

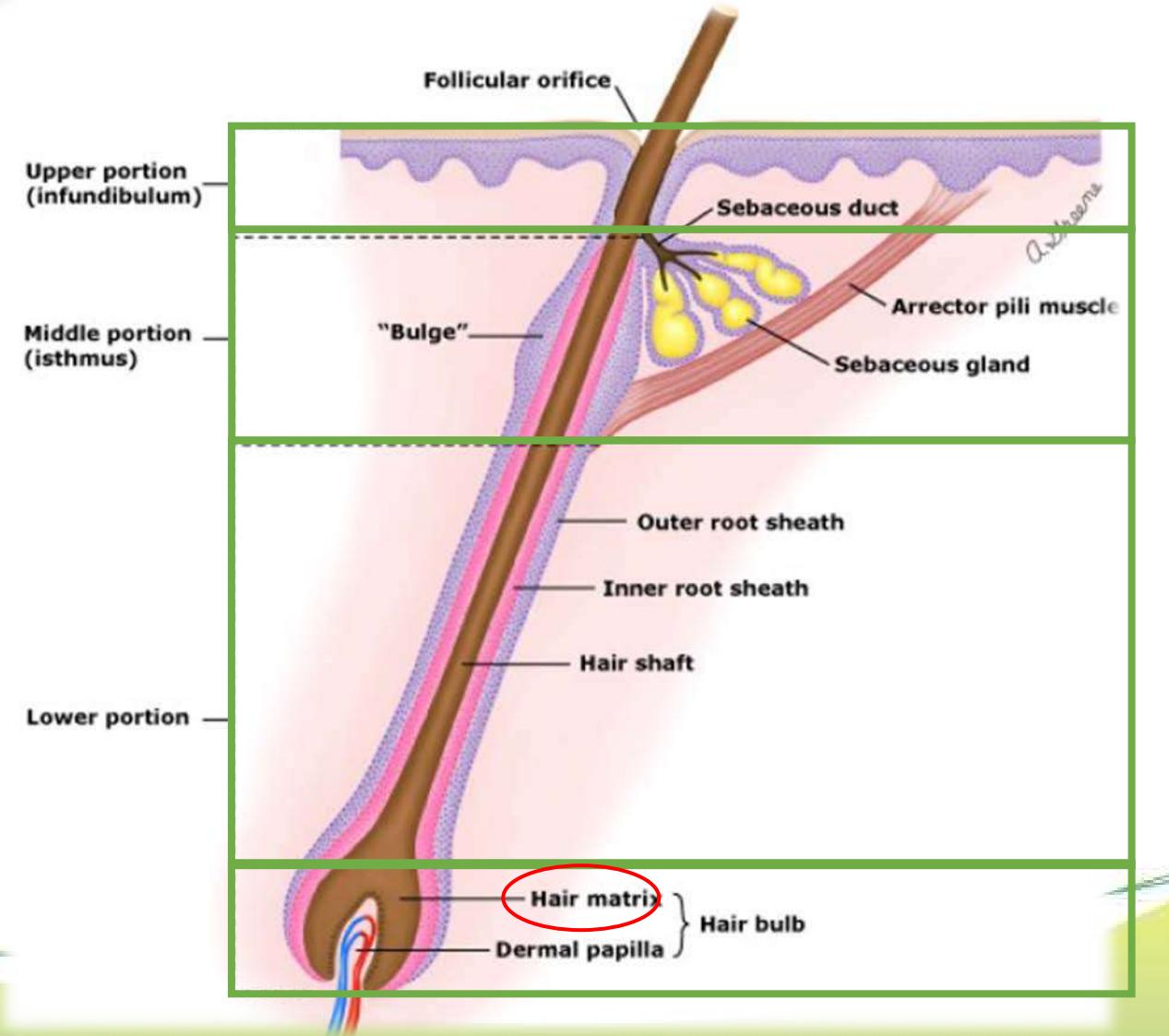
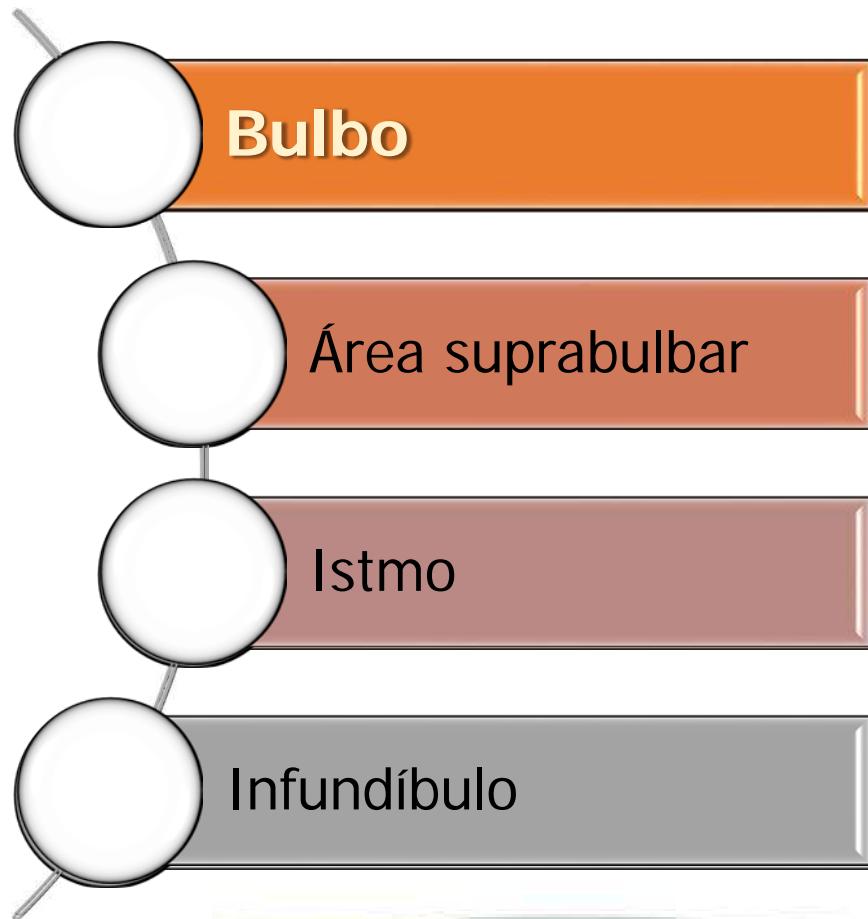
LIQUEN PLANO PILAR

**Janeth Albán Muñoz, MD
Residente Dermatología – Universidad del Valle
Mayo 2017**

Tabla de contenido

- 1) Unidad pilosebacea
- 2) Alopecia cicatrizal y su clasificación
- 3) Líquen plano pilar
 - Epidemiología
 - Etiopatogenia
 - Clasificación
 - A) Líquen plano pilar clásico
 - B) Alopecia frontal fibrosante
 - C) Síndrome de Graham-Little-Piccardi-Lasseur
- 4) Diagnóstico diferencial del líquen plano pilar
- 5) Conclusiones

Unidad pilosebacea



Unidad pilosebacea



Unidad pilosebacea



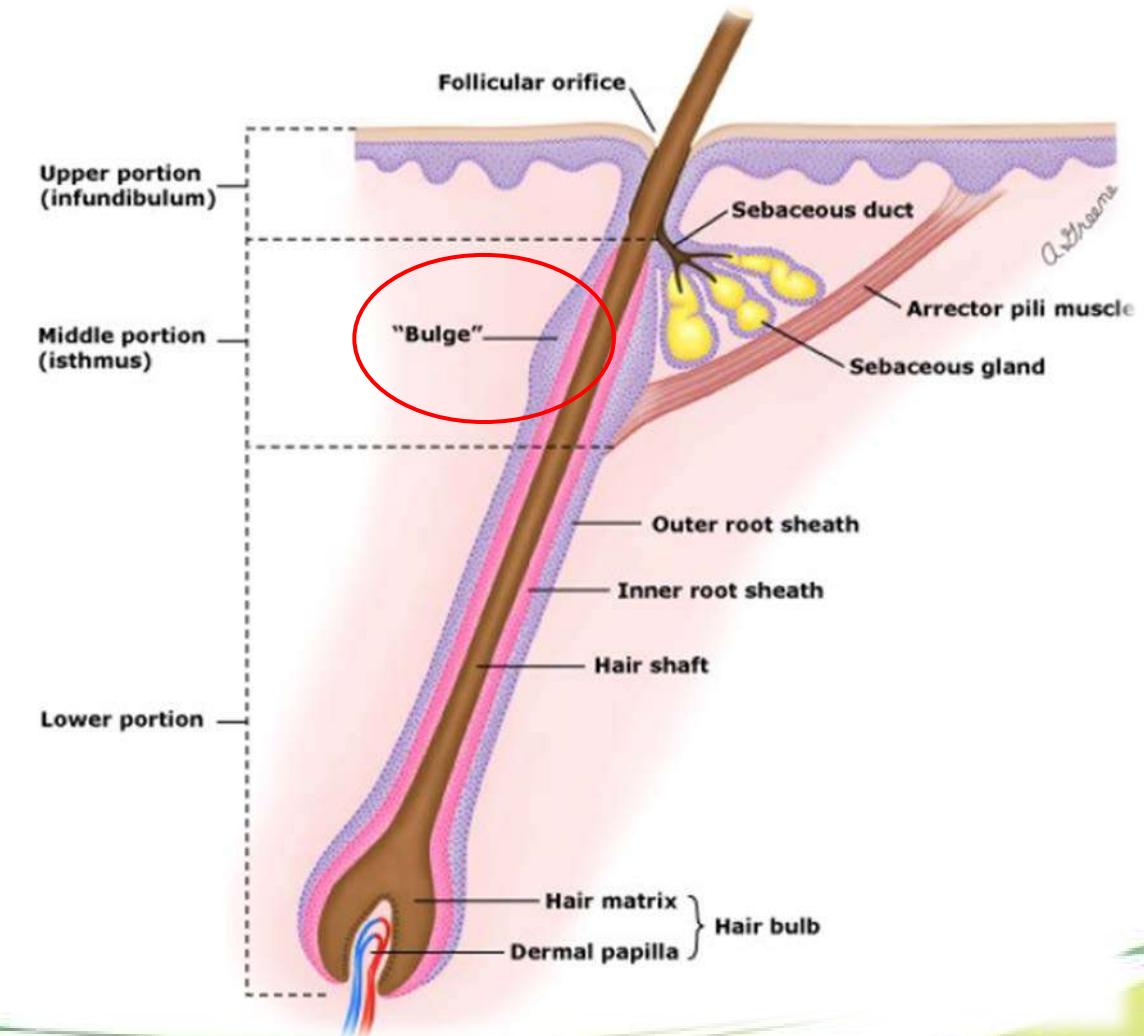
- Primera estructura que se cornifica alrededor de tallo



- Continuidad con epidermis exterior



- Ubicación de células madre: regeneración de folículo piloso



Alopecia cicatrizal

Alopecia cicatrizal

Sustitución del epitelio folicular por tejido conjuntivo

Pérdida irreversible de los folículos pilosos

Lesiones irreversibles de células madre



Alopecia cicatrizal



Primaria

Folículo piloso blanco
específico de inflamación



Secundaria

Proceso inflamatorio
circundante previo



Importancia de la
biopsia
del cuero cabelludo

Clasificación alopecia cicatrizal primaria

North American
Hair Research
Society - 2001

Linfocíticas

Lupus eritematoso cutáneo crónico

Liquen plano pilar

Liquen plano pilar clásico

Alopecia frontal fibrosante

Síndrome de Graham-Little

Pseudopelada de Brocq

Alopecia cicatricial centrífuga central

Alopecia mucinosa

Queratosis folicular espinulosa decalvante

Neutrofílicas

Foliculitis decalvante

Foliculitis disecante (Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, enfermedad de Hoffman)

