



Dra. Cristina Velez

- MD. Dermatóloga / Dermatopatóloga Universidad CES
- Profesora Dermatopatología. Universidad CES. Medellín.
cristinaveleza@gmail.com

Dr. Rodrigo Restrepo M.

- Médico y Patólogo U. de Caldas / Dermatopatólogo Universidad CES.
- Coordinador Programa de Especialización en Dermatopatología. Universidad CES. Medellín.
rorestre@hotmail.com



- Ningún conflicto de interés
- Ilustraciones esquemáticas generadas con IA (Nano Banana Pro - Gemini 3) a partir de cortes histológicos e imágenes idealizadas.



**45 CONGRESO
COLOMBIANO
DE PATOLOGIA**
CIENCIA  TRANSFORMA,
RAICES  SOSTIENEN

Cali, Colombia
2026



01 **Introducción**

02 **Biopsia y clasificación**

03 **Características generales**

04 **AC linfocíticas**

05 **AC neutrofílicas y mixtas**

06 **Conclusiones**



El Folículo en Llamas:

Descifrando la Histopatología
de las Alopecias Cicatrizales

Esta conferencia ofrece una visión de los tipos más comunes de AC:

- **Líquen planopilar**
Alopecia frontal fibrosante
Líquen planopilar en patrón de distribución
- **Pseudopelada de Brocq**
- **Lupus eritematoso y sus variantes**
- **Foliculitis decalvans**
- **Foliculitis disecante y**
- **Acné queloidal**

Destacando sus presentaciones clínicas e histológicas distintivas.



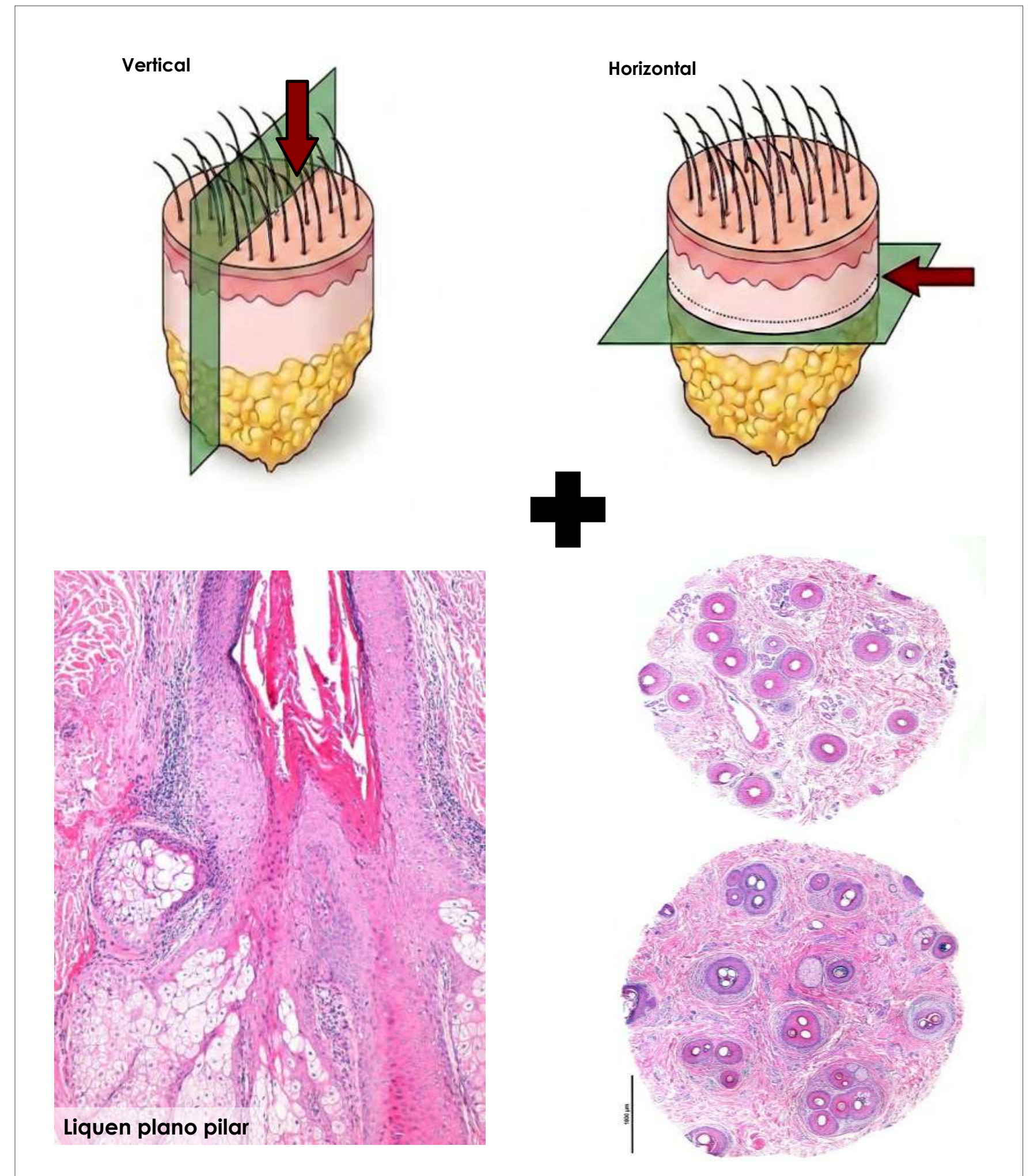
01 INTRODUCCIÓN

- Las AC constituyen una de las áreas más difíciles y complejas en el estudio de las alopecias.
- Una amplia variedad de condiciones puede dar lugar a una AC, por un proceso primario o secundario, tanto de origen folicular como no folicular.
- En las AC primarias hay pérdida permanente del cabello por daño inflamatorio irreversible en los folículos pilosos.
- Casi siempre sin recuperación completa.



02 BIOPSIA Y CLASIFICACIÓN

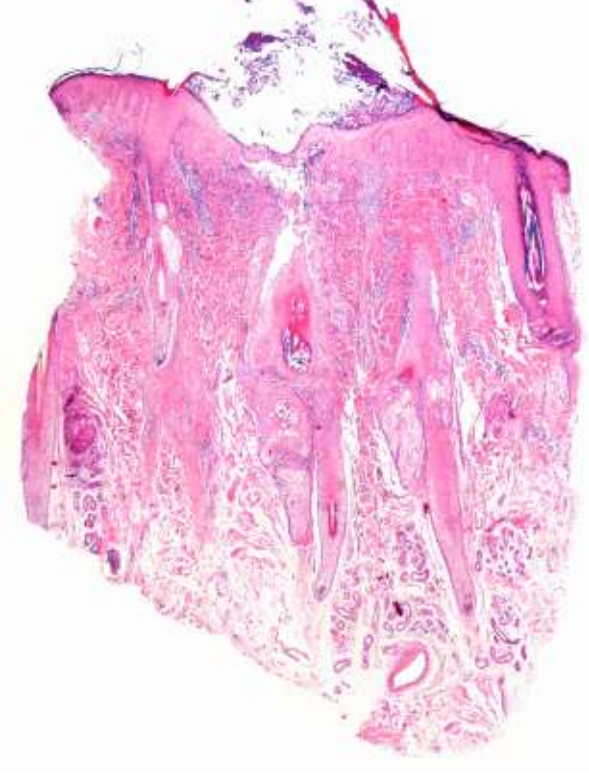
- Es recomendable tomar dos biopsias con punch de 4.0 mm.
- Se debe analizar tanto secciones verticales como horizontales.
- Debido a las dificultades para llegar a un diagnóstico en lesiones tardías, es importante evaluar los resultados de la biopsia en conjunto con el cuadro clínico.



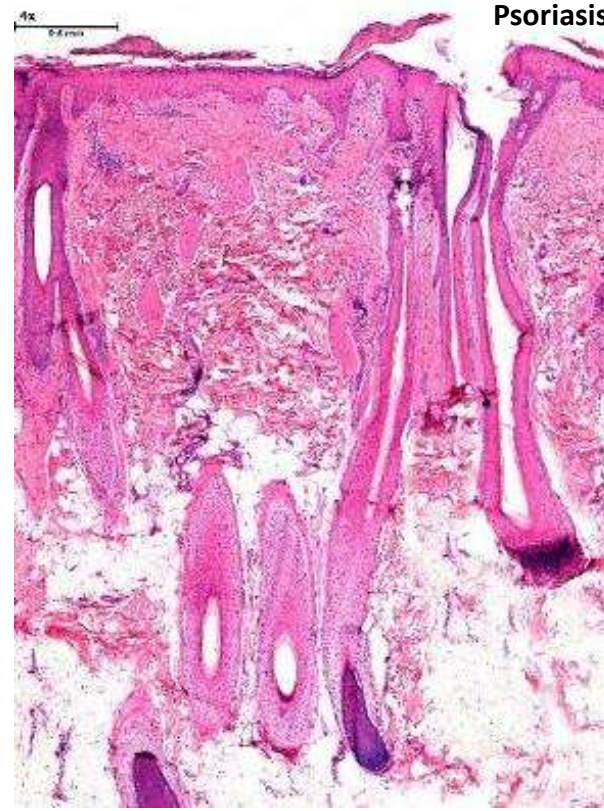
D. Seborreica



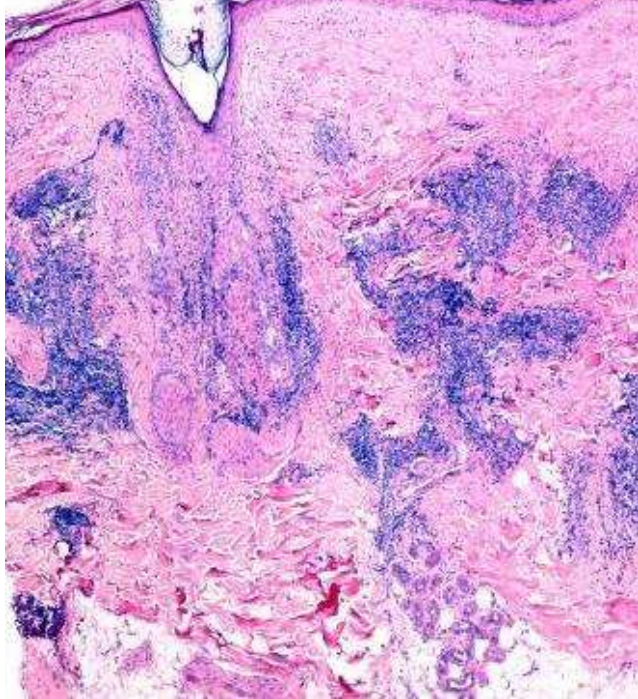
F. Decalvans



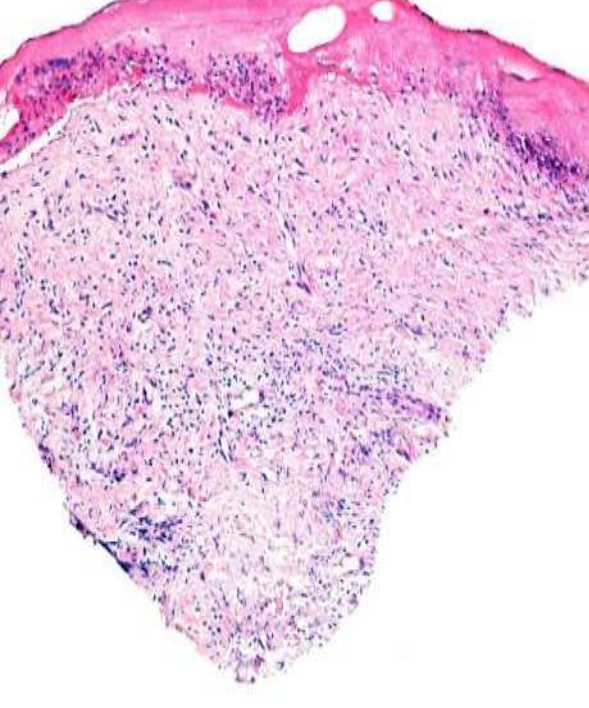
Psoriasis



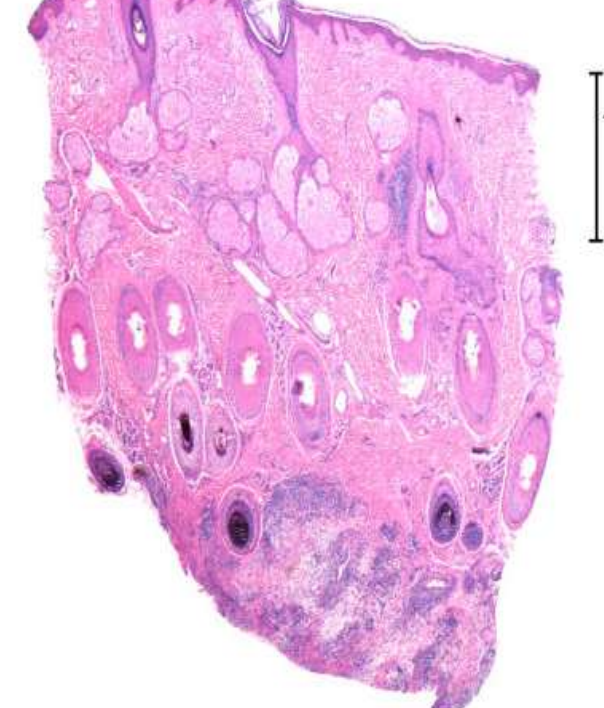
L. Discoide



D. erosiva



C. disecante



SECCIONES VERTICALES

Se prefieren cortes verticales en AC muy superficiales o muy profundas

- Dermatitis seborreica
- Folliculitis decalvans
- Psoriasis
- Lupus discoide
- Dermatosis erosiva
- Celulitis disecante
- Acné queloidal
- Tiña capitis

02 CLASIFICACIÓN

- La clasificación de las alopecias ha sido difícil.
- Habitualmente no se conoce la causa en la mayoría de ellas y existe una gran superposición clínica e histológica.
- Se ha propuesto muchas clasificaciones.
- La clasificación actual se basa en criterios histológicos, de ahí la importancia de la biopsia como herramienta diagnóstica.
- Es imperfecta y con seguridad será sometida a revisión.

ALOPECIA CICATRICIAL (Pérdida de Cabello por Cicatrización)

1. ALOPECIA CICATRICIAL PRIMARIA

Basado en el infiltrado inflamatorio predominante.

A. ALOPECIAS LINFOCÍTICAS

- Liquen Planopilaris
 - Clásico
 - Alopecia Fibrosante Frontal
 - Síndrome de Graham Little-Piccardi
- Lupus Eritematoso Discoide
- Alopecia Cicatricial Centrífuga Central
- Alopecia Mucínica
- Pseudopelada de Brocq
- Queratosis folicular espinulosa decalvans

B. ALOPECIAS NEUTROFÍLICAS

- Foliculitis Decalvante
- Celulitis Disecante del Cuero Cabelludo

C. ALOPECIAS MIXTAS

- Acné Quelóideo de la Nuca
- Acné necrótica
- Dermatitis Pustulosa Erosiva del Cuero Cabelludo

2. ALOPECIA CICATRICIAL SECUNDARIA

I. TRAUMATISMOS Y LESIONES

- Quemaduras físicas, radiación, tracción severa, cirugía/accidentes

II. INFECCIONES

- Micóticas
- Bacterianas
- Virales

III. CONDICIONES INFLAMATORIAS

- Esclerodermia Localizada
- Sarcoidosis
- Psoriasis

IV. NEOPLASIAS

- Carcinoma Basocelular
- Carcinoma Espinocelular
- Enfermedad metastásica

SPECIAL REPORT

Summary of North American Hair Research Society (NAHRS)–sponsored Workshop on Cicatricial Alopecia, Duke University Medical Center, February 10 and 11, 2001

Elise A. Olsen, MD,^a Wilma F. Bergfeld, MD,^b George Cotsarelis, MD,^c Vera H. Price, MD,^d Jerry Shapiro, MD,^e Rodney Sinclair, MD,^f Alvin Solomon, MD,^g Leonard Sperling, MD,^h Kurt Stenn, MD,ⁱ David A. Whiting, MD,^j and the members of the Workshop on Cicatricial Alopecia* *Durham, North Carolina; Cleveland, Ohio; Philadelphia, Pennsylvania; San Francisco, California; Vancouver, British Columbia; Melbourne, Australia; Atlanta, Georgia; Bethesda, Maryland; Skillman, New Jersey; and Dallas, Texas*

- Esta clasificación fue propuesta en la primera reunión de consenso de la Sociedad Americana de Investigación del Pelo (NAHRS).
- Ha ganado amplia aceptación y será la base de esta conferencia.

