriasis of the scalp. *Diagnosis and management*. *Am J Clin Dermatol*. 2001;2(3):159-65.
9. Almeida MC, Romiti R, Doche I, et al. Psoriatic scarring alopecia. *An Bras Dermatol*. 2013;88(6 Suppl 1):S29-31.
10. Ortigosa JS, Sánchez-Regaña M, Umbert-Millet P. Psoriasis del cuero cabelludo. *Actas Dermosifilogr*. 2009;100:536-43.
11. Shuster S. Psoriatic alopecia. *Br J Dermatol*. 1972;87(1):73-7.
12. Wyatt E, Bottoms E, Comaish S. Abnormal hair shafts in psoriasis on scanning electron microscopy. *Br J Dermatol*. 1972;87(4):369-73.
13. Park JH, Park YJ, Kim SK, et al. Histopathological Differential Diagnosis of Psoriasis and Seborrheic Dermatitis of the Scalp. *Ann Dermatol*. 2016;28(4):427-32.
14. Silva CY, Brown KL, Kurban AK, et al. Psoriatic alopecia - fact or fiction? A clinicohistopathologic

- reappraisal. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2012;78(5):611-9.
15. Headington JT, Gupta AK, Goldfarb MT, et al. A morphometric and histologic study of the scalp in psoriasis. Paradoxical sebaceous gland atrophy and decreased hair shaft diameters without alopecia. *Arch Dermatol.* 1989;125(5):639-42.
  16. Werner B, Brenner FM, and Böer A. Histopathologic study of scalp psoriasis: peculiar features including sebaceous gland atrophy. *Am J Dermatopathol.* 2008;30(2):93-100.
  17. Sperling LC, Cowper SE, Knopp EA. Psoriatic alopecia. En: *An Atlas of Hair pathology with Clinical Correlations.* 2.<sup>a</sup> edición. Londres: Informa Healthcare; 2012. p. 96.
  18. Bardazzi F, Fanti PA, Orlandi C, et al. Psoriatic scarring alopecia: observations in four patients. *Int J Dermatol.* 1999;38(10):765-8.
  19. Nguyen JV, Hudacek K, Whitten JA, et al. The HoVert technique: a novel method for the sectioning of alopecia biopsies. *J Cutan Pathol.* 2011;38(5):401-6.
  20. Rittié L, Tejasvi T, Harms PW, et al. Sebaceous gland atrophy in psoriasis: an explanation for psoriatic alopecia? *J Invest Dermatol.* 2016;136(9):1792-800.