Mixtas

Acne queloidal de la nuca

Foliculitis (acné) necrótica

Dermatosis pustular erosiva

Inespecíficas



Liquen plano pilar

Liquen plano pilar

Inicialmente descrito por Pringle en 1895

Trastorno inflamatorio poco común del cuero cabelludo

Pérdida permanente del pelo

Eritema perifolicular, hiperqueratosis folicular

Datos epidemiológicos LPP

Limitado. Poco común

Predominio en mujeres

5ta década

Cuero cabelludo. < frecuente en cara y cuerpo

Asociación con liquen plano cutáneo **variable**

Datos insuficientes para concluir predominio racial

Datos epidemiológicos LPP

Pediatric Dermatology Vol. 32 No. 5 621–627, 2015

Pediatric Lichen Planopilaris: Clinicopathologic Study of Four New Cases and a Review of the Literature

Kevin N. Christensen, M.D.,* Julia S. Lehman, M.D.,* and Megha M. Tollefson, M.D.*†

*Departments of *Dermatology and †Pediatrics, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota*

Extremadamente rara en niños

Mal diagnosticado

Sospechar en niños con alopecia que no responde al tratamiento estándar o con hallazgos atípicos

Laboratorio



Laboratorios dentro
de normalidad o no
específicos



Etiopatogenia LPP

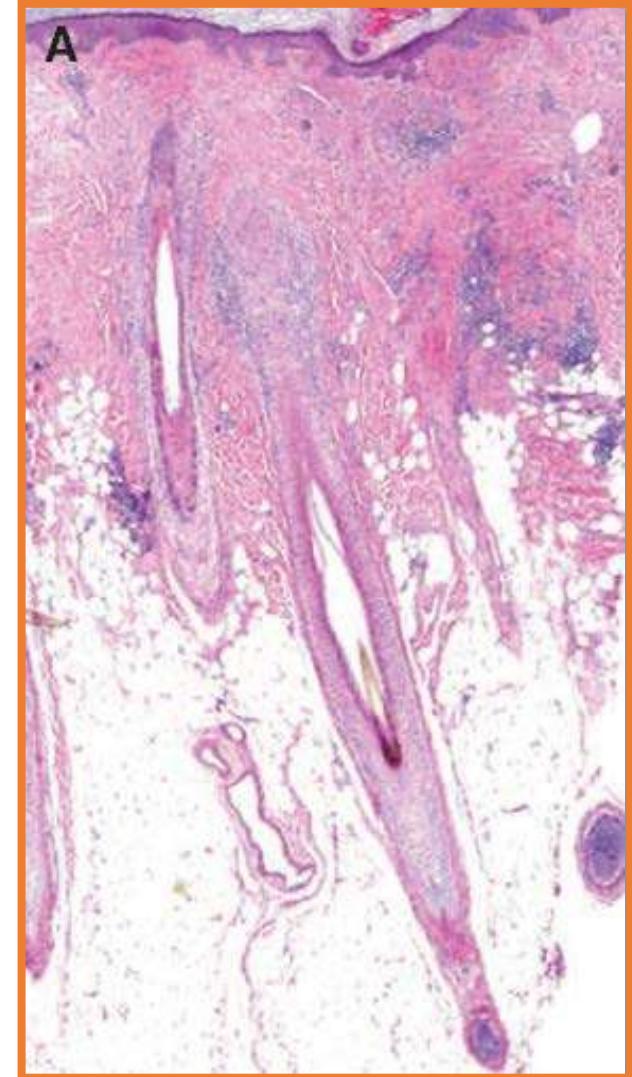
Poco conocida. Sospecha de mediación del sistema inmune

Trastorno linfocítico CD4 + y CD8 + auto reactivo citotóxico contra un auto-antígeno desconocido

Individuo predispuesto, + agentes endógenos o exógenos:

fármacos, virus, u otro agente infeccioso, enfermedades autoinmunes

Inflamación alrededor del infundíbulo y el istmo folicular afectando
PROTUBERANCIA



Etiopatogenia LPP

Zonas de inmuno-privilegio:

Ojo, cerebro, placenta / feto, folículo piloso

Restringir autoinmunidad

Asegura crecimiento y regeneración cíclica del
folículo piloso

↓ MHC I – II, B2-microglobulina

↓ células presentadoras de antígenos

↑ inmunosupresores locales:

TFG β , hormona estimuladora de melanocito α

**Mecanismos inmunosupresores proporcionan
protección a las células madre del folículo piloso**

Colapso del privilegio inmunitario en la etiopatogenia LPP

Experimental dermatology • Original article

CED
Clinical and Experimental Dermatology

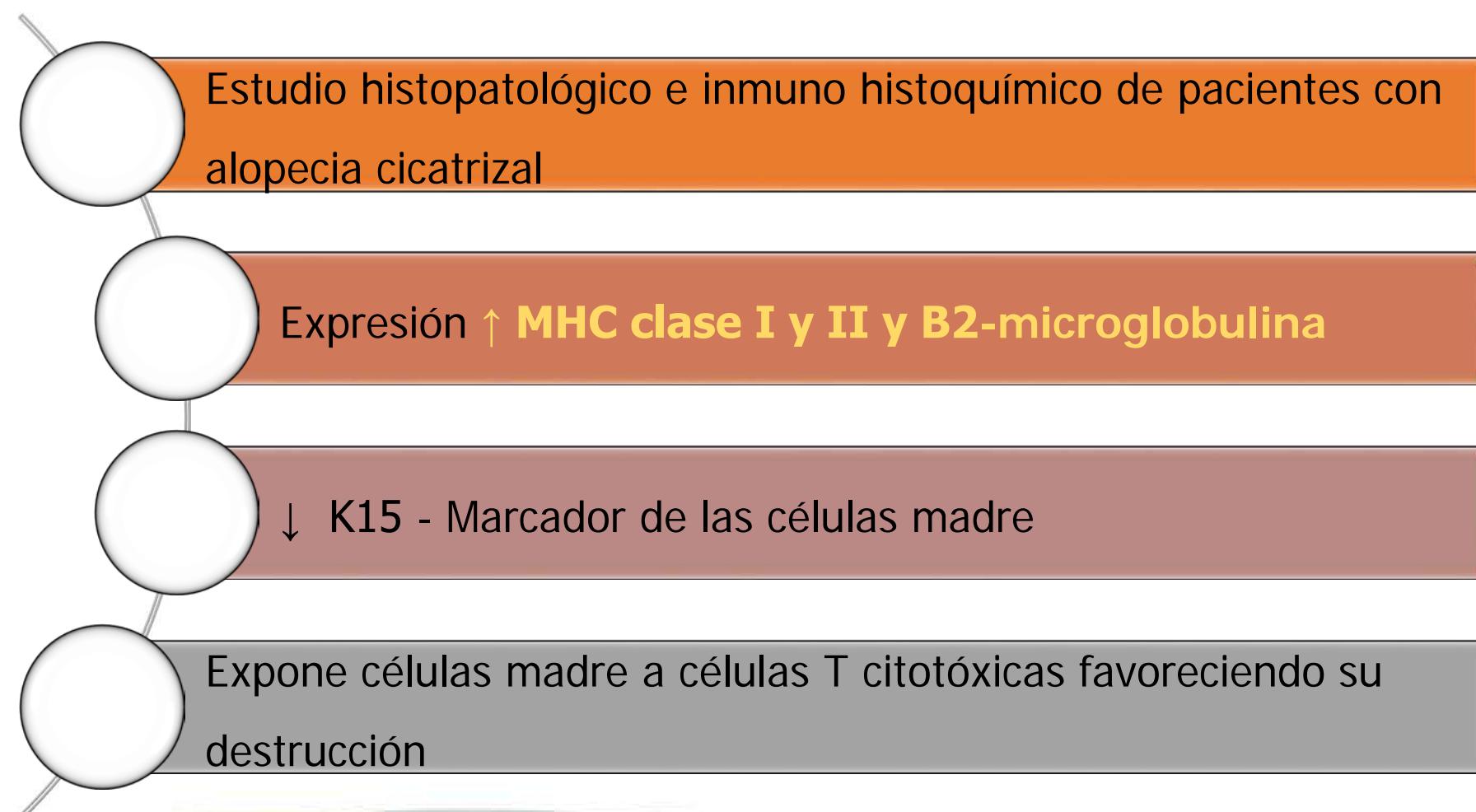
Does collapse of immune privilege in the hair-follicle bulge play a role in the pathogenesis of primary cicatricial alopecia?

M. J. Harries,* K. C. Meyer,† I. H. Chaudhry,‡ C. E. M. Griffiths* and R. Paus*†

*Dermatological Sciences, The University of Manchester, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, UK; †Department of Dermatology, University of Lübeck, Lübeck, Germany; and ‡Department of Pathology, Manchester Royal Infirmary, Manchester, UK

Journal compilation © 2009 British Association of Dermatologists • Clinical and Experimental Dermatology, 35, 637–644

Etiopatogenia LPP



El papel genético en la etiopatogenia LPP

International Journal of Dermatology

Case report

Lichen planopilaris in three generations: grandmother, mother, and daughter – a genetic link?

Magdalena Misiak-Galazka, MD, PhD, Małgorzata Olszewska, MD, PhD, and Lidia Rudnicka, MD, PhD

International Journal of Dermatology 2015

Algunos autores consideran:

Herencia poligénica

Mutación de gasdermina A3 (depleción de las células madre en protuberancia del folículo)

El perfil genético + exposición a un factor externo, puede ser crucial para el desarrollo de LPP