Linfocítica

- Lupus eritematoso cutáneo crónico
- Liquen planopilaris
- Liquen planopilaris clásico
- Alopecia frontal fibrosante
- Liquen planopilar en patrón de distribución
- Liquen planopilar en patrón difuso
- Síndrome de Graham–Little
- Pseudopélade (Brocq)
- Alopecia cicatricial centrífuga central
- Alopecia mucinosa
- Queratosis folicular espinulosa decalvans

Neutrofílica

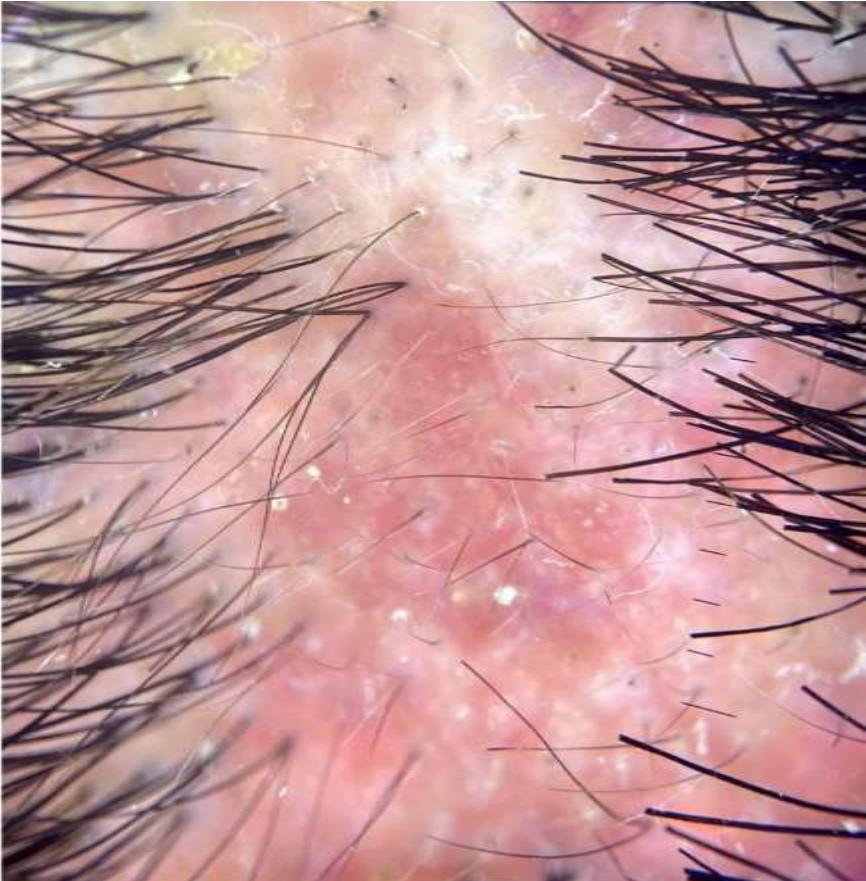
- Foliculitis decalvans
- Celulitis disecante

Mixta

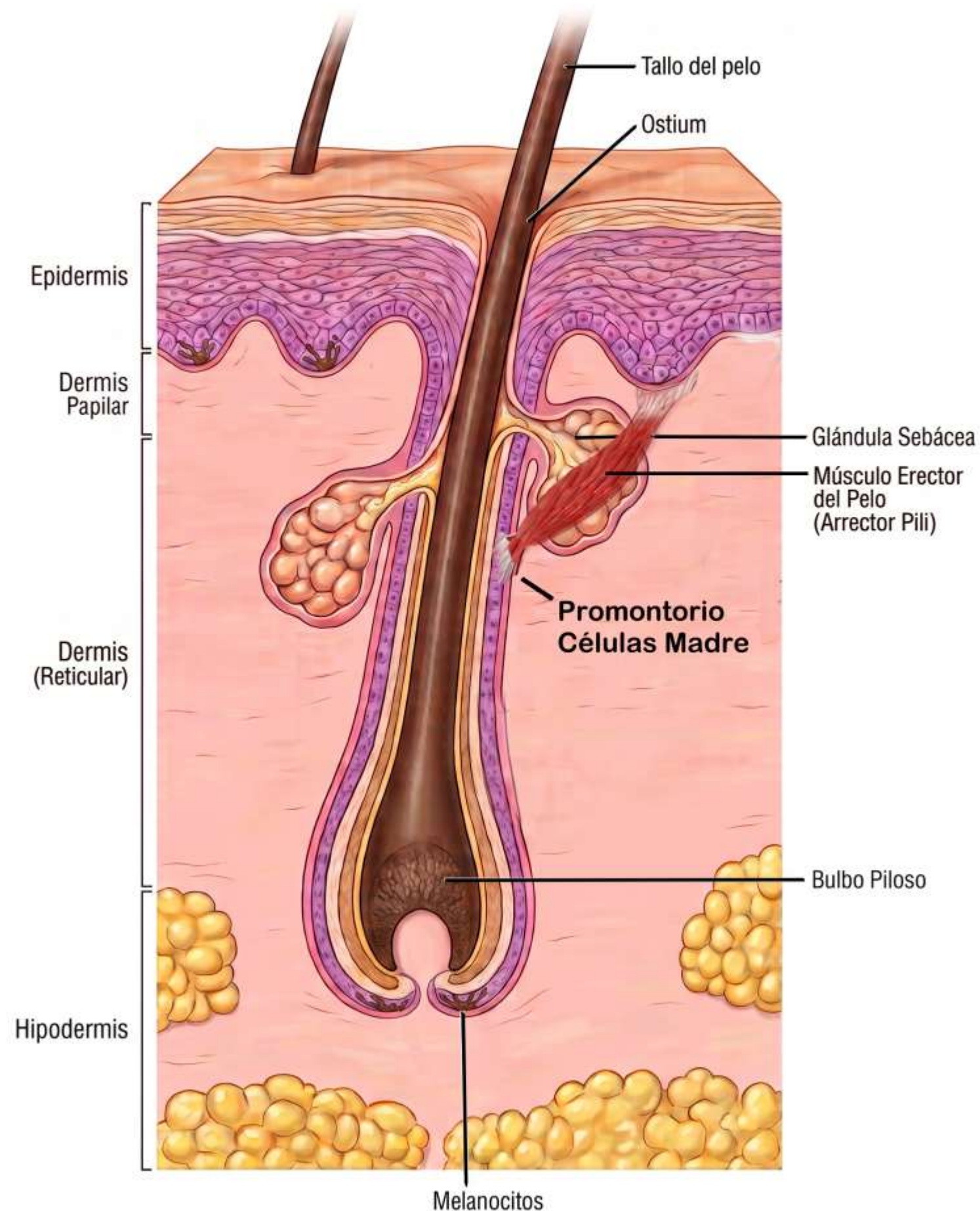
- Acné keloidalis
- Acné necrotica
- Dermatitis erosiva

No específico

ALOPECIAS CICATRICIALES

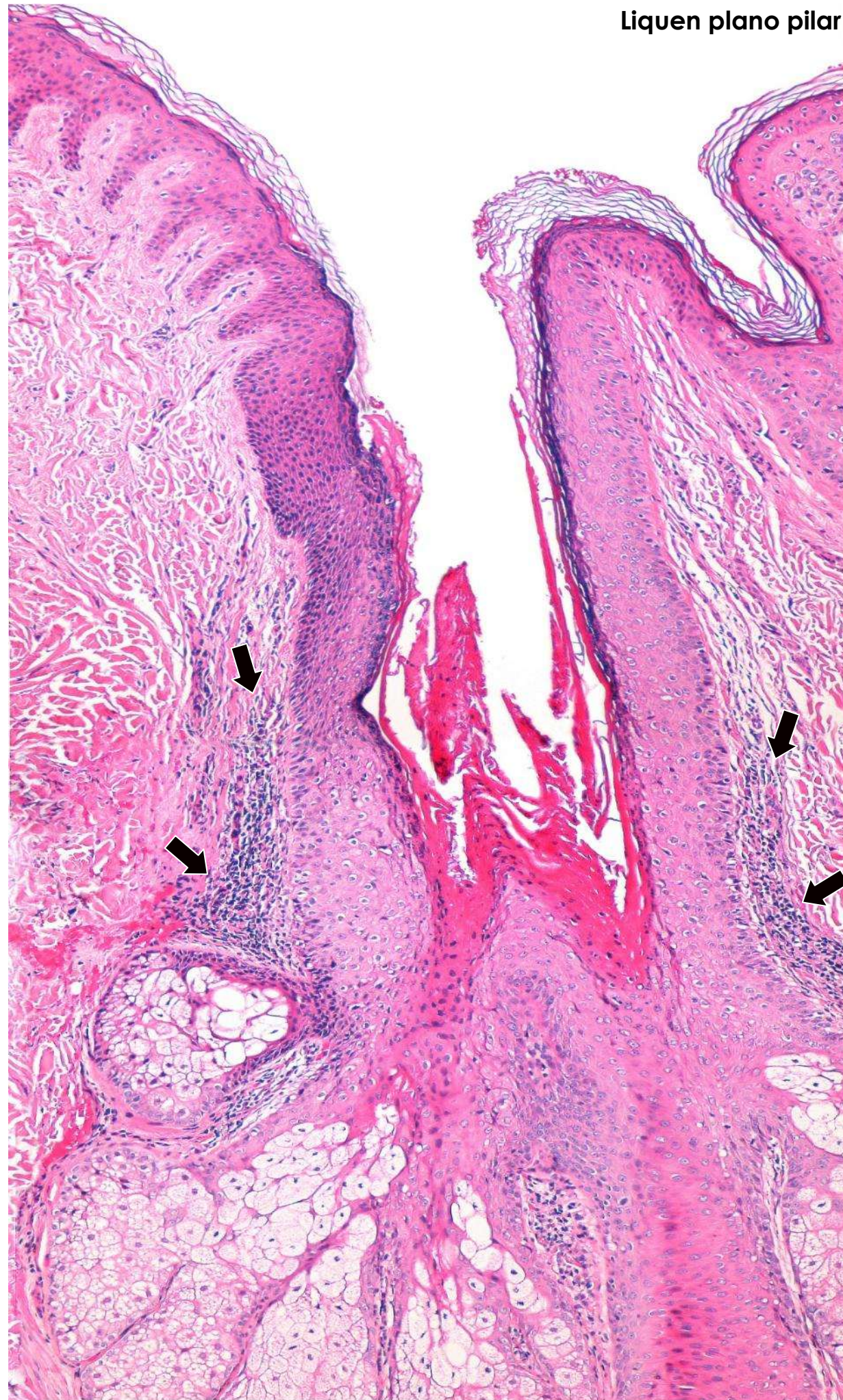


FOLÍCULO PILOSO HUMANO NORMAL: CORTE VERTICAL



PATOGÉNESIS

- La patogénesis de las AC apenas se ha comenzando a entender.
- El promontorio, el segmento del folículo piloso situado en la inserción del músculo erector, frecuentemente emerge como una diana crítica en la patogénesis de las AC.
- Esta región (➡) alberga las células madre y desempeña un papel crucial en el ciclo capilar.
- En la mayoría de las AC, la característica histológica distintiva es la dermatitis de interfaz concentrada en el istmo y el infundíbulo superior.
- Excepto en la celulitis disecante.



PATOGÉNESIS

- La patogénesis de las AC apenas se ha comenzando a entender.
- El promontorio, el segmento del folículo piloso situado en la inserción del músculo erector, frecuentemente emerge como una diana crítica en la patogénesis de las AC.
- Esta región (➡) alberga las células madre y desempeña un papel crucial en el ciclo capilar.
- En la mayoría de las AC, la característica histológica distintiva es la dermatitis de interfaz concentrada en el istmo y el infundíbulo superior.
- Excepto en la celulitis disecante.



PATOGENESIS

- La patogénesis de las AC apenas se ha comenzando a entender.
- El promontorio, el segmento del folículo piloso situado en la inserción del músculo erector, frecuentemente emerge como una diana crítica en la patogénesis de las AC.
- Esta región alberga las células madre y desempeña un papel crucial en el ciclo capilar.
- En la mayoría de las AC, la característica histológica distintiva es la dermatitis de interfaz concentrada en el istmo y el infundíbulo superior.

Excepto en la celulitis disecante

DIFERENCIAS

ENTRE LAS ALOPECIAS CICATRICIALES
LINFOCÍTICAS Y NEUTROFÍLICAS

Linfocítica

- Lupus eritematoso cutáneo crónico
- Liquen planopilaris
 - Liquen planopilaris clásico
 - Alopecia fibrosante frontal
 - Liquen planopilar en patrón de distribución
 - Liquen planopilar en patrón difuso
 - Síndrome de Graham–Little
- Pseudopélade (Brocq)
- Alopecia cicatricial centrífuga central
- Alopecia mucinosa
- Queratosis folicular espinulosa decalvans

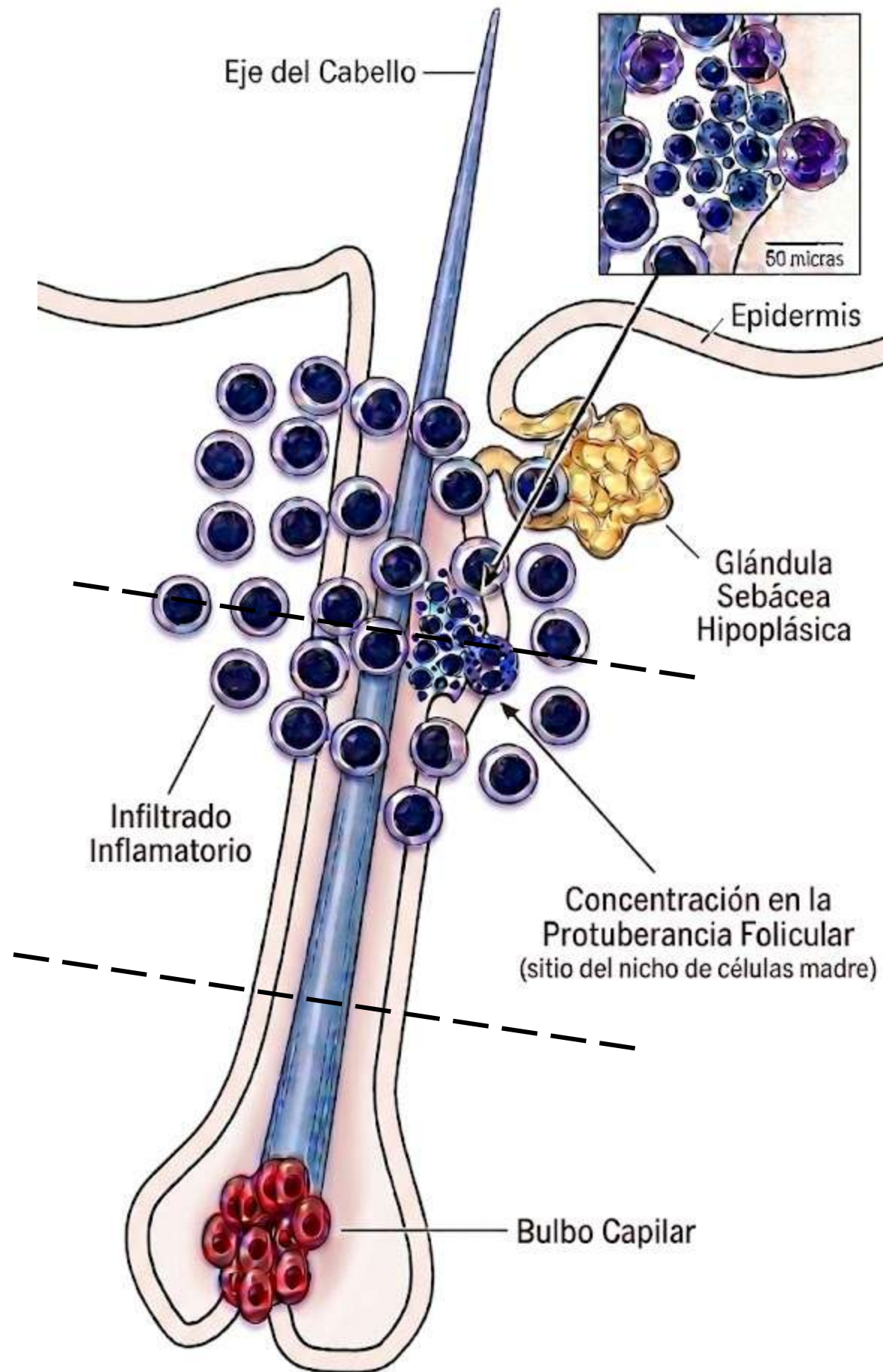
Neutrofílica

- Foliculitis decalvans
- Celulitis disecante

Mixta

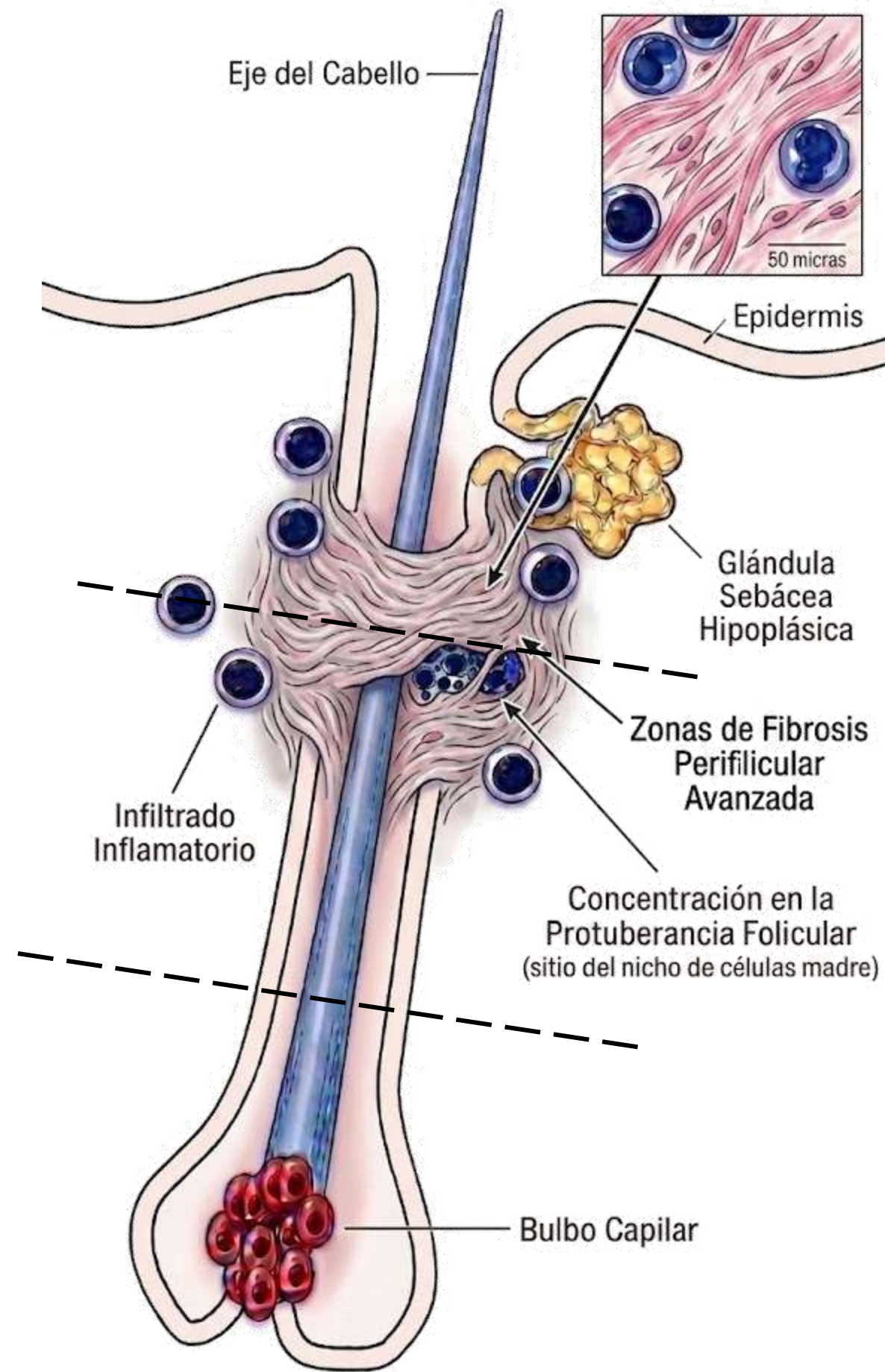
- Acné keloidalis
- Acné necrotica
- Dermatitis erosiva

No específico



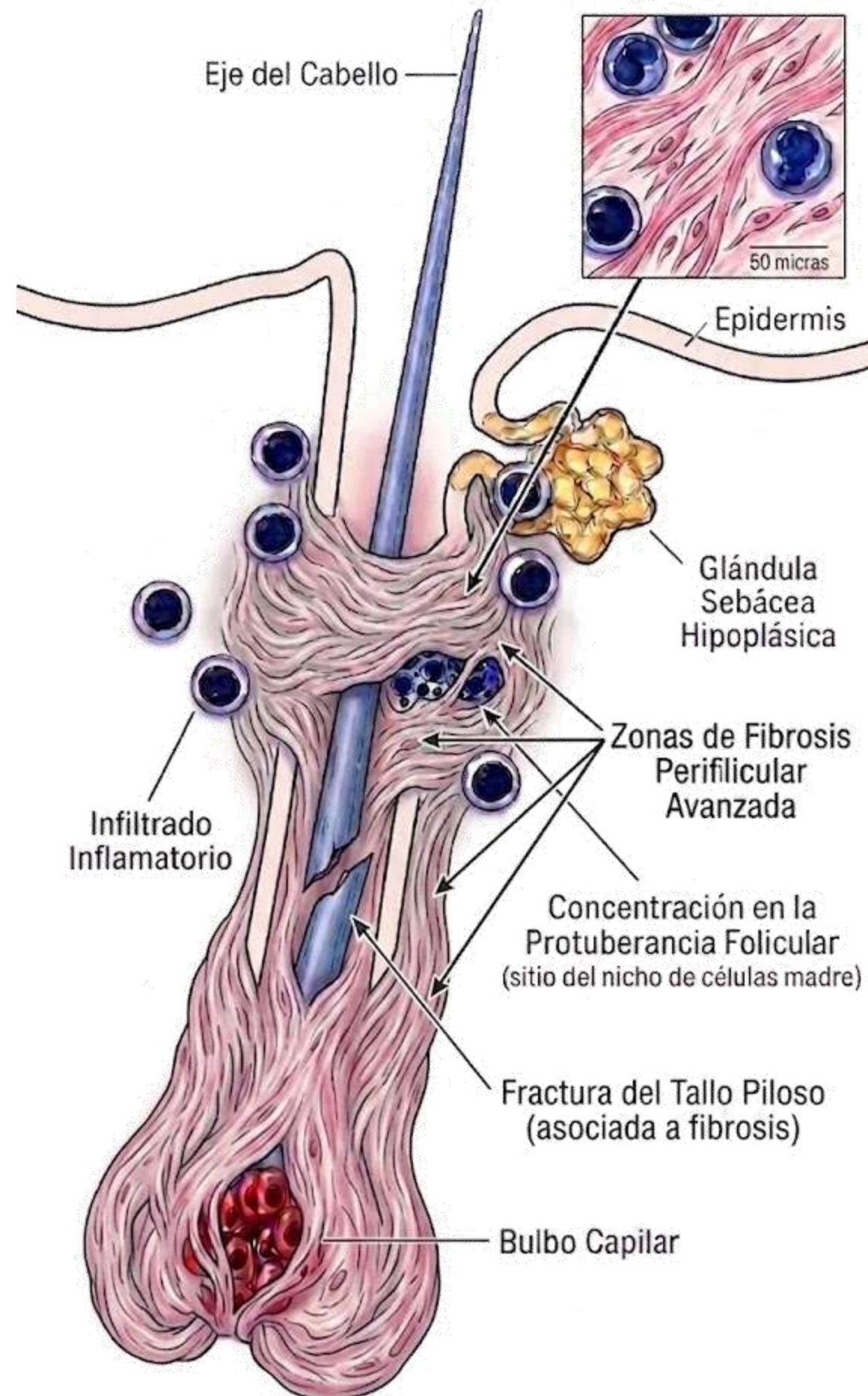
Linfocítica

- Lupus eritematoso cutáneo crónico
- Liquen planopilaris
 - Liquen planopilaris clásico
 - Alopecia fibrosante frontal
 - Liquen planopilar en patrón de distribución
 - Liquen planopilar en patrón difuso
 - Síndrome de Graham–Little
- Pseudopélade (Brocq)
- Alopecia cicatricial centrífuga central
- Alopecia mucinosa
- Queratosis folicular espinulosa decalvans



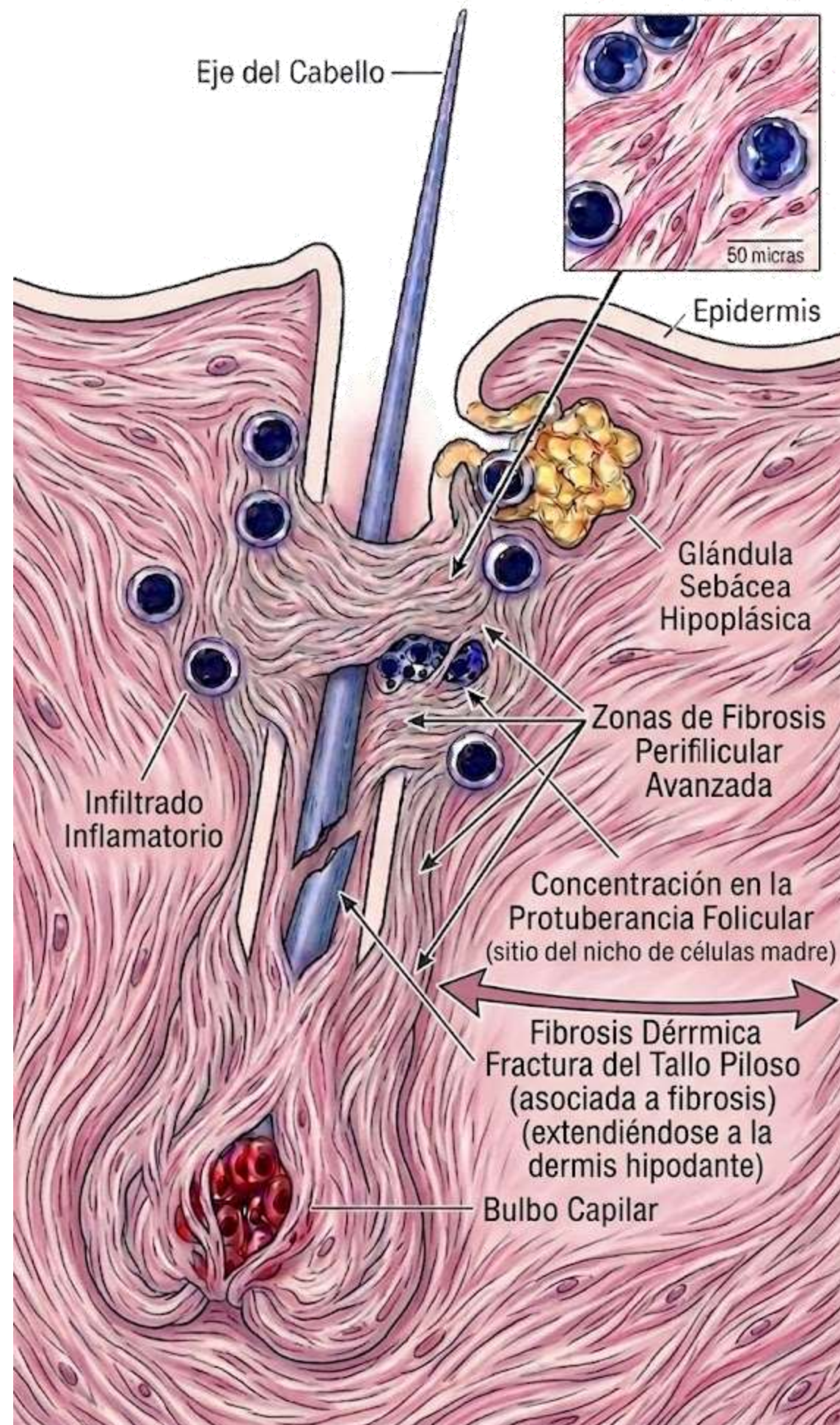
Linfocítica

- Lupus eritematoso cutáneo crónico
- Liqueen planopilaris
 - Liqueen planopilaris clásico
 - Alopecia fibrosante frontal
 - Liqueen planopilar en patrón de distribución
 - Liqueen planopilar en patrón difuso
 - Síndrome de Graham–Little
- Pseudopélade (Brocq)
- Alopecia cicatricial centrífuga central
- Alopecia mucinosa
- Queratosis folicular espinulosa decalvans