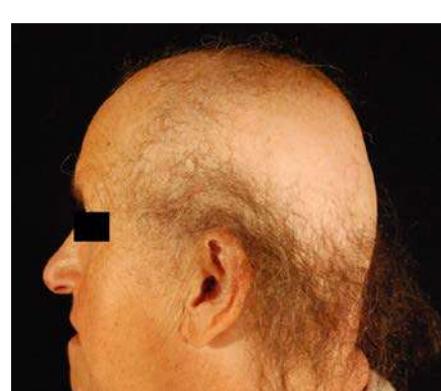


Nieta

Parche alopecia en vértex



Tricoscopia



Abuela

Perdida casi completa del pelo

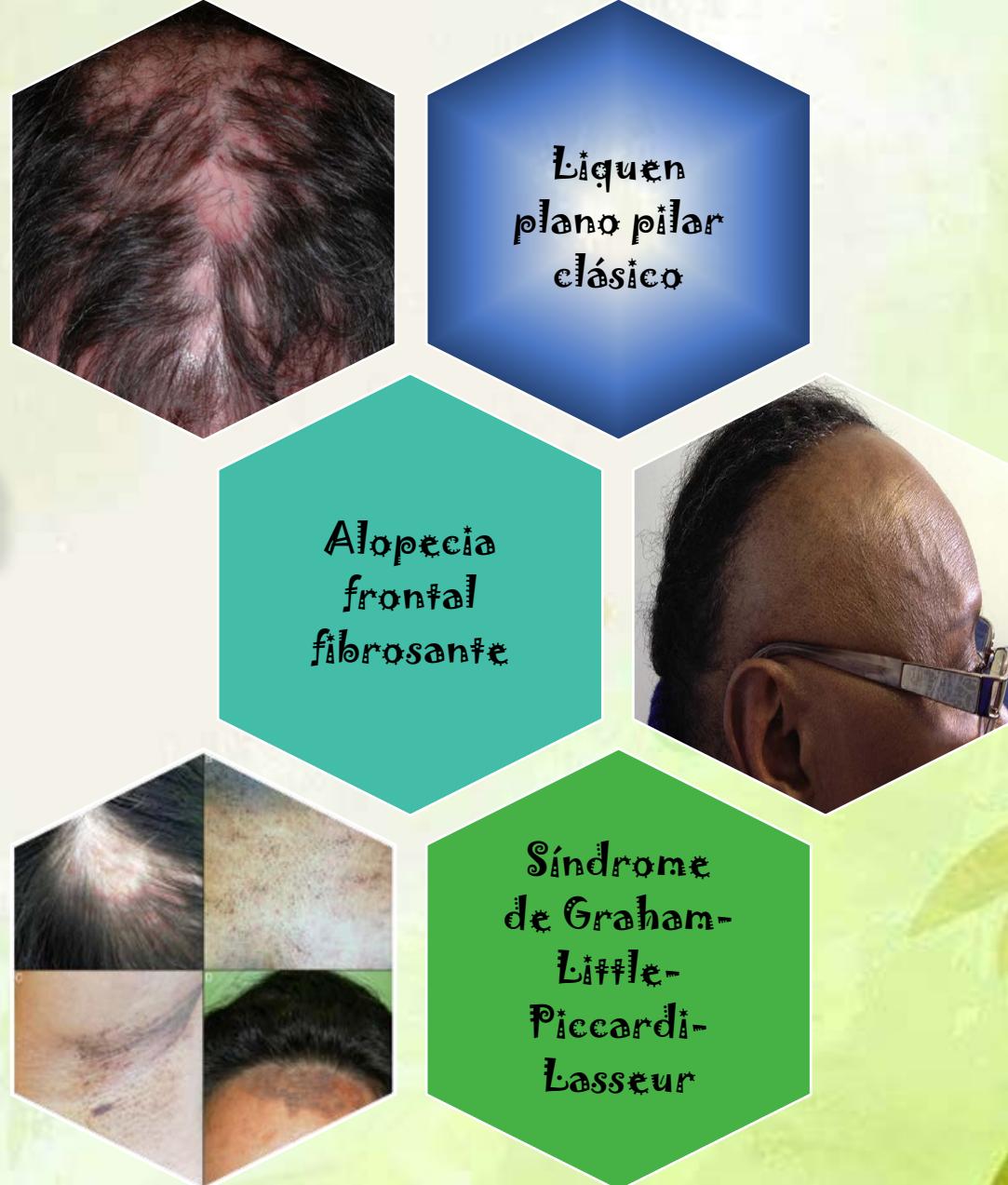


Tricoscopia

Clasificación LPP



Clasificación LPP



Manifestaciones clínicas LPPC

Curso clínico variable

Inicio insidioso o fulminante

Prurito o asintomatico

Focos dispersos de pérdida de pelo, progresar e interconectarse

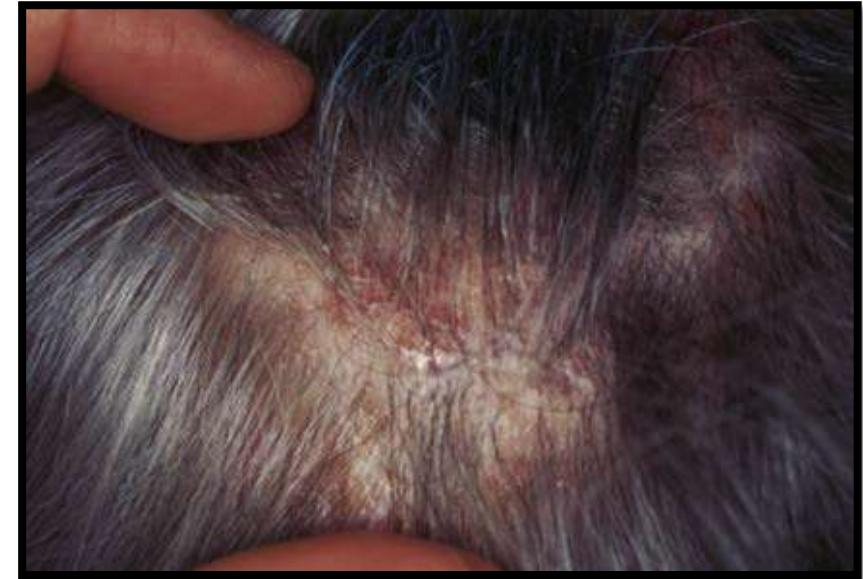
Eritema perifolicular, hiperqueratosis folicular

Superficie lisa, no descamativa



Manifestaciones clínicas LPPC

Orificios foliculares con pelos aislados o folliculitis en penacho



Vértex y región parietal del cuero cabelludo

Características predominan en la periferia de área alopecática. Bordes mal definidos: focos de reactivación



Evolución crónica



Assouly P, Reygagne P. Lichen planopilaris: update on diagnosis and treatment. *Semin Cutan Med Surg* 2009; 28:3