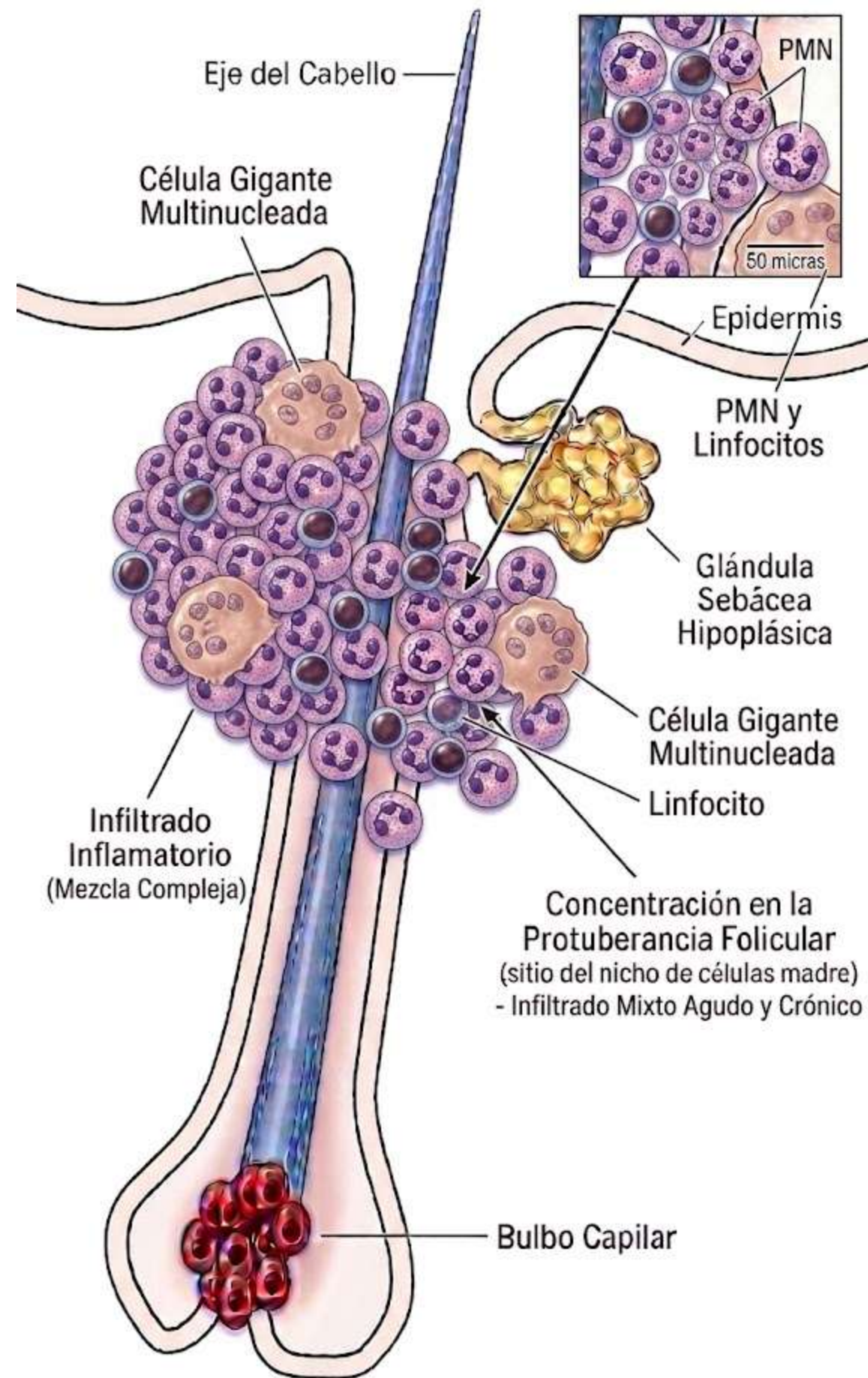
Linfocítica

- Lupus eritematoso cutáneo crónico
- Liquen planopilaris
 - Liquen planopilaris clásico
 - Alopecia fibrosante frontal
 - Liquen planopilar en patrón de distribución
 - Liquen planopilar en patrón difuso
 - Síndrome de Graham–Little
- Pseudopélade (Brocq)
- Alopecia cicatricial centrífuga central
- Alopecia mucinosa
- Queratosis folicular espinulosa decalvans



Linfocítica

- Lupus eritematoso cutáneo crónico
- Liquen planopilaris
 - Liquen planopilaris clásico
 - Alopecia fibrosante frontal
 - Liquen planopilar en patrón de distribución
 - Liquen planopilar en patrón difuso
 - Síndrome de Graham–Little
- Pseudopélade (Brocq)
- Alopecia cicatricial centrífuga central
- Alopecia mucinosa
- Queratosis folicular espinulosa decalvans

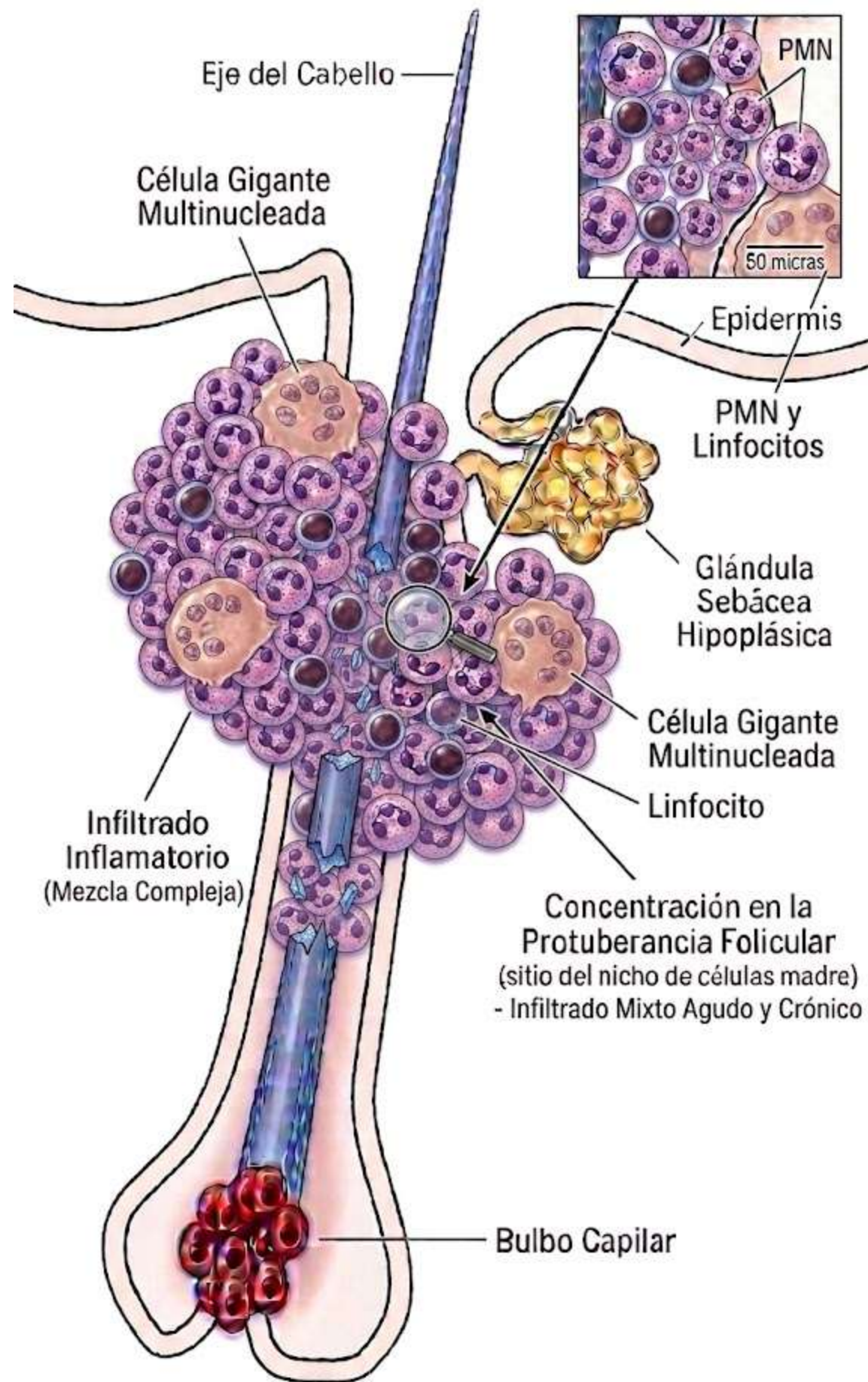


Neutrofílica

- Foliculitis decalvans
- Celulitis disecante

Mixta

- Acné keloidalis
- Acné necrotica
- Dermatitis erosiva



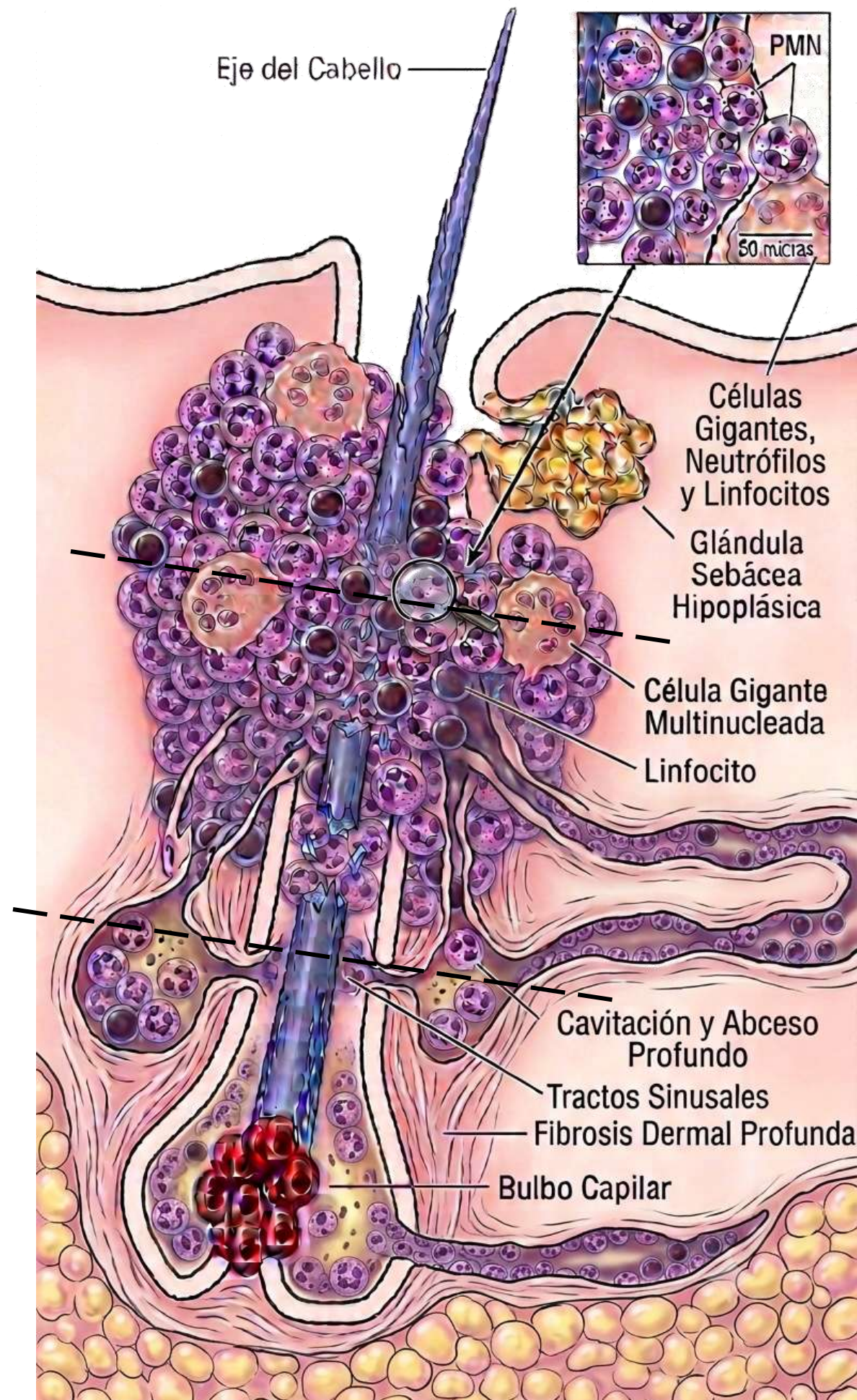
05 Alopecias cicatriciales mixtas y neutrofílicas