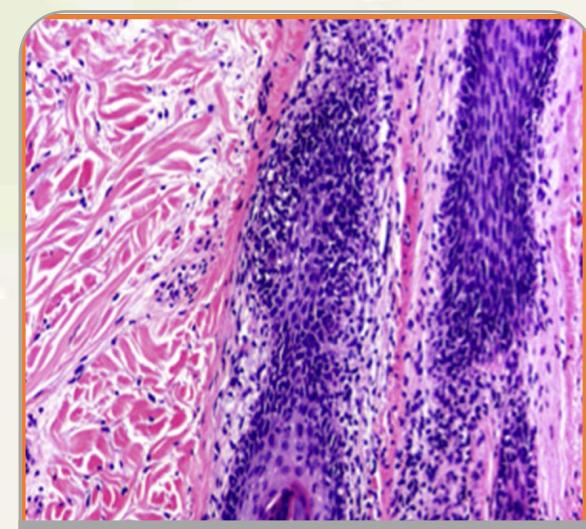
Diagnóstico LPPC



Examen físico



Tricoscopia

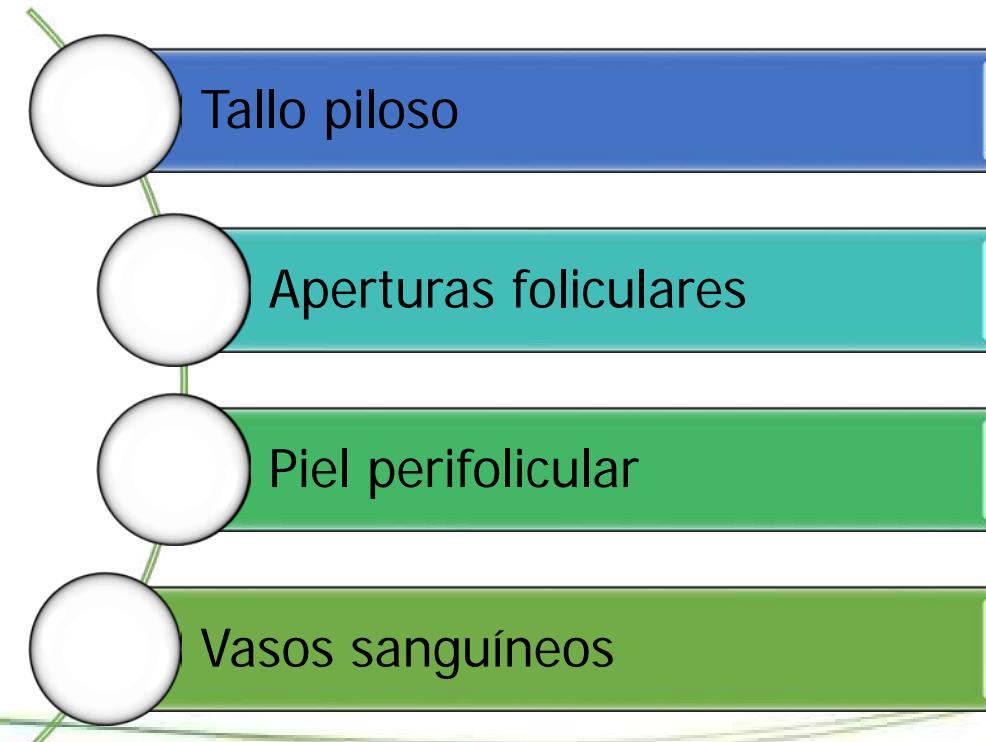


Histopatología

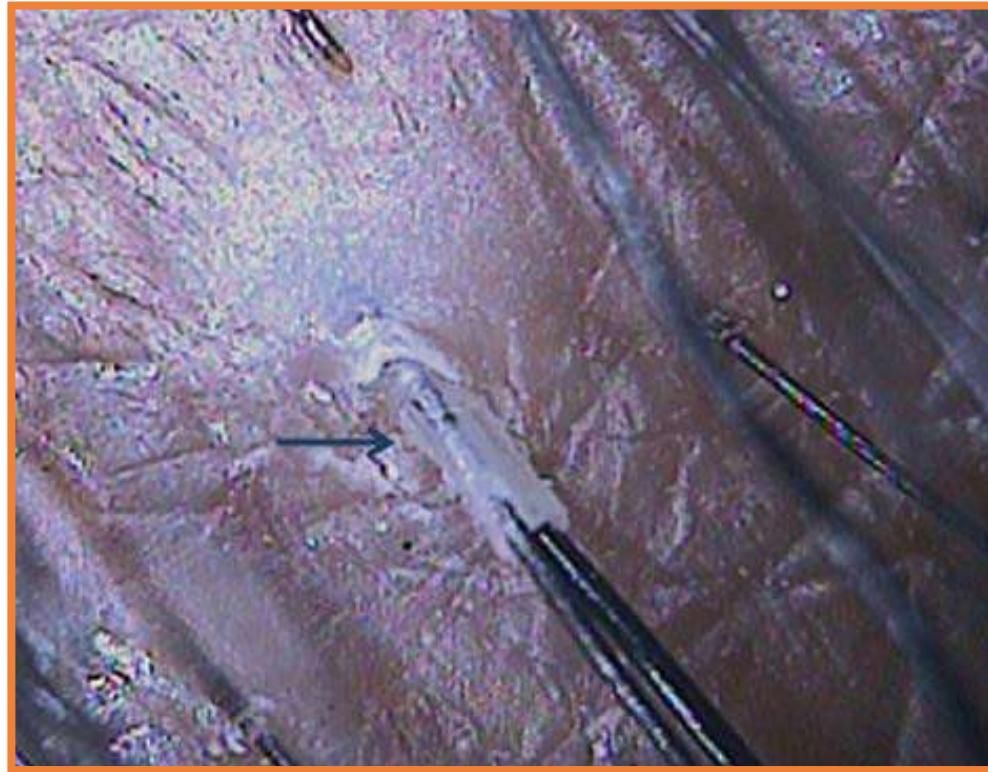
Tricoscopia



Técnica no invasiva de evaluación de cualquier área pilosa



Tricoscopia LPPC

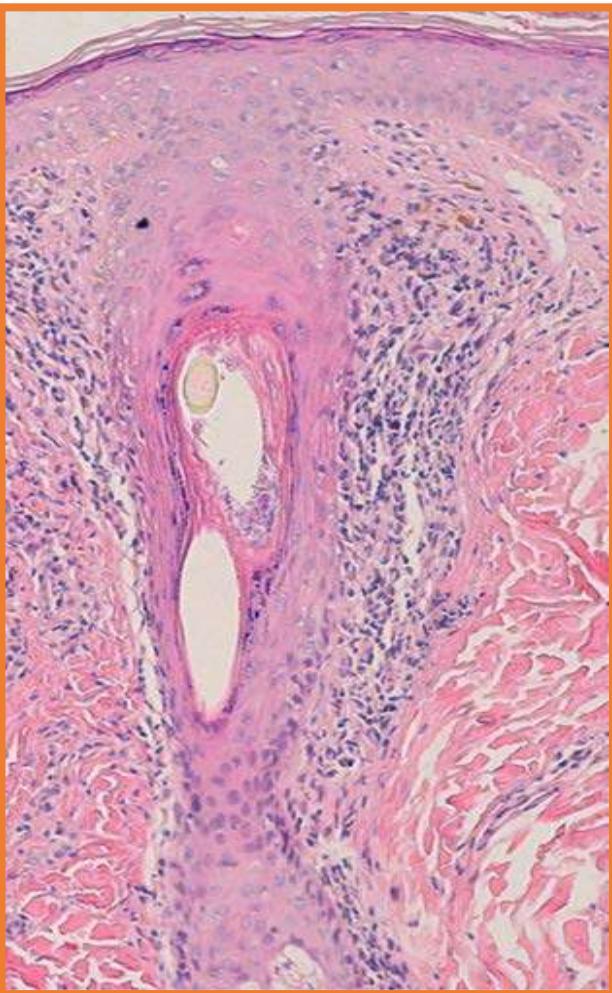


Escama perifolicular blanquecina 100%



“Blue-gray dots”

Histopatología LPPC



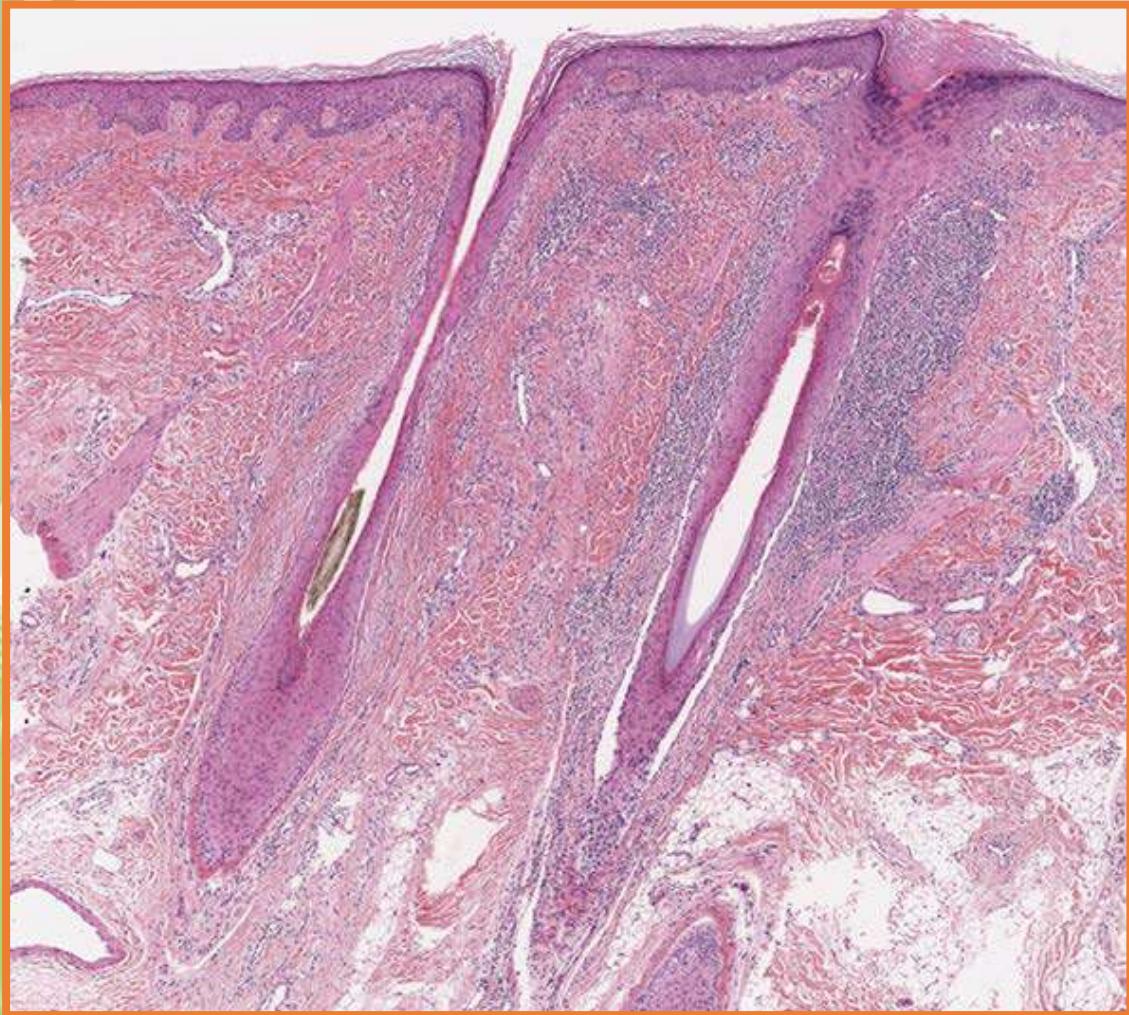
Infiltrado liquenoide en infundíbulo e istmo

Parte superior del infundíbulo dilatado "embudo" con hipergranulosis y queratina ortoqueratósica

Cuerpos coloides, compuestos por queratinocitos disqueratósicos a lo largo de unión dermoepidérmica

Glándulas sebáceas atróficas o destruidas

Histopatología LPPC

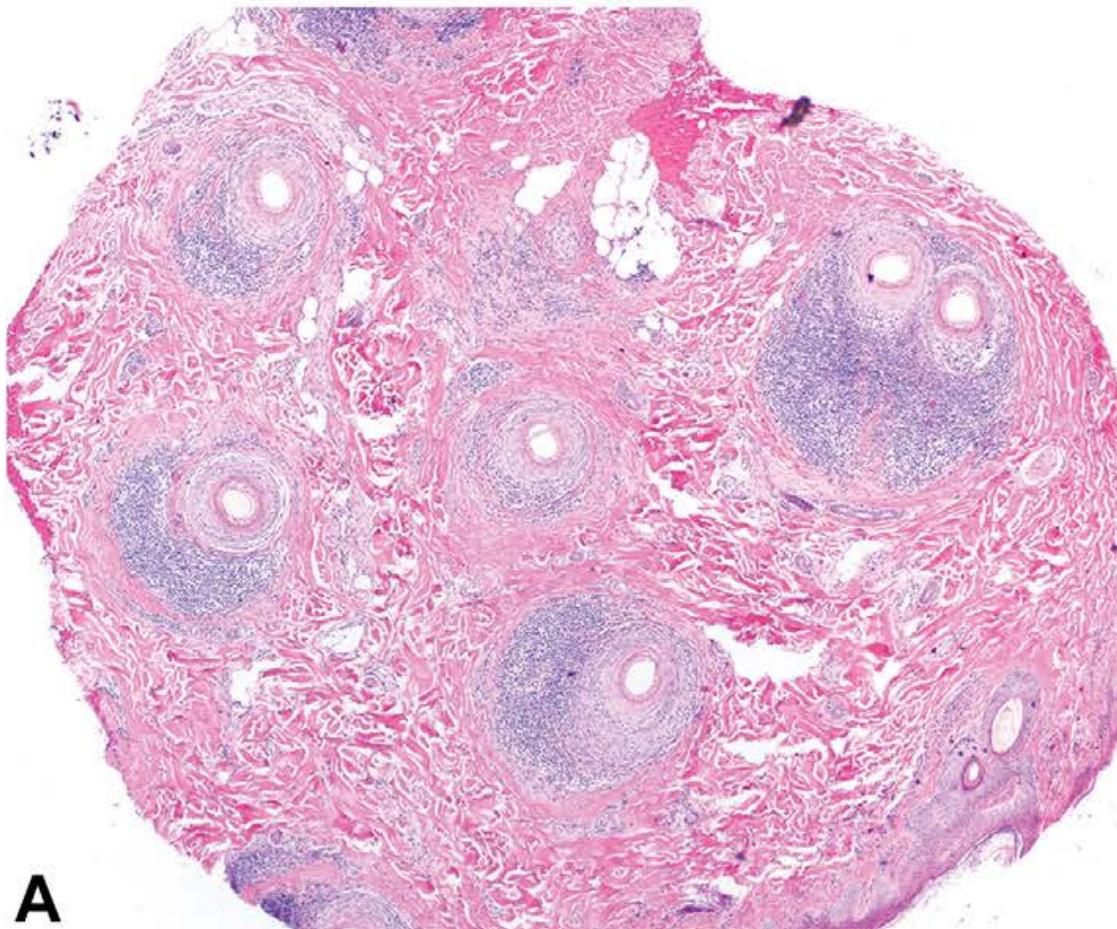


Fase crónica: fibrosis lamelar, destrucción de folículos pilosos, sustituidos por tractos gruesos fibrosos

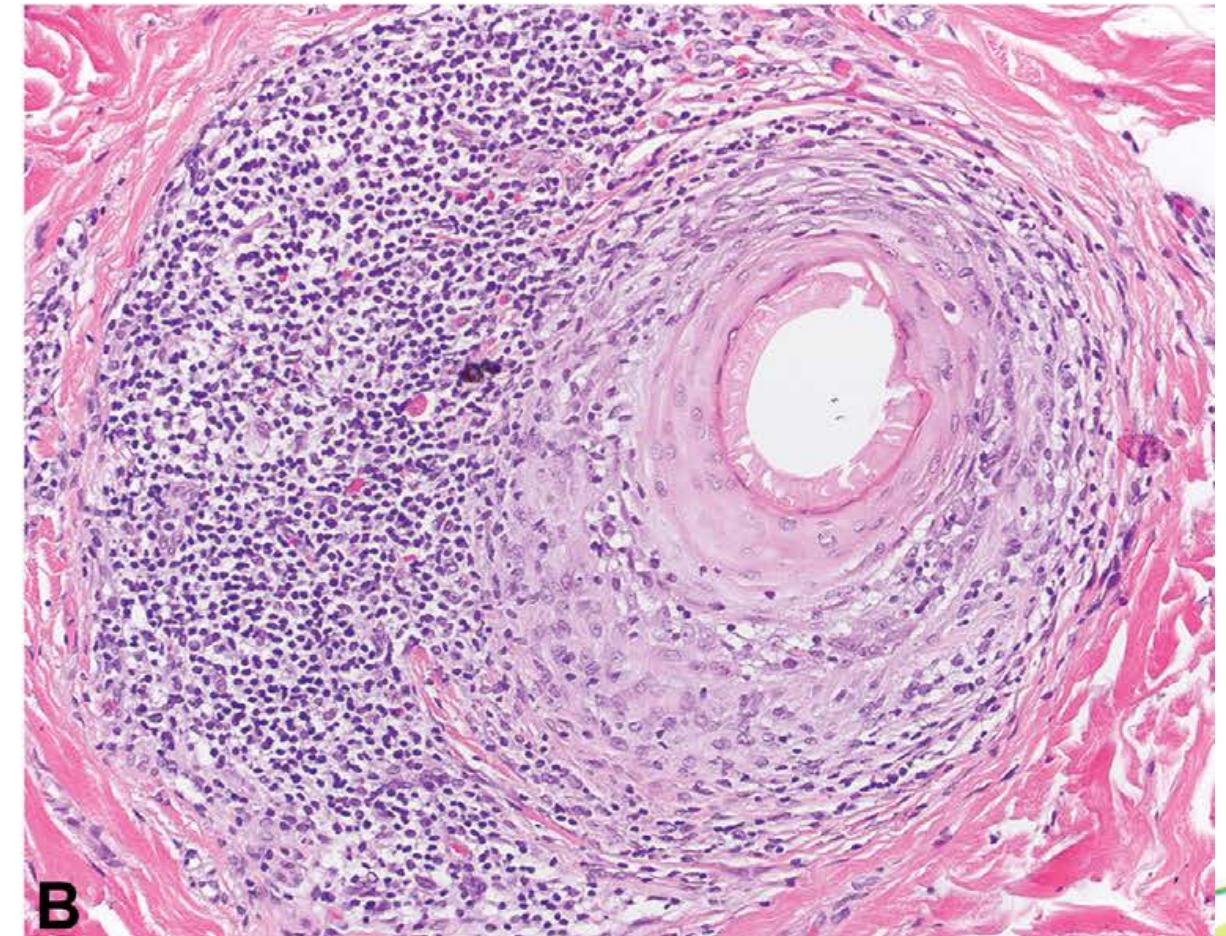
Granulomas de cuerpo extraño. Fibrosis en dermis papilar, rara en tejido adyacente