Neutrofílica

- Foliculitis decalvans
- Celulitis disecante

Mixta

- Acné keloidalis
- Acné necrotica
- Dermatitis erosiva



05 Alopecias cicatriciales mixtas y neutrofílicas

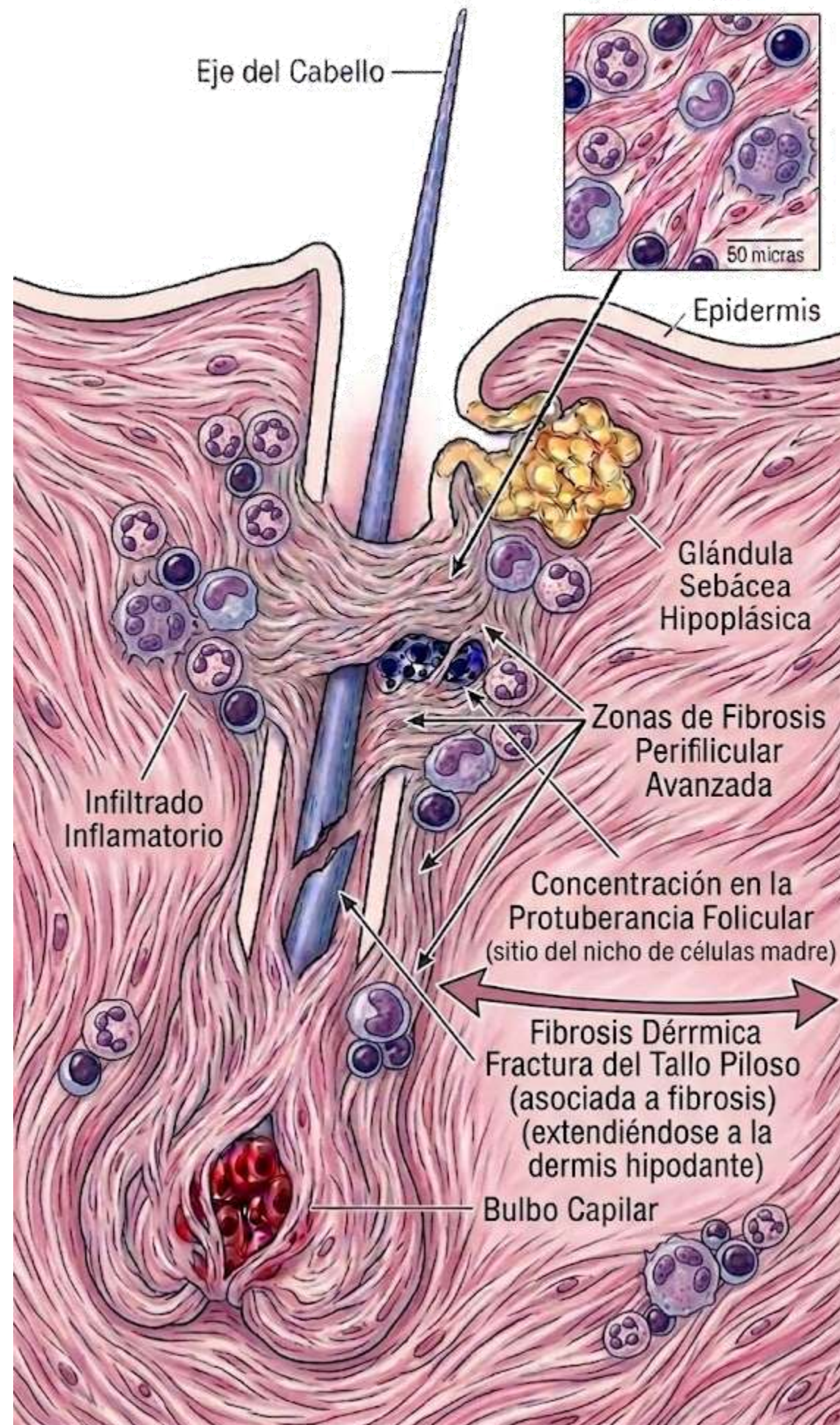
Neutrofílica

- Foliculitis decalvans
- Celulitis disecante

Mixta

- Acné keloidalis
- Acné necrotica
- Dermatitis erosiva

05 Alopecias cicatriciales mixtas y neutrofílicas



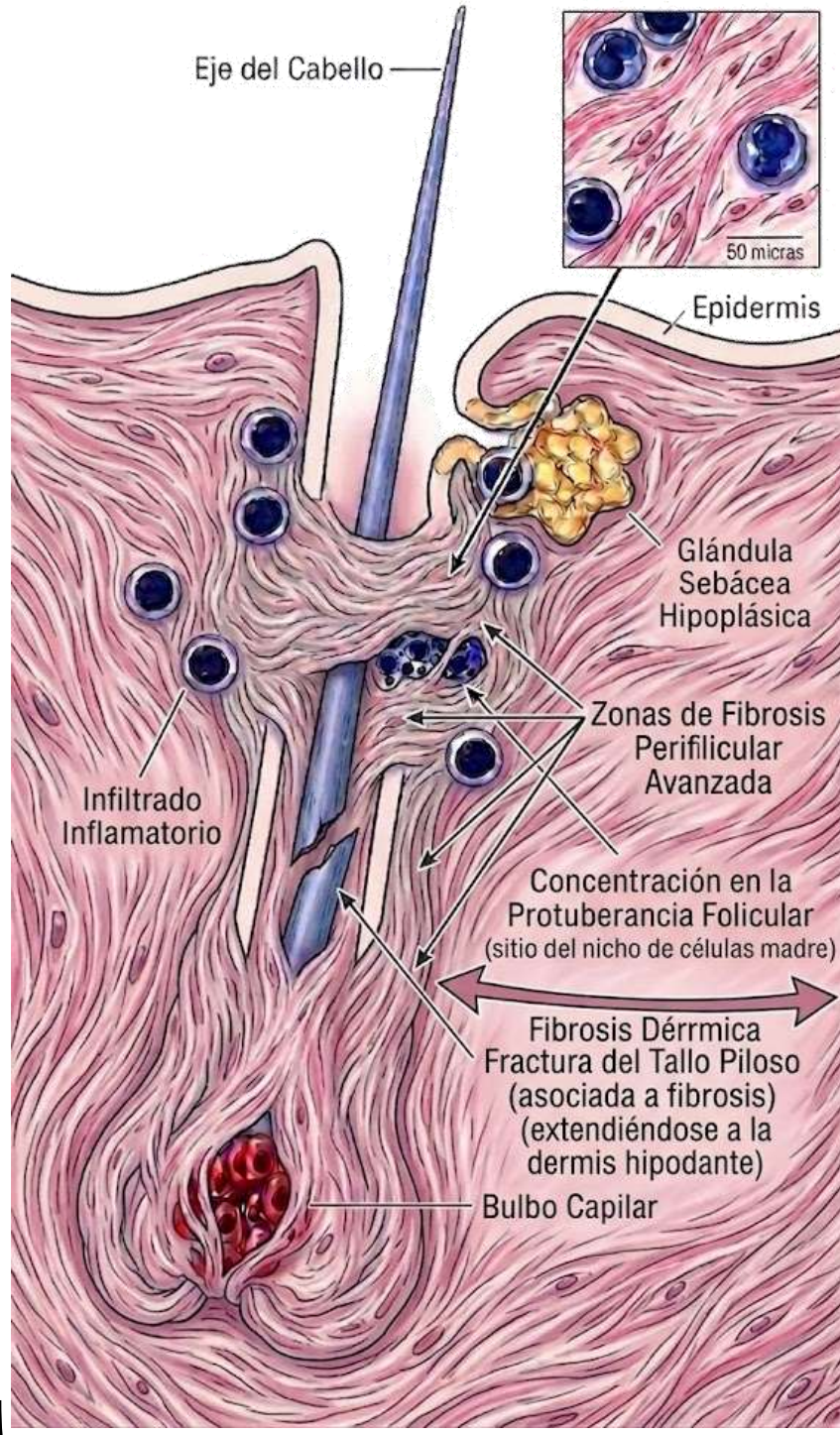
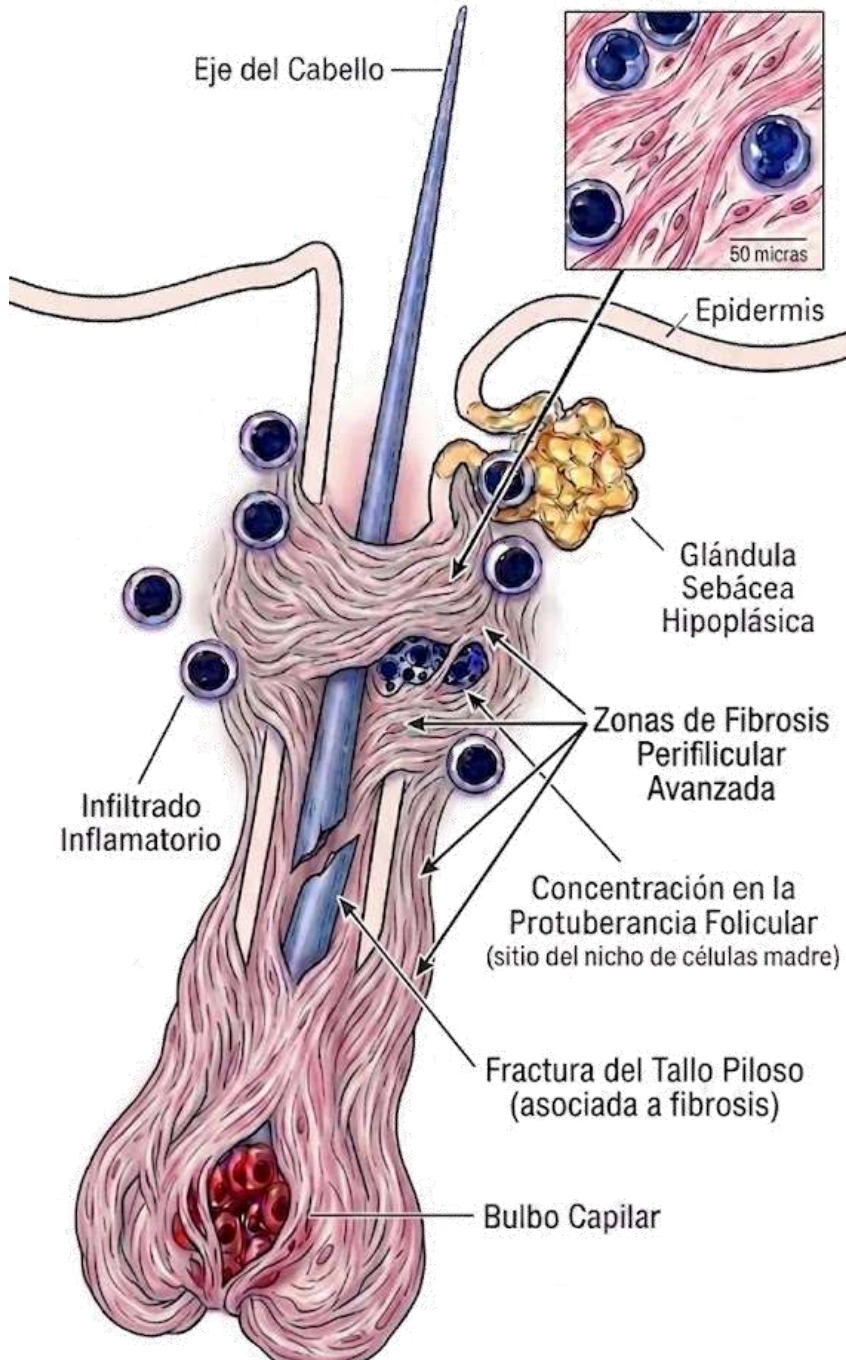
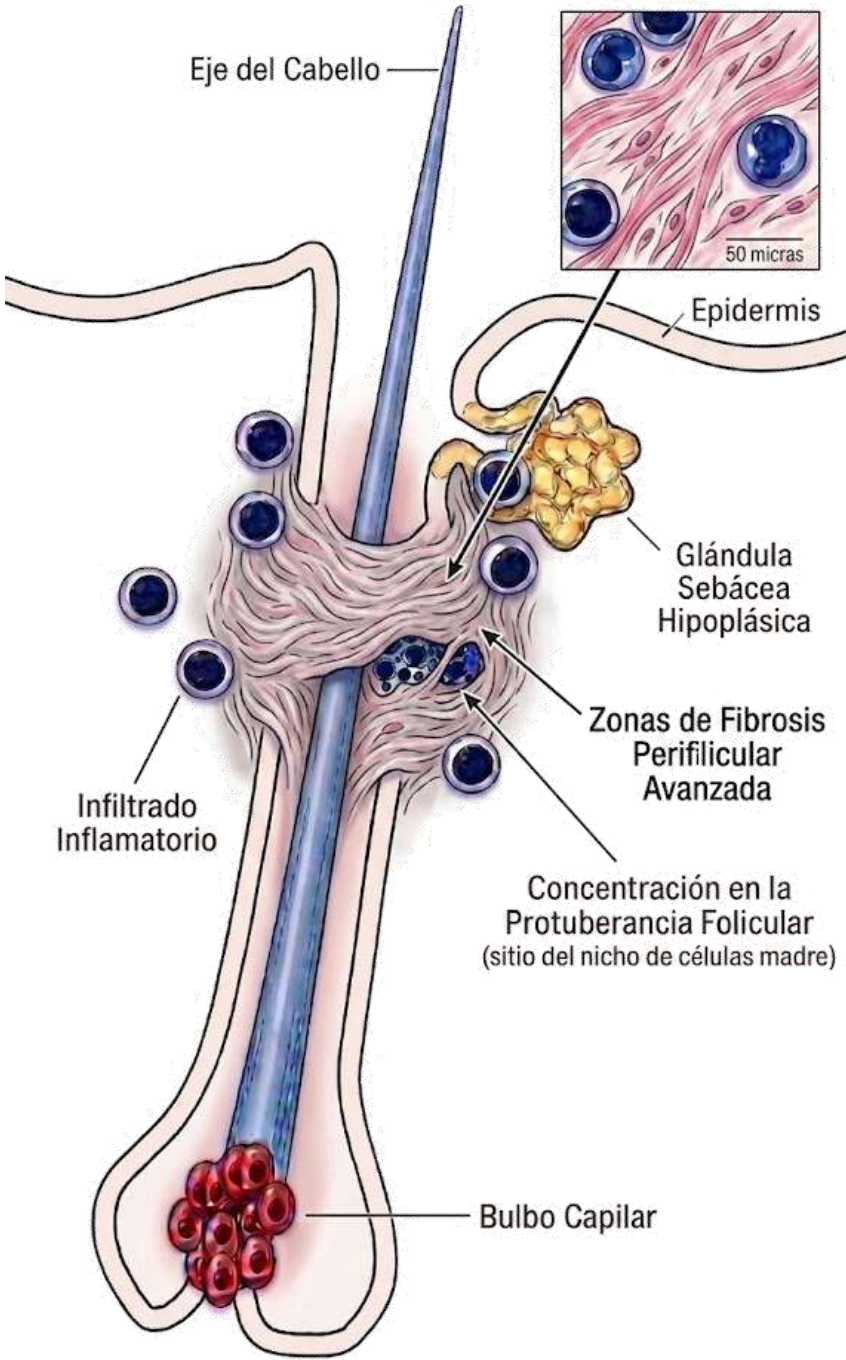
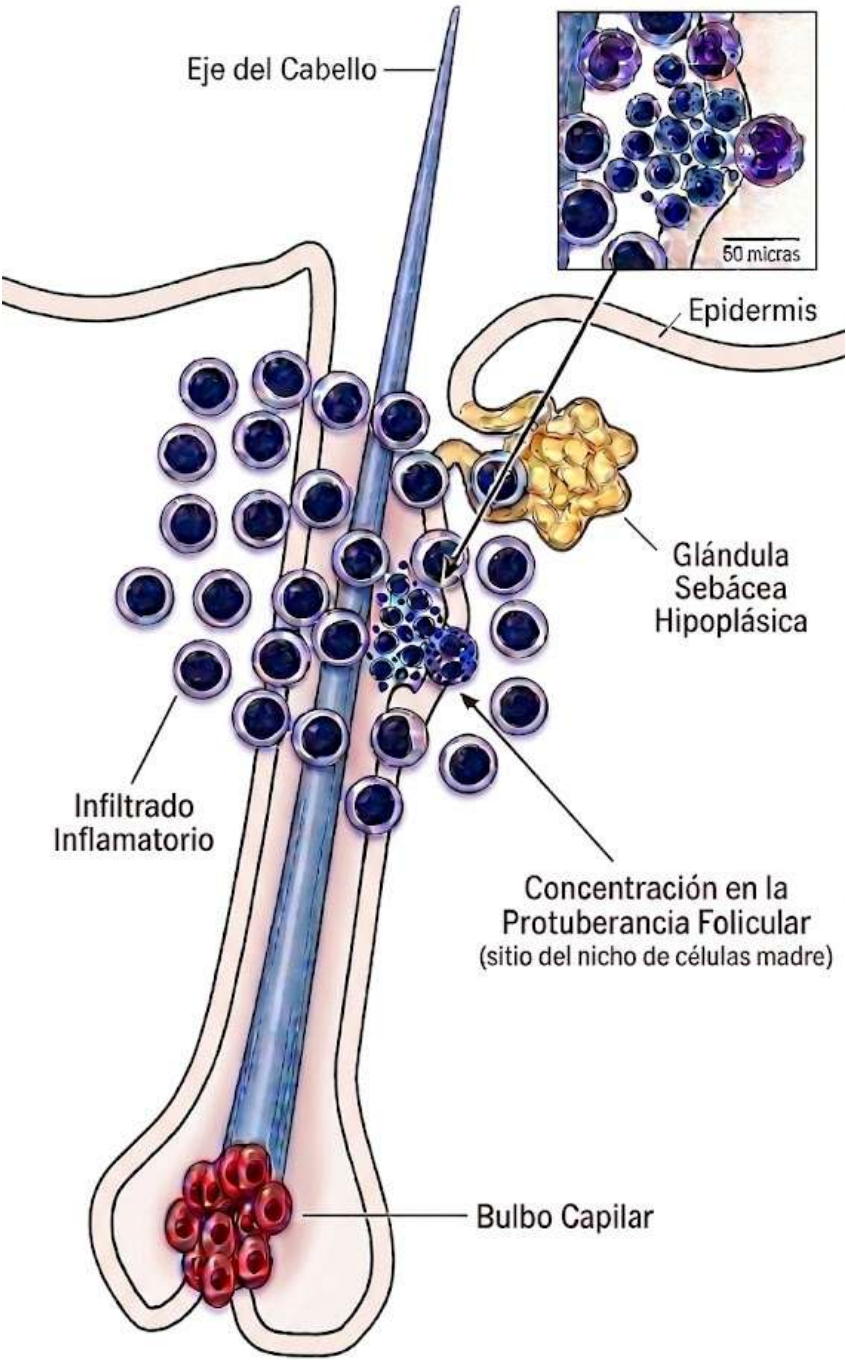
Neutrofílica

- Foliculitis decalvans
- Celulitis disecante

Mixta

- Acné keloidalis
- Acné necrotica
- Dermatitis erosiva

Alopecias Cicatriciales Linfocíticas



LED

LPP

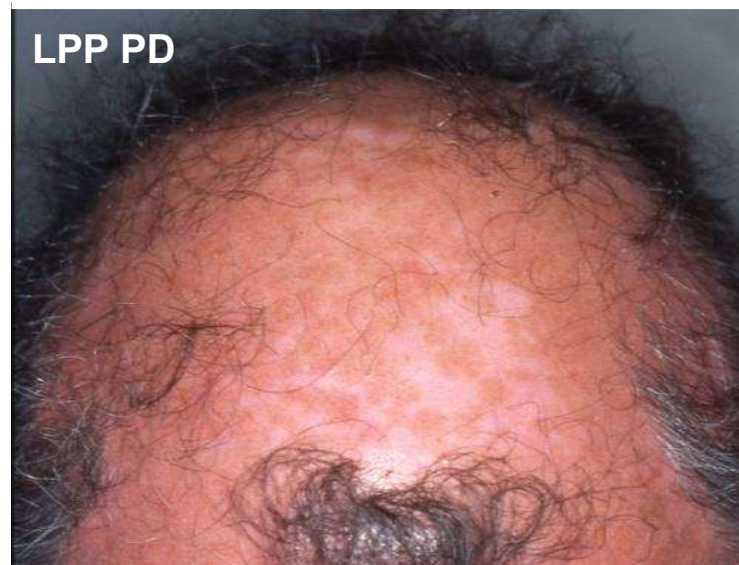


LÍQUEN PLANOPILAR / ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE (LPP / AFF)



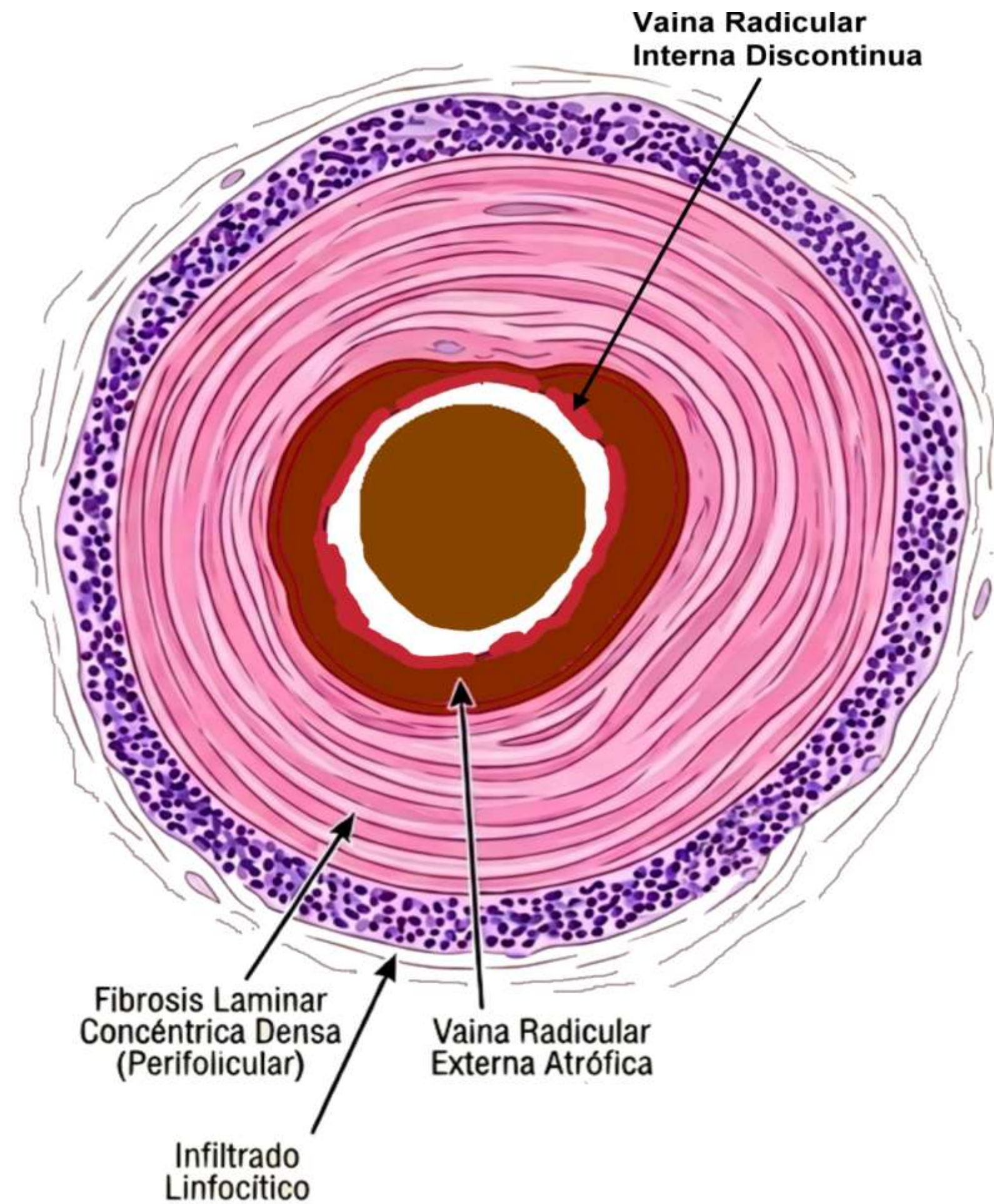
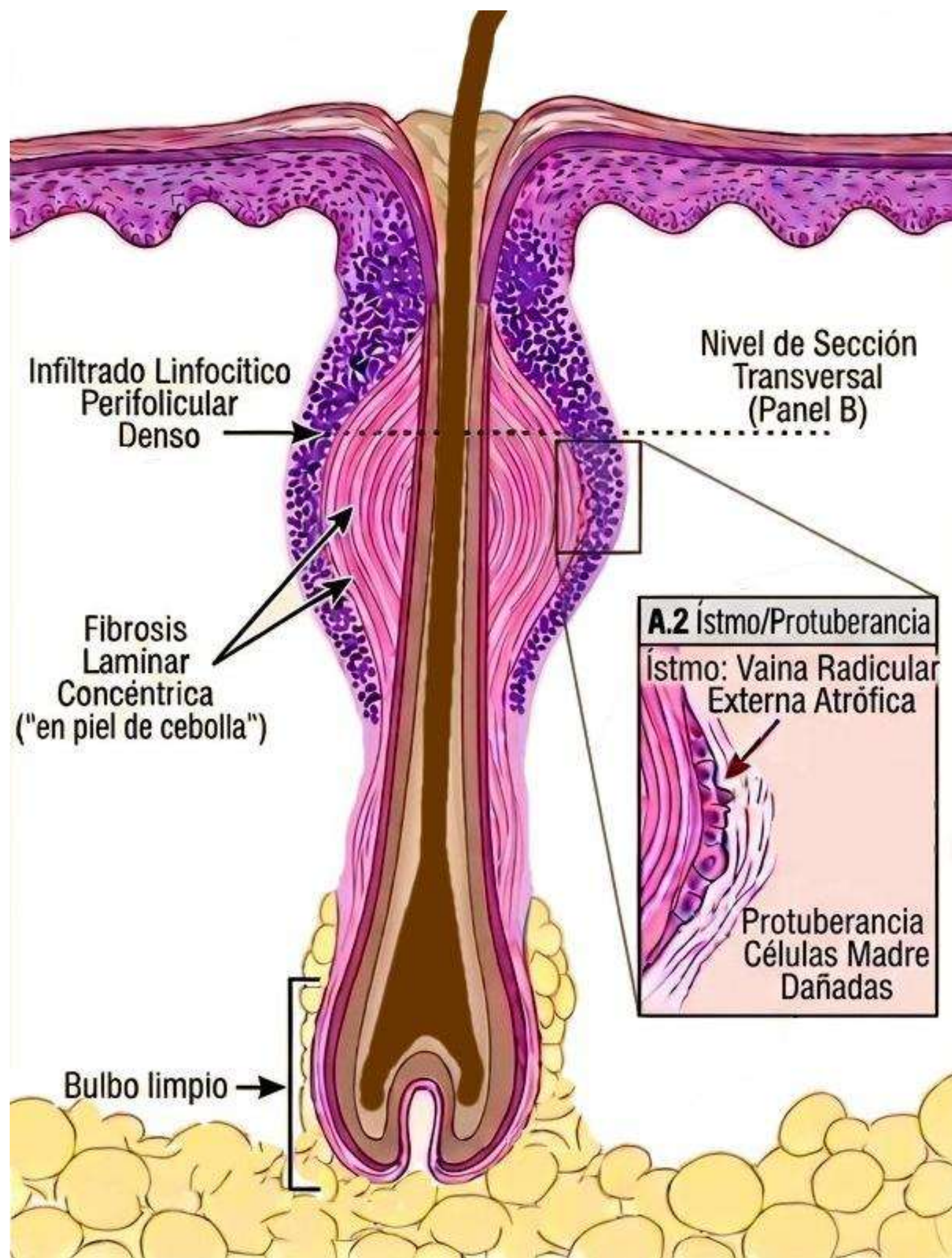
45 CONGRESO
COLOMBIANO
DE **PATOLOGÍA**
CIENCIA  TRANSFORMA,
RAÍCES  SOSTIENEN

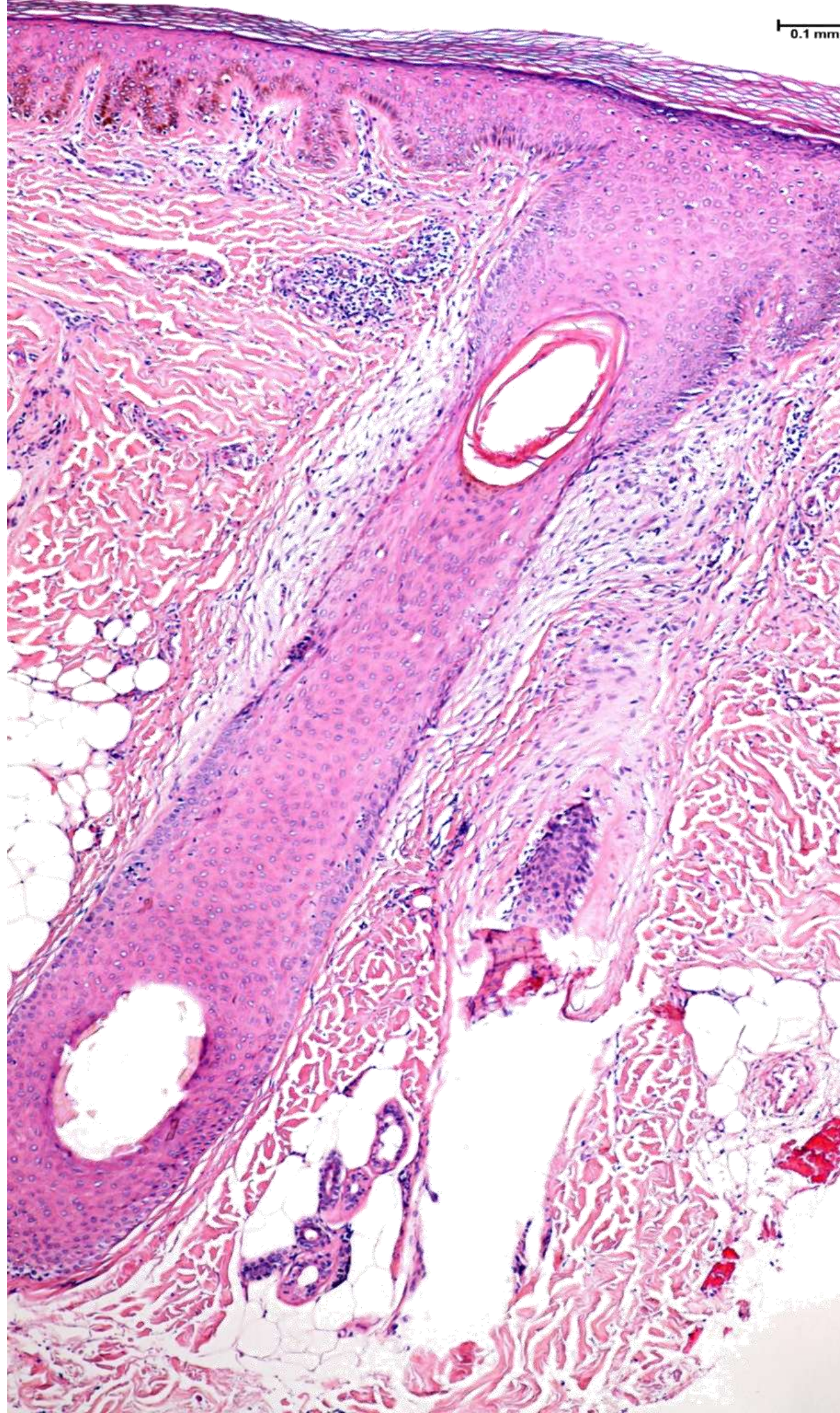
Cali, Colombia
2026



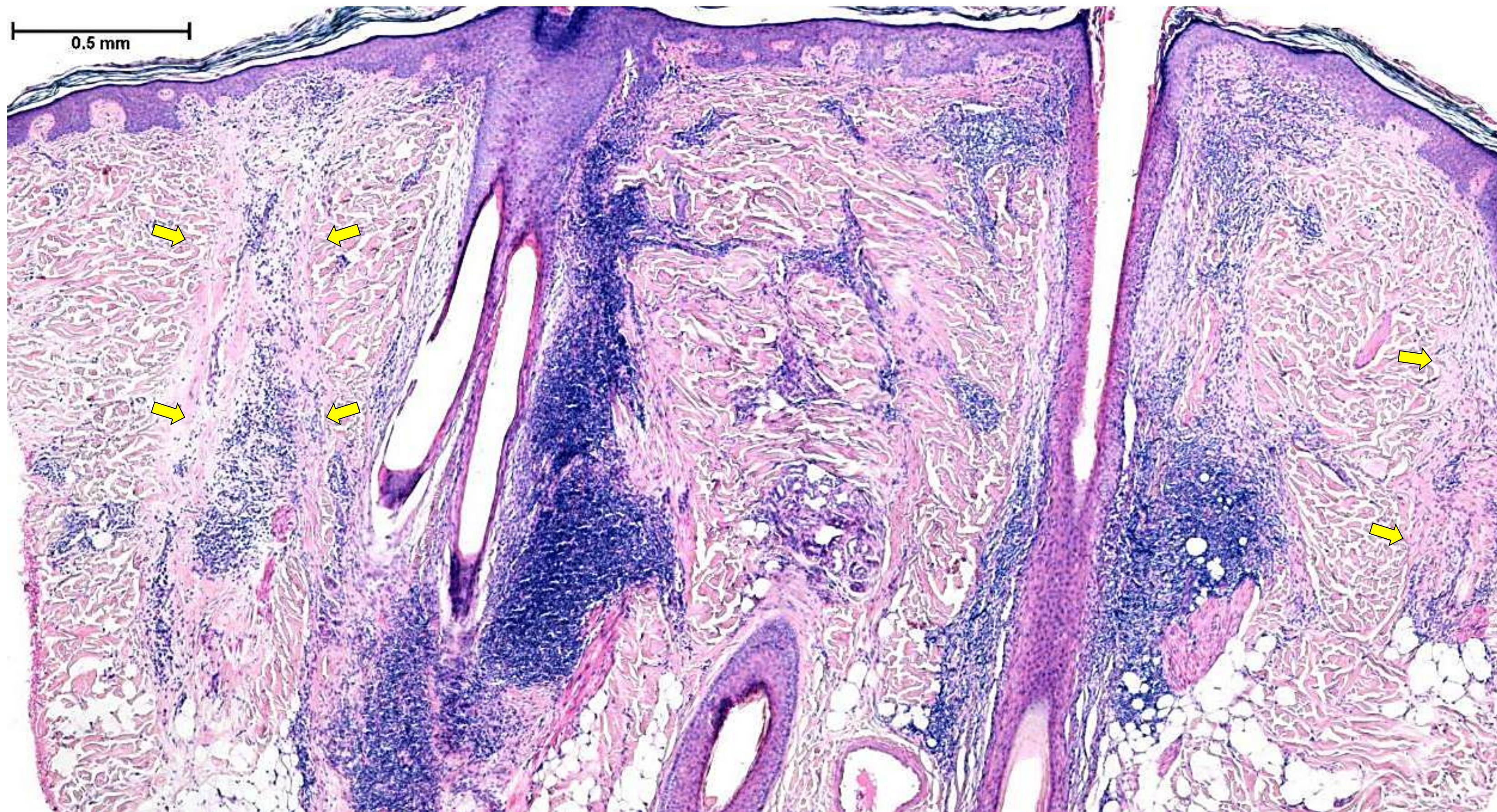
LPP es una forma muy particular de LP
El infiltrado inflamatorio está muy localizado, así como la actividad fibrogénica
Existen múltiples presentaciones clínicas, todas muy similares en su cuadro histológico.