Cicatriz en forma de cuña centrada en el folículo

Histopatología LPPC



A



B

Tratamiento LPPC



Tratamiento LPPC

Tratamiento de primera línea Corticosteroides tópicos e intralesionales

REVIEW ARTICLE

Treatment of frontal fibrosing alopecia and lichen planopilaris: a systematic review

E. Rácz,^{1,*} C. Gho,² P.W. Moorman,³ V. Noordhoek Hegt,¹ H.A.M. Neumann¹

¹Department of Dermatology and Venereology, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, Rotterdam

²Hair Science Institute, The Netherlands

³Department of Medical Informatics, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, The Netherlands

*Correspondence: Emőke Rácz. E-mail: e.racz@erasmusmc.nl

Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology © 2013 European Academy of Dermatology and Venereology

Corticosteroides tópicos

- Corticosteroides de alta potencia
- 1 – 2 veces cada día
- Sin respuesta en 4 meses, cambiar tratamiento

Tratamiento LPPC

A case-series of 29 patients with lichen planopilaris:
The Cleveland Clinic Foundation experience on
evaluation, diagnosis, and treatment

Nathaniel C. Cevasco, MD,^a Wilma F. Bergfeld, MD,^{a,b} Berna K. Remzi, MD,^a
and Haydee Ramirez de Knott, MD^a
Cleveland, Ohio

(J Am Acad Dermatol 2007;57:47-53.)

Corticosteroides intralesional

- Serie retrospectiva de 29 pacientes
documentó buena respuesta en el 40 %

Reducen significativamente los signos
clínicos de inflamación

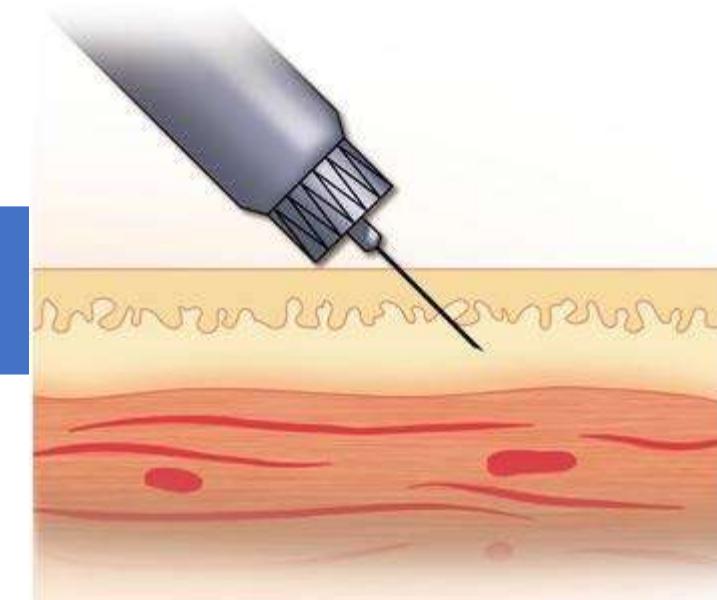
↓ Sensibilidad, ardor y prurito



Tratamiento LPPC

Corticosteroides intralesionales

- Acetonida de triamcinolona 10 mg / ml. No exceder los 40 mg por sesión
- Cada 4 – 6 ss en áreas de actividad de la enfermedad
- 0,1 ml. Espaciadas 1 cm entre sí
- Subcutánea
- No mejoría evidente en 4 meses → cambiar tratamiento
- Paciente estable, aumentar intervalo entre las inyecciones hasta interrumpir



Tratamiento LPPC

Terapia sistémica: tratamiento de segunda línea

- Pacientes que no responden lo suficiente a la terapia local
- Pacientes que inicialmente presentan una enfermedad progresiva o extensa

La terapia local se debe continuar

Tratamiento LPPC

Hidroxicloroquina

- Inmunomodulador. Segunda línea de tratamiento
- 6,5 mg / kg / día o 200 mg 2 / día
- Primeros signos de respuesta a los 2-3 meses de tratamiento
- Resultados variables según las series

Tratamiento LPPC

Hidroxicloroquina

- **E. Rácz 2013:** 71 pacientes. Respuesta buena 23%, parcial 30% o ausentes 48%
- **Chiang et al 2010:** 40 pacientes. Respuesta completa o parcial en 83%
- **Dhonncha et al 2015:** 23 pacientes. Respuesta completa 61% y parcial 9%

REVIEW ARTICLE

Treatment of frontal fibrosing alopecia and lichen planopilaris: a systematic review

E. Rácz,^{1,*} C. Gho,² P.W. Moorman,³ V. Noordhoek Hegt,¹ H.A.M. Neumann¹

¹Department of Dermatology and Venereology, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, Rotterdam

²Hair Science Institute, The Netherlands

³Department of Medical Informatics, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, The Netherlands

*Correspondence: Emőke Rácz. E-mail: e.racz@erasmusmc.nl

Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology © 2013 European Academy of Dermatology and Venereology

E. Nic Dhonncha | C. C. Foley | T. Markham

2016 Wiley Periodicals, Inc. | 1 of 4

Tratamiento LPPC

Micofenolato de mofetil

110 / Dermatology and Dermatologic Surgery

Efficacy and safety of mycophenolate mofetil for lichen planopilaris

Cho BK, Sah D, Chwalek J, et al (Palo Alto Med Foundation, Mountain View, CA; Palo Alto Med Foundation, Fremont, CA; Kaiser Med Group, Union City, CA; et al)

J Am Acad Dermatol 62:393-397, 2010

- Útil en enfermedad refractaria
- Serie de casos retrospectivos de 16 pacientes:
 - 42 % respondedores completos
 - 42 % respondedores parciales
 - 17 % fracasos de tratamiento
 - 1 gr 2/día. R/ a los 6 meses

Tratamiento LPPC

Pioglitazona

15 – 30 mg c/día. Cierta eficacia
Recaídas al suspender
Requiere más estudios

Efectos 2rios limitan su uso.
Pocos reportes en la literatura

Ciclosporina

Pocos datos

Retinoides orales



Tetraciclinas

Ineficaz

Minoxidil

Ineficaz

Clasificación LPP



Clasificación LPP



Alopecia frontal fibrosante

Descrita por Kossard en 1994

Retroceso de la línea de implantación frontotemporal del pelo con alopecia de cejas

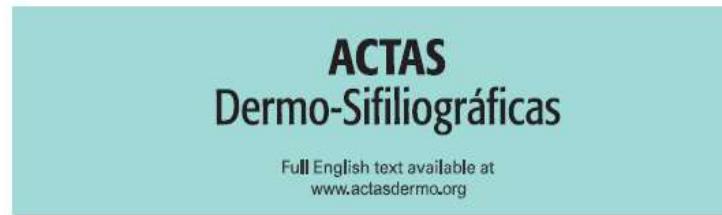
Predominio en postmenopáusicas. 60 años

Raro en varones, mujeres premenopáusicas





Alopecia frontal fibrosante en hombres



ORIGINAL

Alopecia frontal fibrosante en el varón: presentación de 12 casos y revisión de la literatura

N. Ormaechea-Pérez*, A. López-Pestaña, J. Zubizarreta-Salvador, A. Jaka-Moreno, A. Panés-Rodríguez y A. Tuneu-Valls

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

Recibido el 22 de abril de 2016; aceptado el 2 de julio de 2016

Estudio descriptivo 2010 – 2015

12 hombres con diagnóstico confirmado

Poco frecuente en hombres, pero SÍ casos reportados

Posiblemente subdiagnosticados por asociación frecuente con alopecia androgénica

Realizar una exploración minuciosa de la línea de implantación del pelo en los varones



Alopecia frontal fibrosante en hombres



Estudio descriptivo 2010 – 2015

12 hombres con diagnóstico confirmado

Poco frecuente en hombres, pero SÍ casos reportados

Posiblemente subdiagnosticados por asociación frecuente con alopecia androgénica

Realizar una exploración minuciosa de la línea de implantación del pelo en los varones

Etiopatogenia AFF

Teoría hormonal

- Hormonas sexuales estimular el paso de los folículos pilosos en fase anágena a telógena
- Cuestionada

Etiología autoinmune

- Asociación con hipotiroidismo (11-23%), vitíligo, síndrome Sjögren
- No se ha encontrado evidencia suficiente

Componente genético

- No identificado en la etiopatogenia
- Relación familiar en algunas series (8%)

Aún desconocida

Etiopatogenia AFF

Pérdida de inmunoprivilegio en el folículo piloso

Pérdida de glándulas sebáceas es mayor en alopecia cicatrizal que en las no cicatriciales (55% y 5%)

PPAR- γ influye en metabolismo lipídico deficiente en AFF, critico para el mantenimiento de las unidades pilosebaceas