1. Liquen plano pilar clásico
2. Alopecia frontal fibrosante
3. Liquen plano en patrón de distribución androgenético
4. Liquen plano difuso
5. Liquen plano pilar patrón difuso
6. Síndrome de Graham-Little
 - a) Alopecia cicatricial del cuero cabelludo,
 - b) Alopecia no cicatricial en axila y pubis
 - c) Pápulas liquenoides en tronco y extremidades



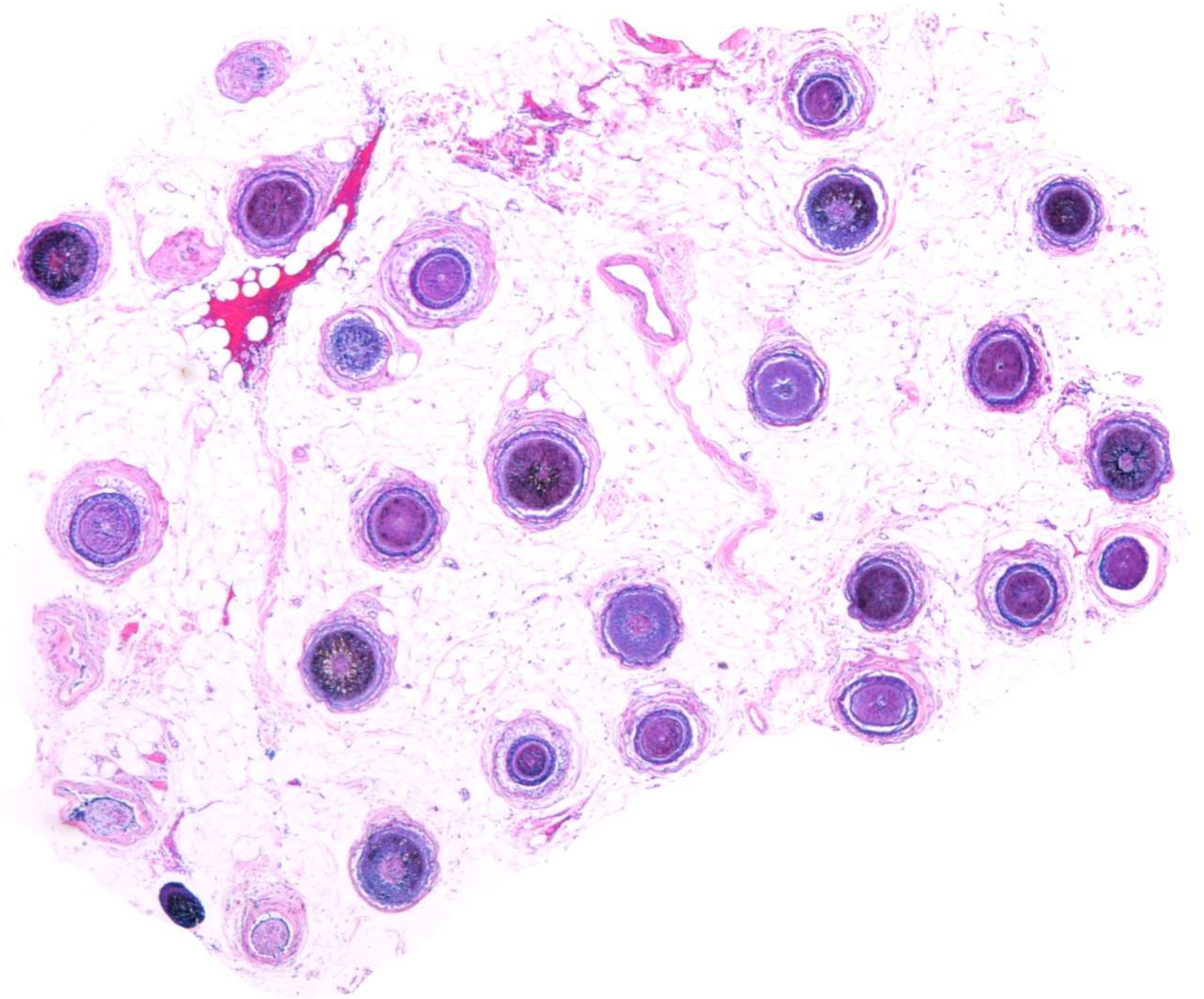
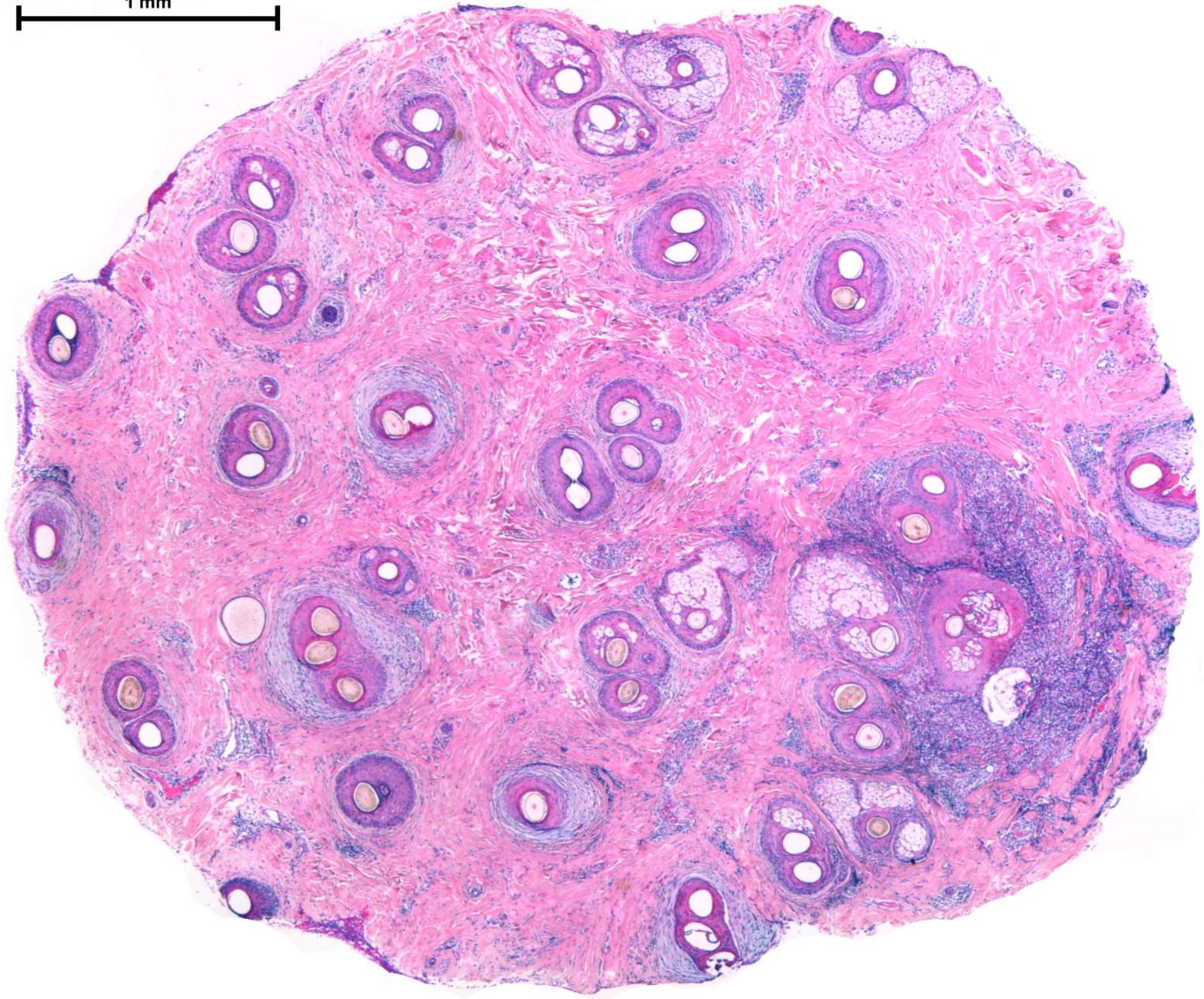


- Inicialmente el infiltrado inflamatorio y la fibrosis se limitan al folículo y a la dermis adventicial.
- **NO** hay compromiso del bulbo piloso ni de la epidermis.
- Hay pérdida de glándulas sebáceas
- La politrichia **NO** es un hallazgo importante. Hay fusión de dos (rara vez 3-4) infundíbulos.
- Generalmente los folículos **NO** se rompen, no hay salida de material desde el interior del folículo hacia la dermis, y normalmente falta una reacción granulomatosa prominente
- **NO** hay mucina intersticial, pero si perianexial. Tampoco hay compromiso periecrino o un infiltrado inflamatorio perivascular significativo

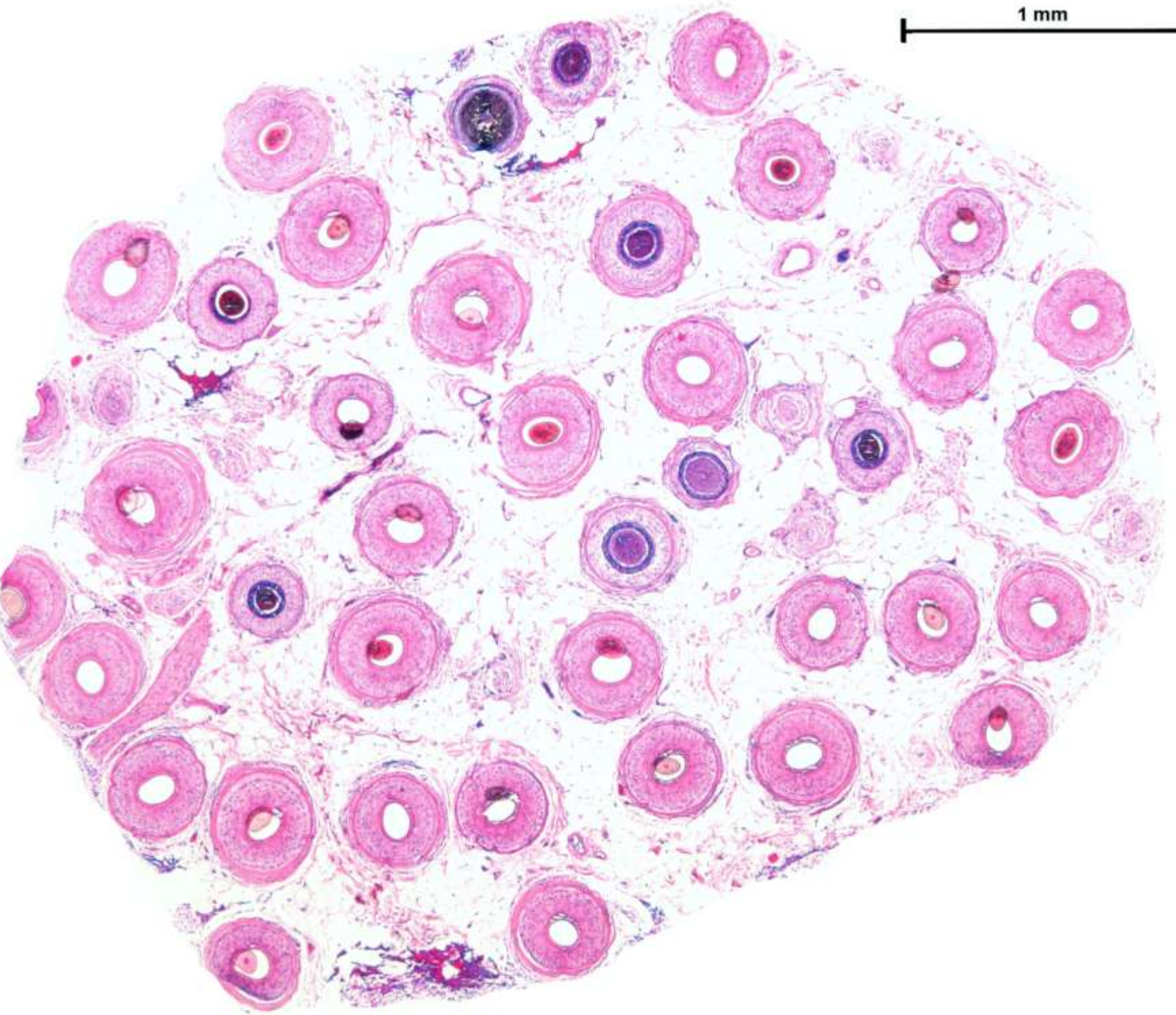
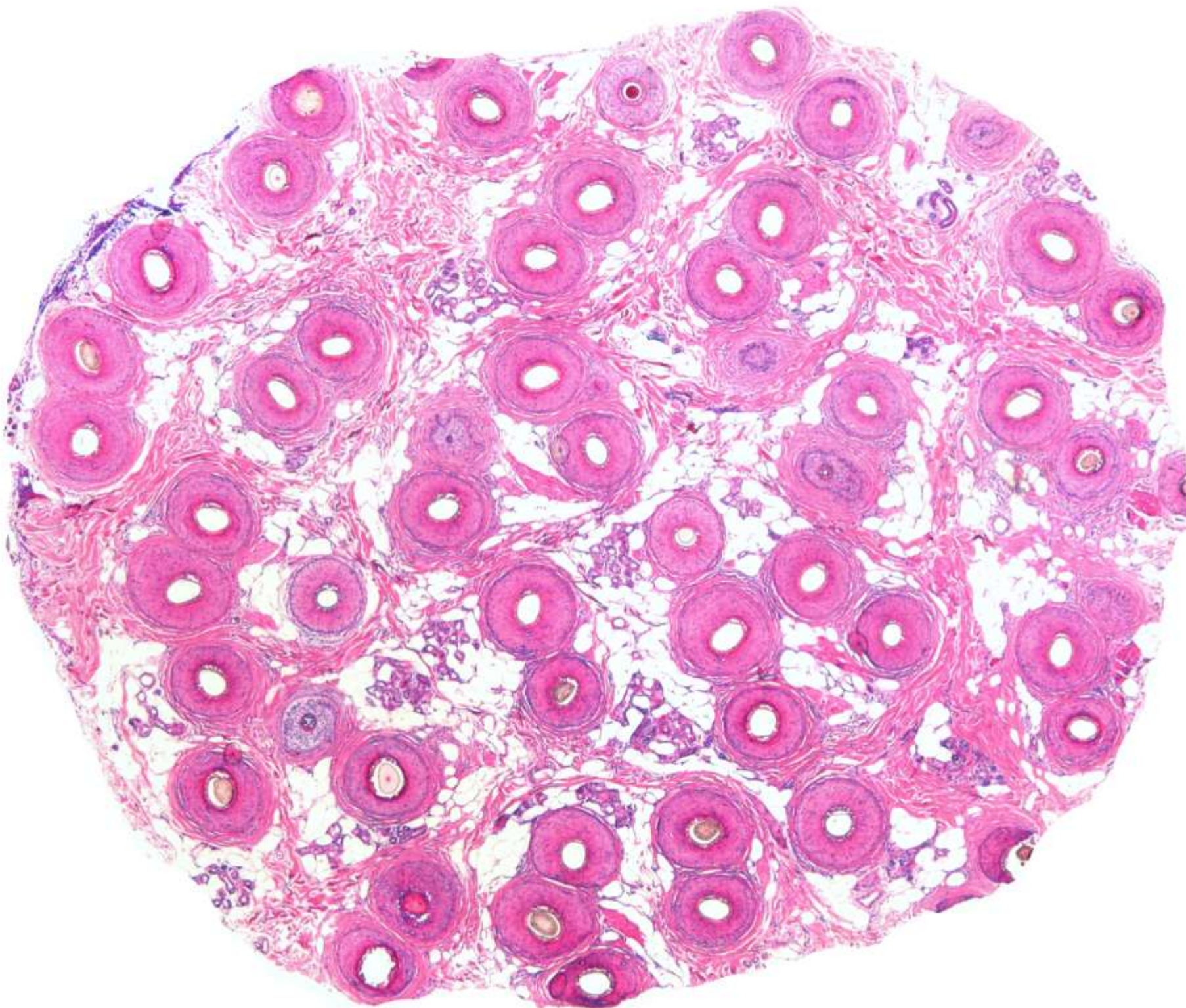