Manifestaciones clínicas

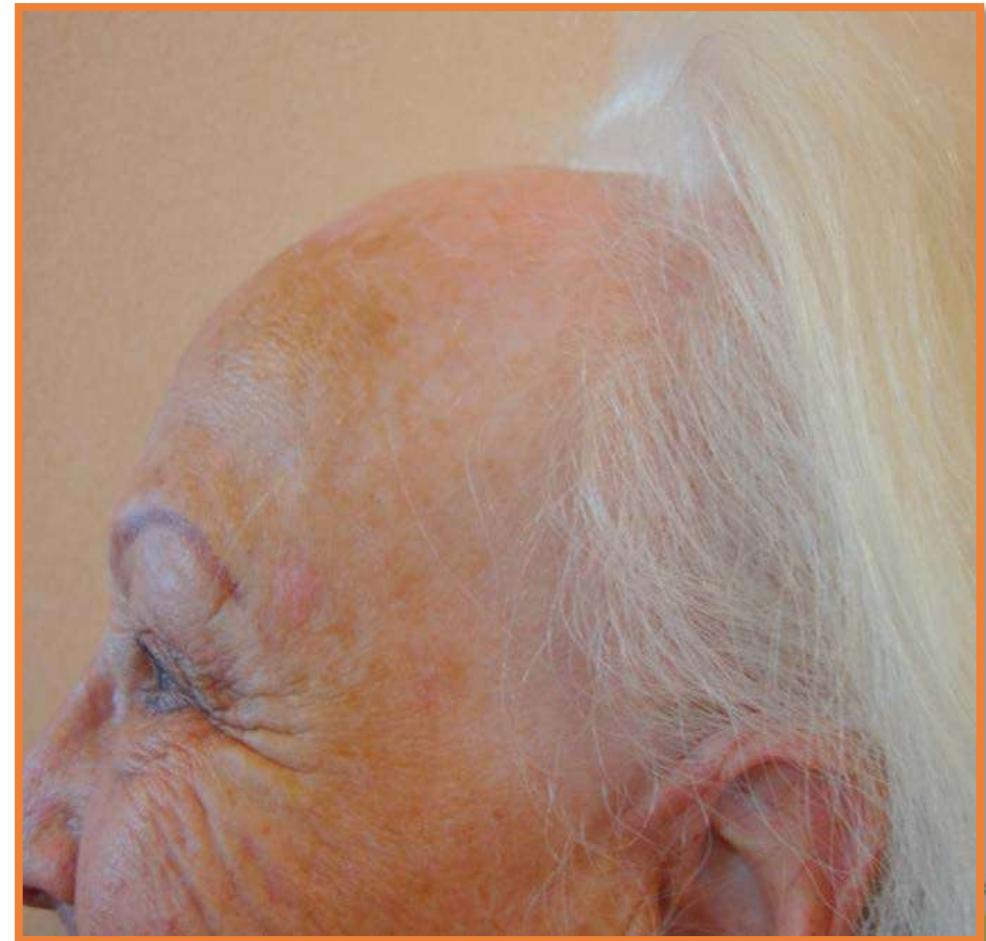
Retroceso de la línea de implantación frontotemporal del cabello, simétrica y bilateral < 3 cm (0,5 - 8 cm)

Piel lisa, con pérdida de los orificios foliculares y una palidez uniforme

Eritema inter o perifolicular 50%

Hiperqueratosis folicular 30-60%

Asintomática. Prurito



Manifestaciones clínicas

Retroceso de la línea de implantación frontotemporal del cabello, simétrica y bilateral < 3 cm (0,5 - 8 cm)

Piel lisa, con pérdida de los orificios foliculares y una palidez uniforme

Eritema inter o perifolicular 50%

Hiperqueratosis folicular 30-60%

Asintomática. Prurito



Manifestaciones clínicas

95%

Alopecia de cejas. Puede preceder la AFF hasta 8 años

14-26%

Pérdida de las pestañas, vello facial o corporal

6- 37%

Pápulas faciales monomórficas, no inflamatorias, eucrómicas, ásperas, sin descamación

Evolución variable



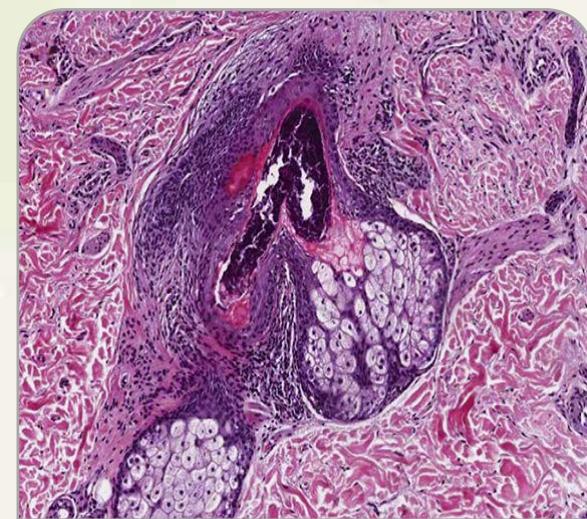
Diagnóstico AFF



Examen físico



Tricoscopia

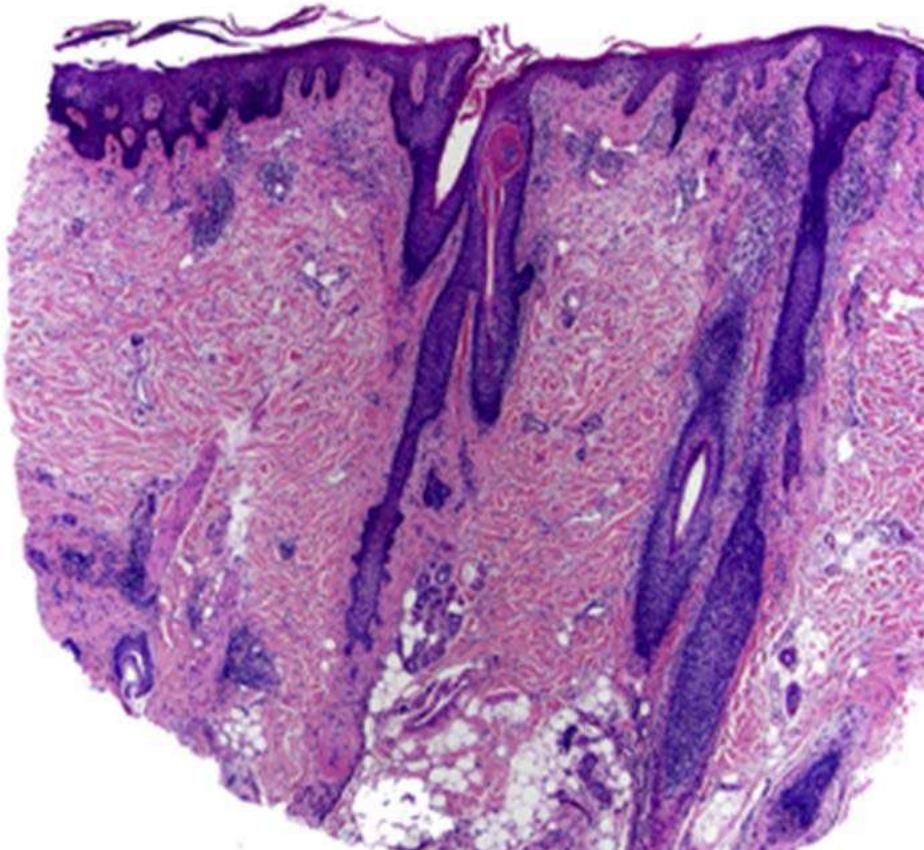


Histopatología

Tricoscopia AFF



Histopatología AFF



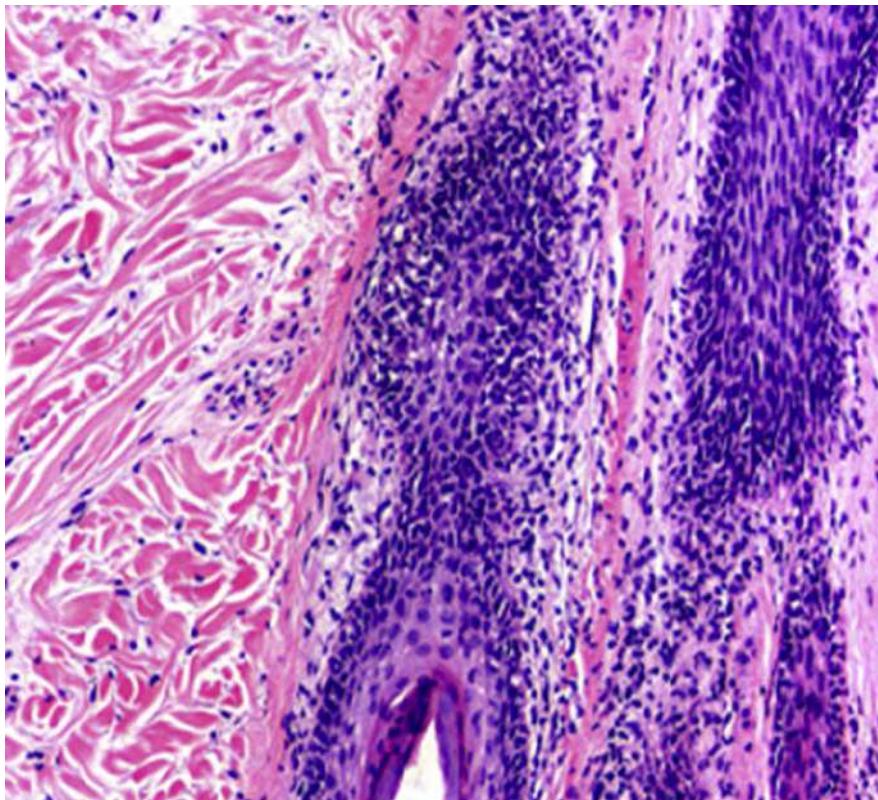
H-E 10x: infiltrado perifolicular

Infiltrado inflamatorio linfocitario liquenoide en infundíbulo e ístmo

Respeta la epidermis interfolicular

Degeneración vacuolar de la capa basal del epitelio folicular. Apoptosis eosinófila prominente de las células de la VRE en el infundíbulo y del istmo

Histopatología AFF



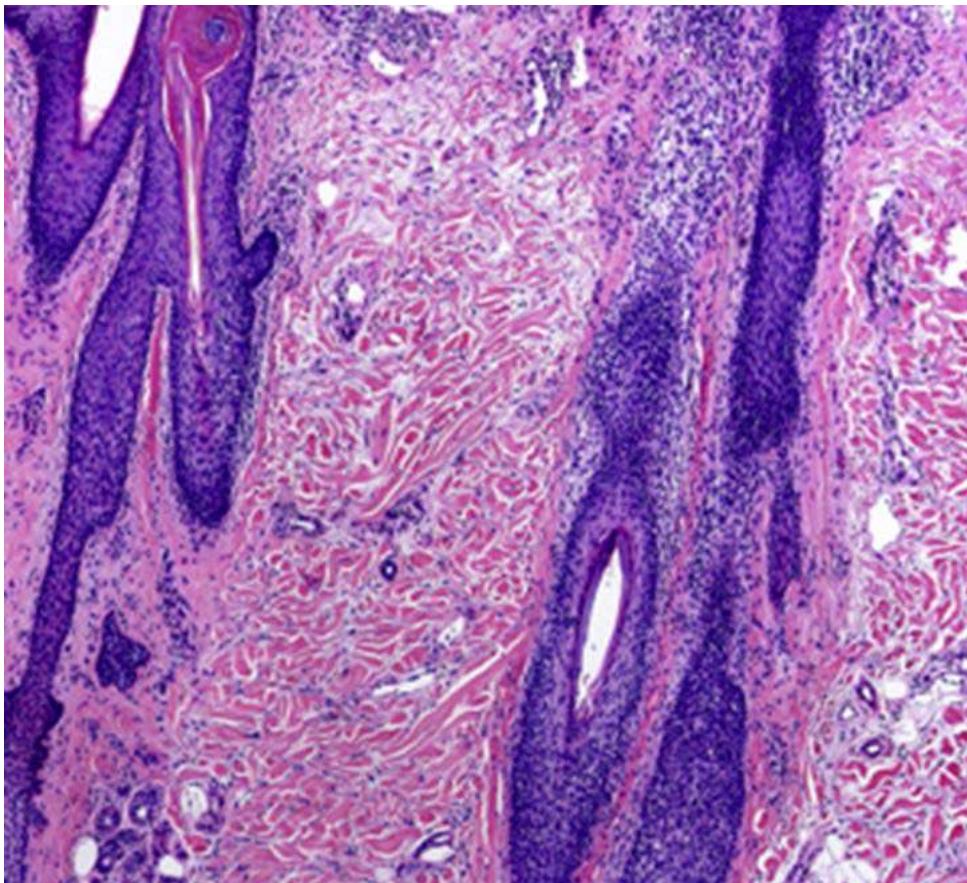
H-E 100x: infiltrado perifolicular

Infiltrado inflamatorio linfocitario liquenoide en infundíbulo e ístmo

Respeta la epidermis interfolicular

Degeneración vacuolar de la capa basal del epitelio folicular. Apoptosis eosinófila prominente de las células de la VRE en el infundíbulo y del istmo

Histopatología AFF

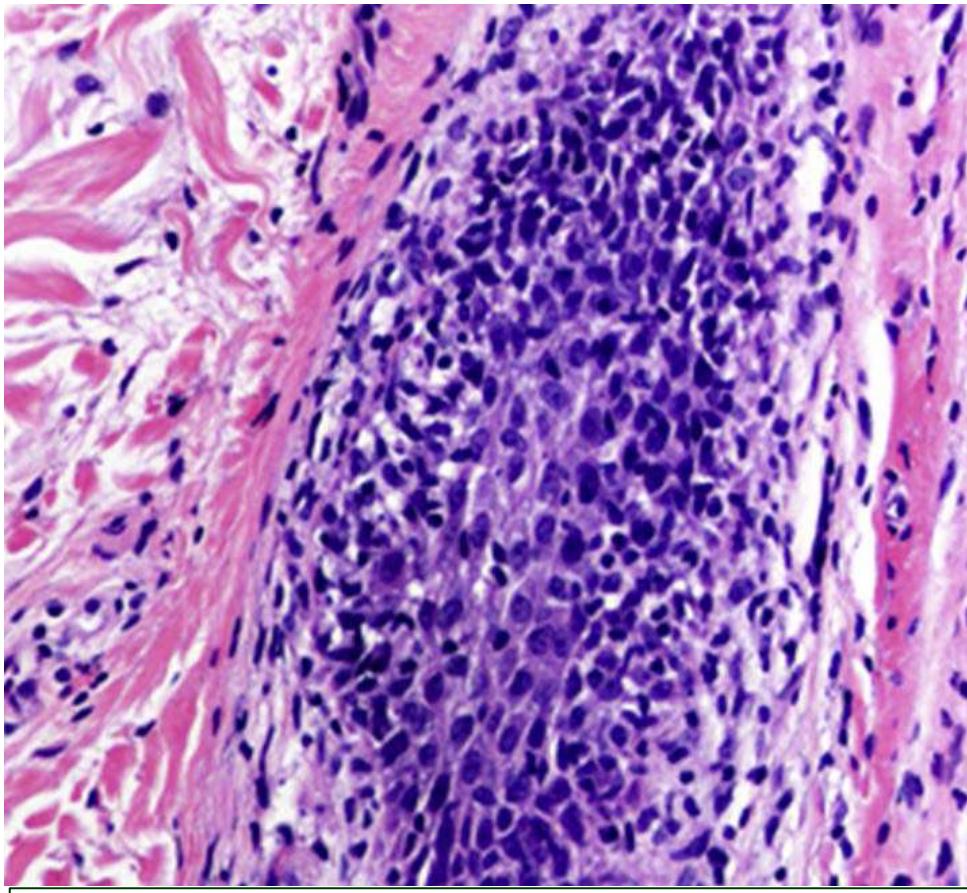


H-E 200x: Fibrosis concéntrica perifolicular

Etapa crónica: Desaparece el infiltrado inflamatorio. Fibrosis perifolicular de tipo lamelar «capas de cebolla», sustituir folículos pilosos por tractos fibrosos

Pápulas faciales: cambios similares pero afectando a folículos pilosos de tipo velloso

Histopatología AFF



H-E 400x: Fibrosis concéntrica perifolicular

Etapa crónica: Desaparece el infiltrado inflamatorio. Fibrosis perifolicular de tipo lamelar «capas de cebolla», sustituir folículos pilosos por tractos fibrosos

Pápulas faciales: cambios similares pero afectando a folículos pilosos de tipo velloso

Histopatología similar en AFF y LPP

Paraclínicos AFF

Análisis de laboratorio no han demostrado ninguna anomalía

CH - función hepática – serología de hepatitis C – FSH – LH -
andrógenos y prolactina

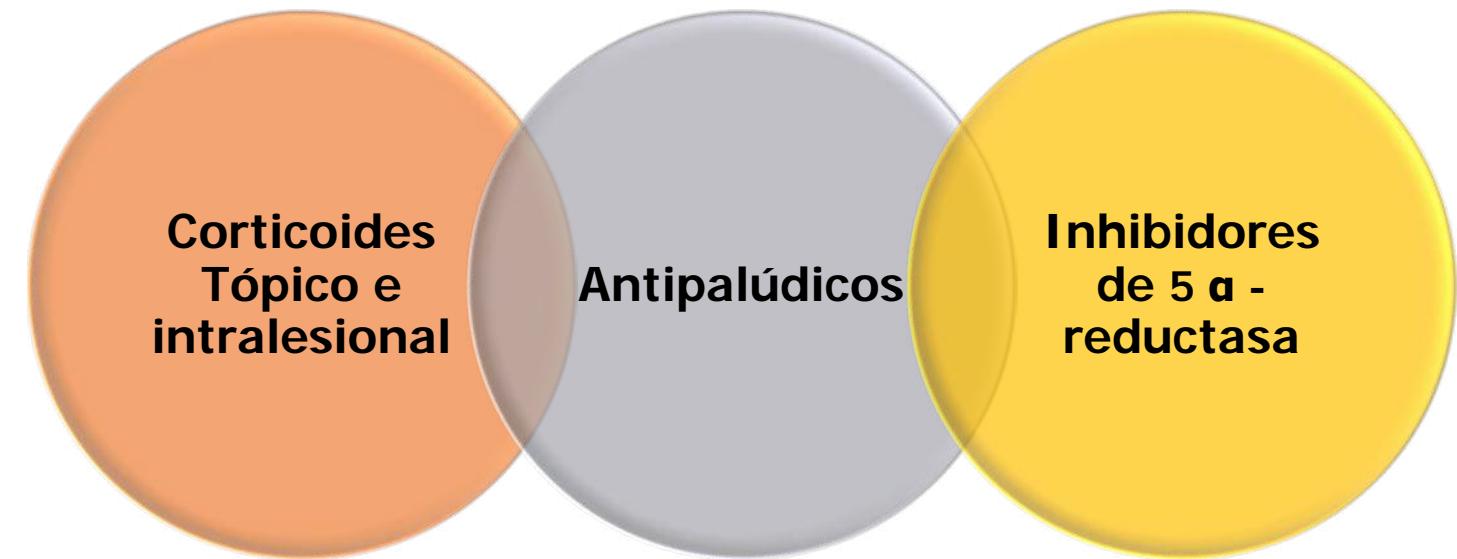
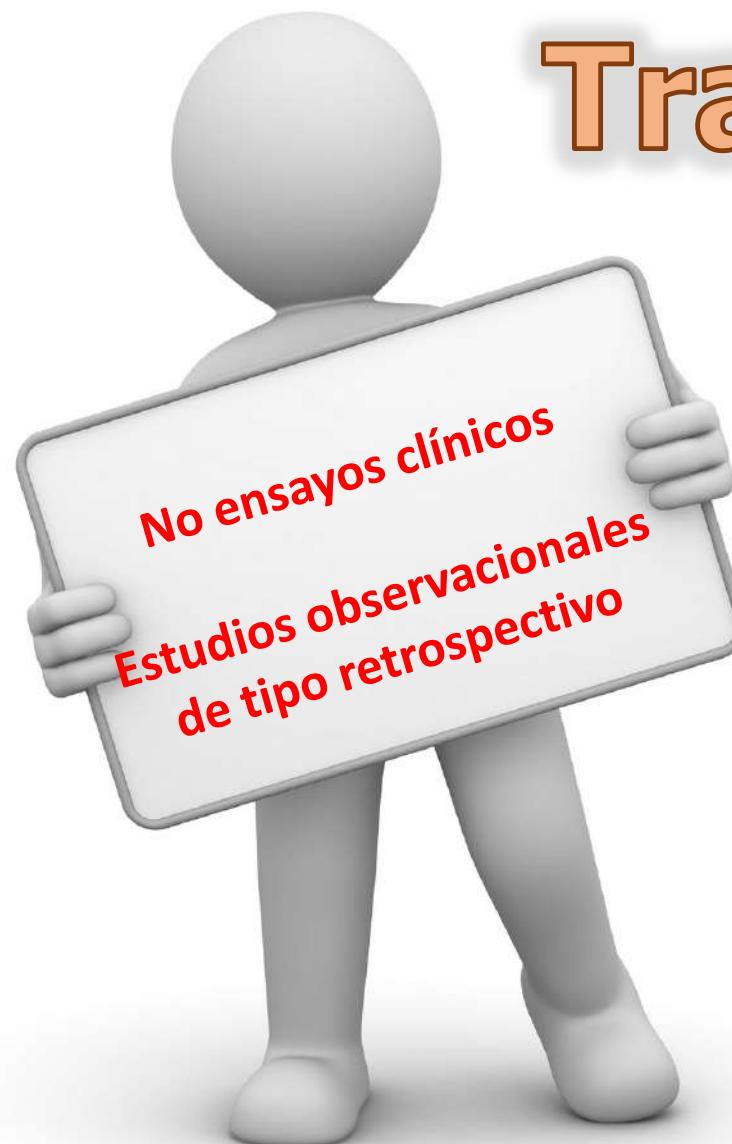
Kossard et al y Vaño-Galván et al 2014:

Anticuerpos antitiroideos (10%) y anticuerpos antinucleares (7%)

**Recomiendan descartar enfermedad tiroidea autoinmune
Solicitar TSH**



Tratamiento AFF



Frontal fibrosing alopecia: A multicenter review of 355 patients

Sergio Vañó-Galván, MD, PhD,^a Ana M. Molina-Ruiz, MD,^b Cristina Serrano-Falcón, MD,^c
Salvador Arias-Santiago, MD, PhD,^d Ana R. Rodrigues-Barata, MD,^e Gloria Garnacho-Saucedo, MD,^f
Antonio Martorell-Calatayud, MD,^g Pablo Fernández-Crehuet, MD, PhD,^h Ramón Grimalt, MD, PhD,ⁱ
Beatriz Aranegui, MD,^j Emiliano Grillo, MD,^k Blanca Diaz-Ley, MD,^a Rafael Salido, MD,^f Sivia Pérez-Gala, MD,^a
Salvio Serrano, MD, PhD,^k Jose Carlos Moreno, MD, PhD,^f Pedro Jaén, MD, PhD,^a
and Francisco M. Camacho, MD, PhD^l

Madrid, Granada, Córdoba, Valencia, Jaén, Barcelona, and Sevilla, Spain

J AM ACAD DERMATOL
VOLUME 70, NUMBER 4

Vañó-Galván et al 671

Corticoides tópicos e intraleisionales

- Mayor uso
- Tópico: ineficaces
- Intraleisionales:
 - 34% Mejoría
 - 50% Respuesta parcial/estabilización
 - 80% Alopecia de cejas, mejoría parcial o total

Respuesta a diferentes tratamientos en estudios publicados AFF

Estudio	N	Mejoría/bueno	Estable/parcial	Nada/empeora
Corticoides tópicos				
Rallis ⁵⁸	6			6
Faulkner ⁵⁹	1		1	
Kossard et al. ³	9			9
Dawn ⁶⁰	2			2
Naz ¹⁹	2			2
Vaisse ⁵²	15			15
Total	26	0	1 (3%)	25 (97%)
Corticoides sistémicos				
Kossard et al. ³	4		2	2
Naz ¹⁹	1		1	0
Tosti ¹⁸	3			3
Vaisse ⁵²	2			2
Total	10	0	3 (30%)	7 (70%)
Triamcinolona intralesional				
Tan ¹¹	12		8	1
Bergfeld ⁵⁵	1			1
Clark-Loeser ⁵⁶	1			1
Moreno-Ramirez ^{17,20}	9		4	5
Vaño-Galvan et al. ¹⁰	130	44	64	6
Total	153	44 (28%)	76 (50%)	14 (9%)
Triamcinolona intralesional adyuvante				
Donovan ⁵⁷	11	7	2	2
Total	11	7 (63%)	2 (18%)	2 (18%)

Tratamiento AFF

Inhibidores de 5 α - reductasa

- Finasteride y dutasteride

Mejoría: 47%

Estabilización de la enfermedad: 53%

Los mejores resultados en estudios en los que existe un alto número de pacientes con AAG concomitante

Tratamiento AFF



PIEL
FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA
www.elsevier.es/piel



PIEL (BARC). 2016

Editorial

Nuevas tendencias en el uso de inhibidores de la 5 α -reductasa

New trends in the use of 5 α -reductase inhibitors

Adrián de Quintana-Sancho ^{a,b,*} y María Teresa Conde Calvo ^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Araba, Vitoria, Álava, España

^b Consulta privada, Bilbao, España

Finasteride y dutasteride inhiben
la 5 α – reductasa tipo 2

Dutasteride es 3 veces más potente que
finasteride con vida media mucho más larga

Dutasteride a dosis de 0.5 mg/día, efectivo y
seguro en alopecia androgénica masculina y
femenina y AFF e incluso, en algunos aspectos,
superior a finasteride

Tratamiento AFF

Antipalúdicos

- Alternativa terapéutica
- Cloroquina e hidroxicloroquina

Frenar la progresión de la enfermedad: 48%

Mejoría: hasta el 20% de los pacientes en algunas series

Tratamiento AFF

Sólo en enfermedad inactiva

Trasplante capilar

Inhibidores de la
calcineurina

Eficacia en las fases iniciales
Coadyuvantes

No eficacia demostrada

Azatioprina

No eficacia demostrada

Isotretinoína

Pioglitazona

Pendiente resultados

Micofenolato de
mofetilo

No eficacia demostrada

No eficacia demostrada

Terapia hormonal
sustitutiva



No eficacia demostrada

Minoxidil tópico

Mejora densidad capilar, no cambia curso de enfermedad

Doxiciclina

No eficacia demostrada

Respuesta a diversos tratamientos en estudios publicados AFF

Estudio	N	Mejoria/bueno	Estable/parcial	Nada/empeora
<i>Finasteride, dutasteride</i>				
Georgala ¹⁶	13	13		
Moreno-Ramirez ^{17,20}	16		16	
Tostí ¹⁸	8	4		4
Katoulis ¹⁵	1		1	
Vaño-Galvan et al. ¹⁰	111	52	59	0
Total	149	62 (41%)	82 (55%)	4 (2%)
<i>Hidroxicloroquina, cloroquina</i>				
Samrao et al. ⁸	16	4	7	4
Chiang ⁵³	11	5	3	3
Tan ¹¹	3	1		1
Kossard et al. ³	3			2
Vaño-Galvan et al. ¹⁰	54	8	32	12
Total	87	18 (20%)	42 (48%)	22 (25%)

Respuesta a diversos tratamientos en estudios publicados

Estudio	N	Mejoría/bueno	Estable/parcial	Nada/empeora
<i>Terapia hormonal sustitutiva</i>				
Kossard et al. ³	8			8
Total	8	0		8 (100%)
<i>Micofenolato mofetil</i>				
Samrao et al. ⁸	5	1	1	3
TOTAL	5	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)
<i>Doxiciclina</i>				
Samrao et al. ⁸	4	1	1	2
Total	4	1 (25%)	1 (25%)	2 (25%)
<i>Inhibidores topicos calcineurina en adyuvancia</i>				
Clark-Loeser ⁵⁶	1			1
Katoulis ¹⁵	1	1		
Bergfeld ⁵⁵	1	1		
Total	3	2 (67%)	0	1 (33%)
<i>Minoxidil</i>				
Kossard ³	2			2
Tan ¹²	2		2	
Naz ²⁰	1			1
Total	5	0	2 (40%)	3 (60%)
<i>Pioglitazona</i>				
Vaño-Galvan ¹⁰	23	Datos no disponibles		

Clasificación LPP



Clasificación LPP



Síndrome de Graham-Little-Piccardi-Lasseur

Reportado por primera vez en 1914

Alopecia cicatricial en el cuero cabelludo

Queratosis pilar en el tronco y las extremidades

Alopecia no cicatricial en el pubis y las axilas



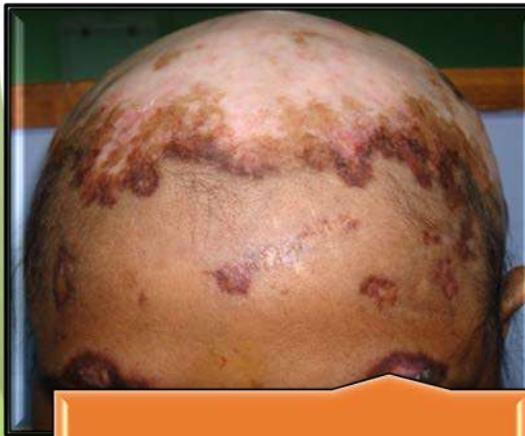
SPLP

Etiopatogenia, diagnostico y tratamiento
Semejantes a LPPC

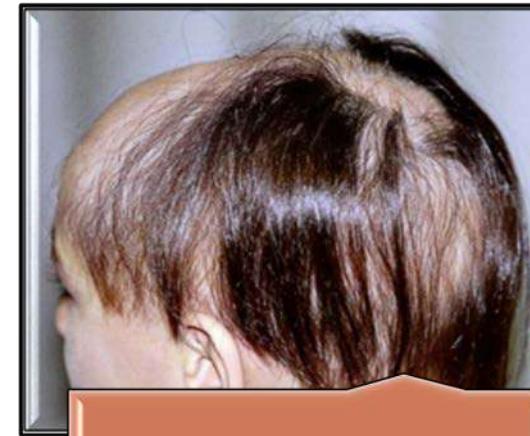
La mayoría de los casos son esporádicos,
aunque Viglizzo et. reportó un caso familiar

Escasos reportes en la literatura

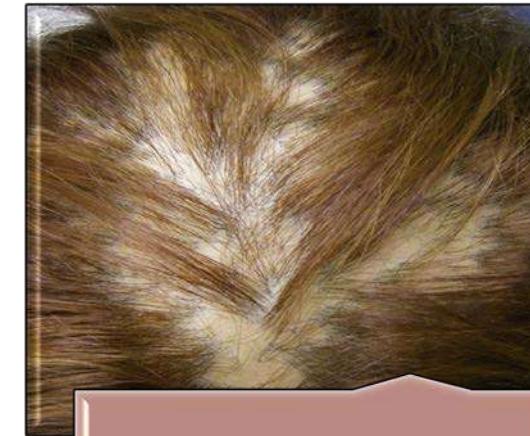
Diagnóstico diferencial LPP



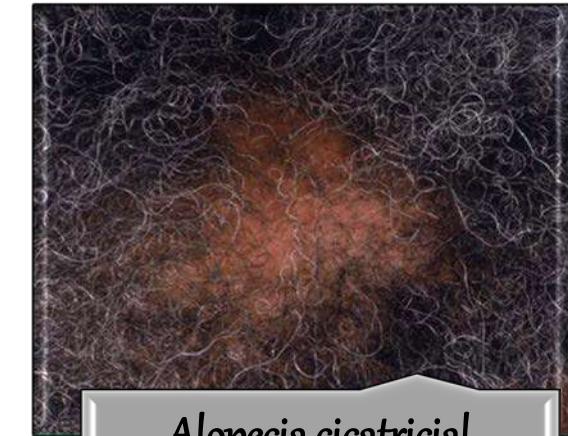
Lupus eritematoso discoide



Alopecia areata



Pseudopelade de Brocq



Alopecia cicatricial
centrífuga central

Lupus eritematoso discoide

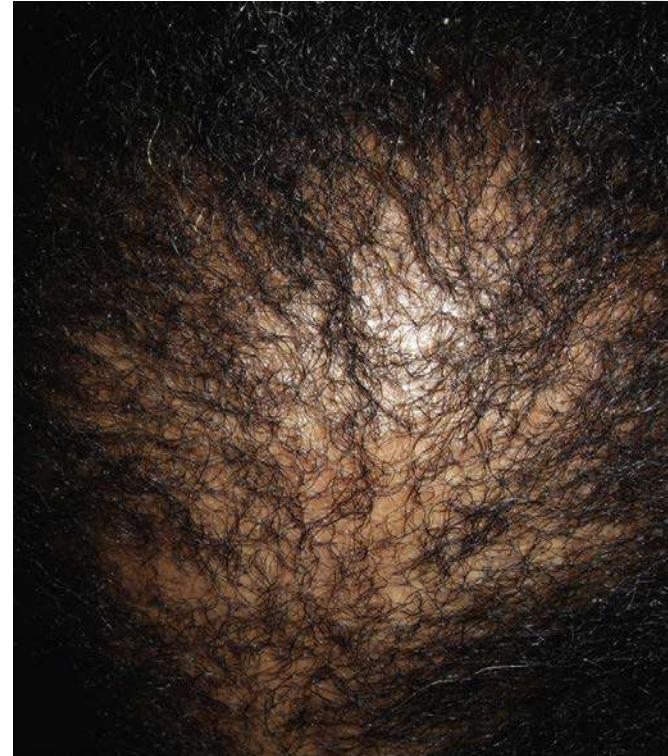


Alopecia areata



Puntos amarillos. Signo de exclamación,
pelos distroficos

Alopecia cicatrizal central centrífuga



Placa alopéctica en vértez.
Mujer. Fototipo alto

Pseudopelada de Brocq



Parches alopécicos no confluyentes del color de la piel normal, sin hiperqueratosis o inflamación

Conclusiones

LPP es una alopecia cicatrizal linfocítica poco frecuente, de predominio en mujeres en la 5ta década

Etiopatogenia aún no esclarecida. Teorías de pérdida de privilegio inmunitario con reacción citotóxica contra la protuberancia de folículo piloso – células madre

Factores hormonales y genéticos aun no esclarecidos

Conclusiones

Tres variedades que se diferencian principalmente por la clínica: LPPC, AFF, SPLP

Asociación con liquen plano en 20 – 50%. Hipotiroidismo principal comorbilidad asociada.

No existen protocolos de tratamientos. Por lo cual se basa en revisiones sistemáticas en la literatura y series de casos



GRACIAS.....