- Cicatriz follicular (➡)

1 mm

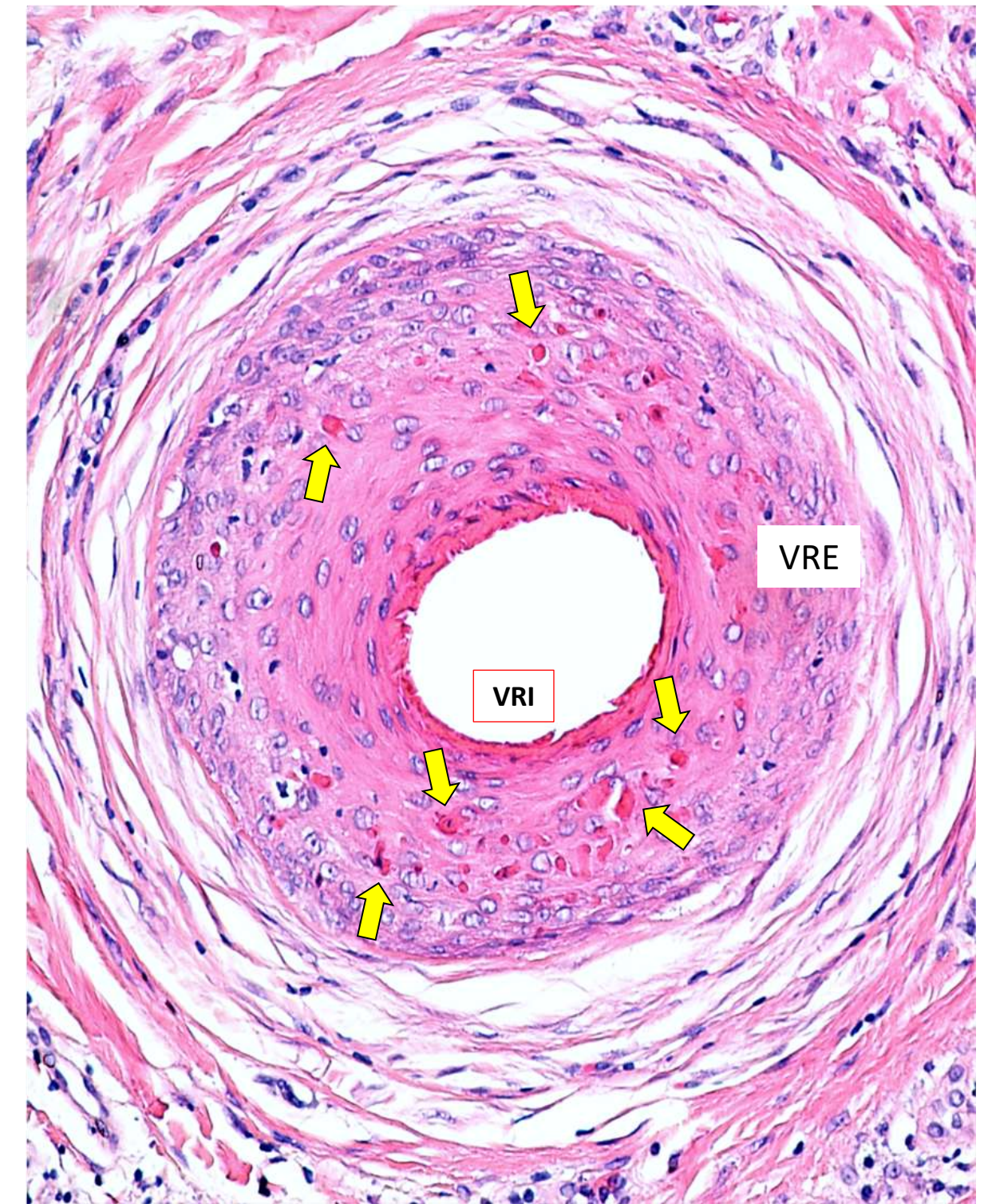
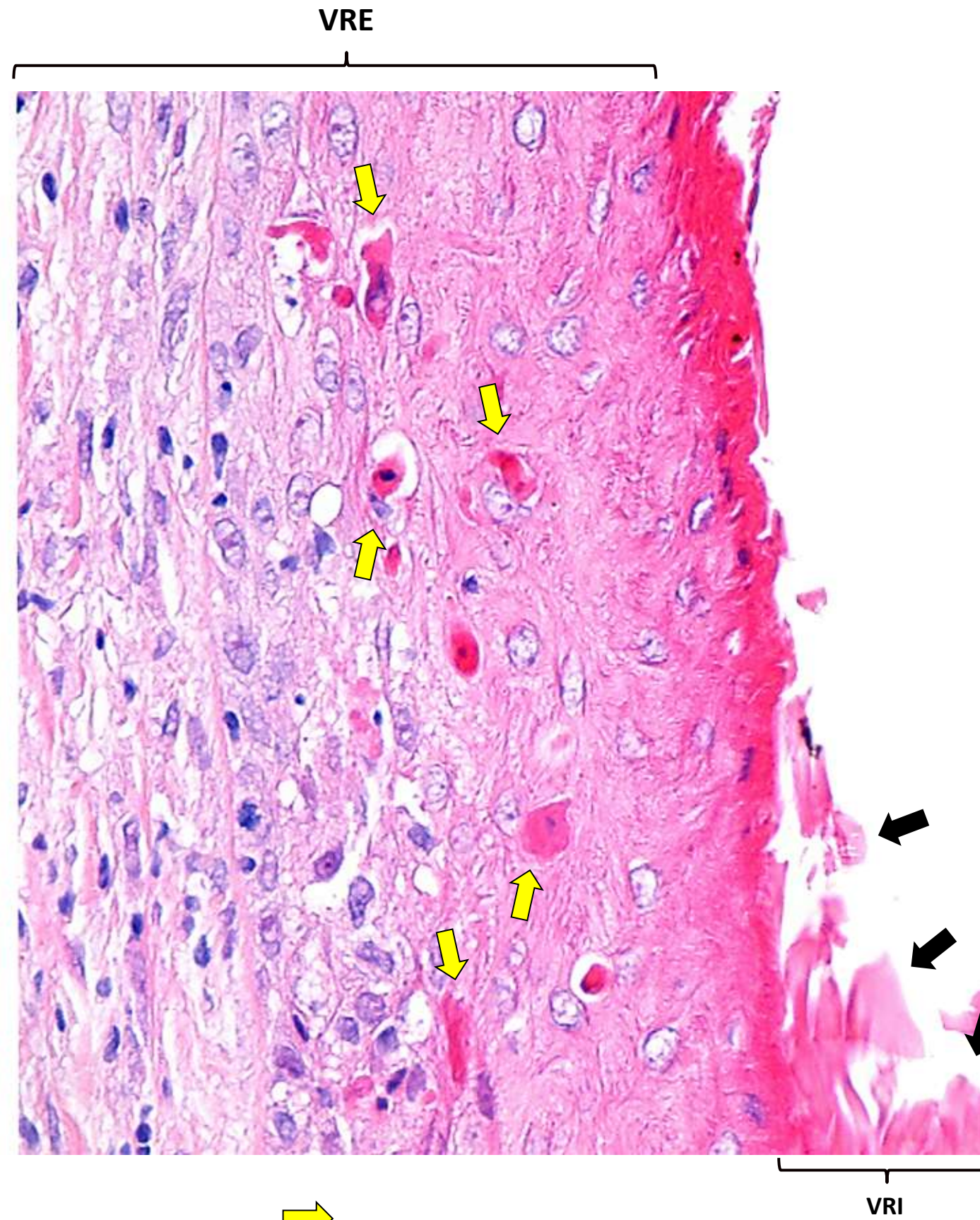
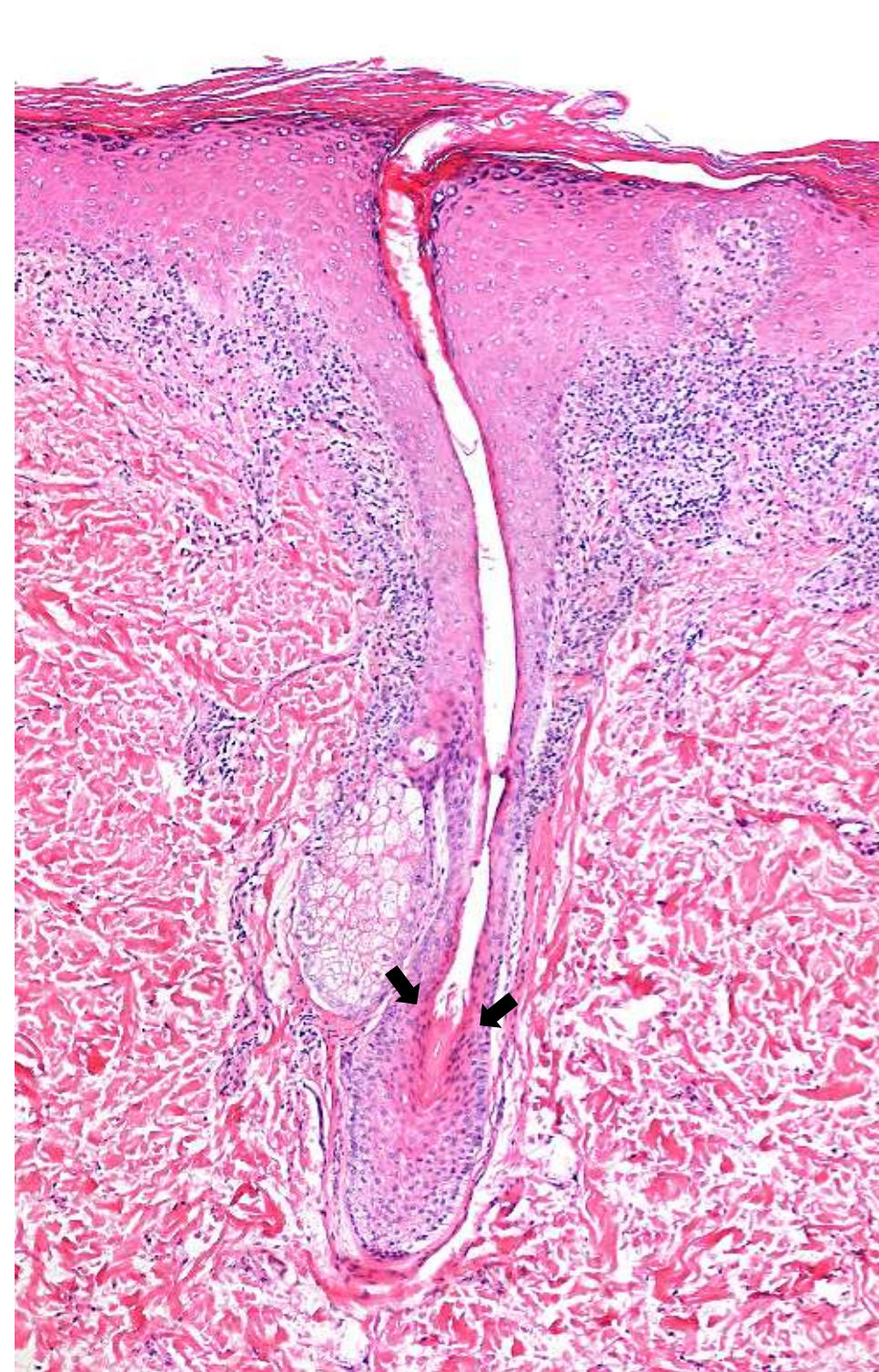


1 mm



1 mm

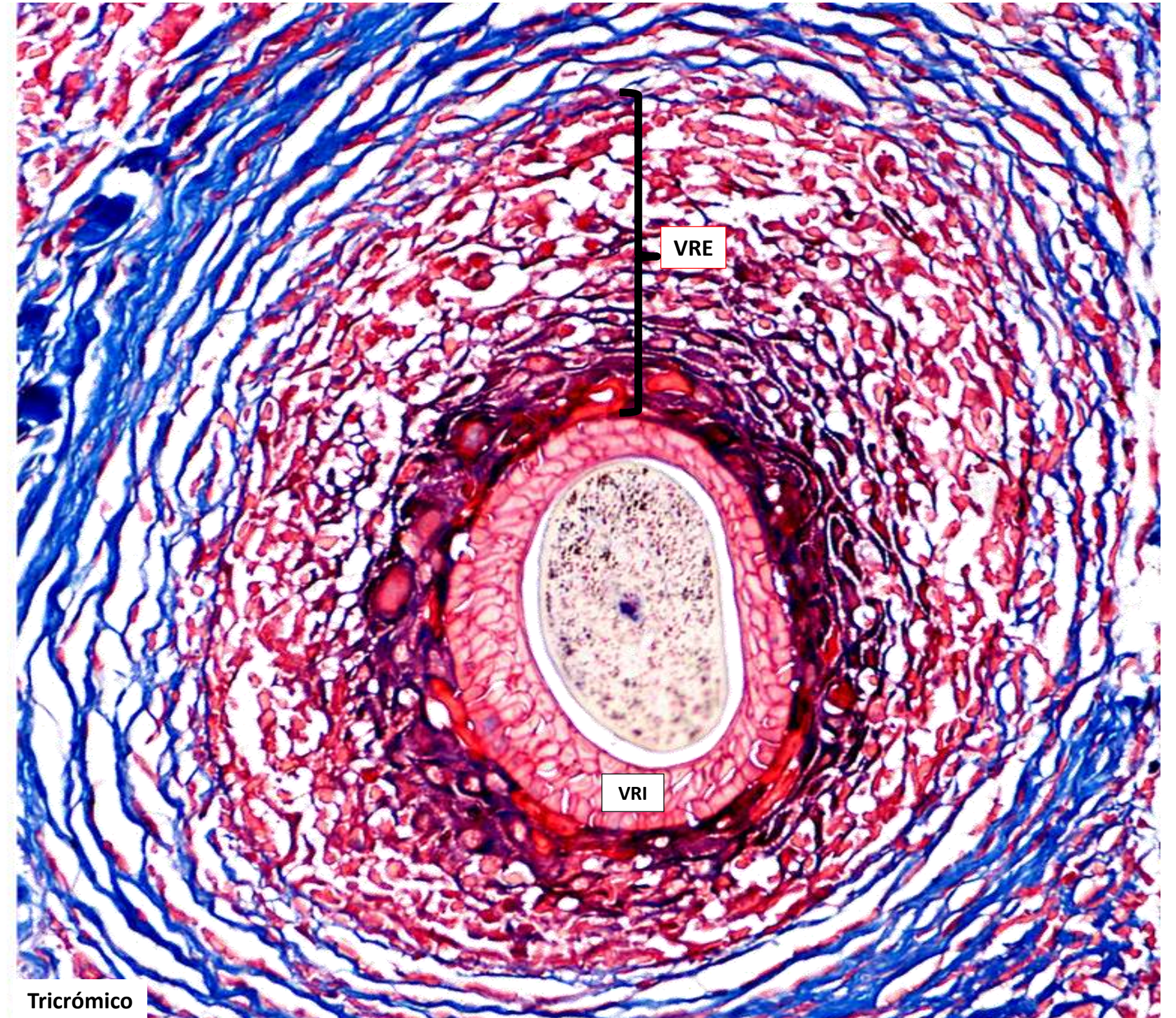
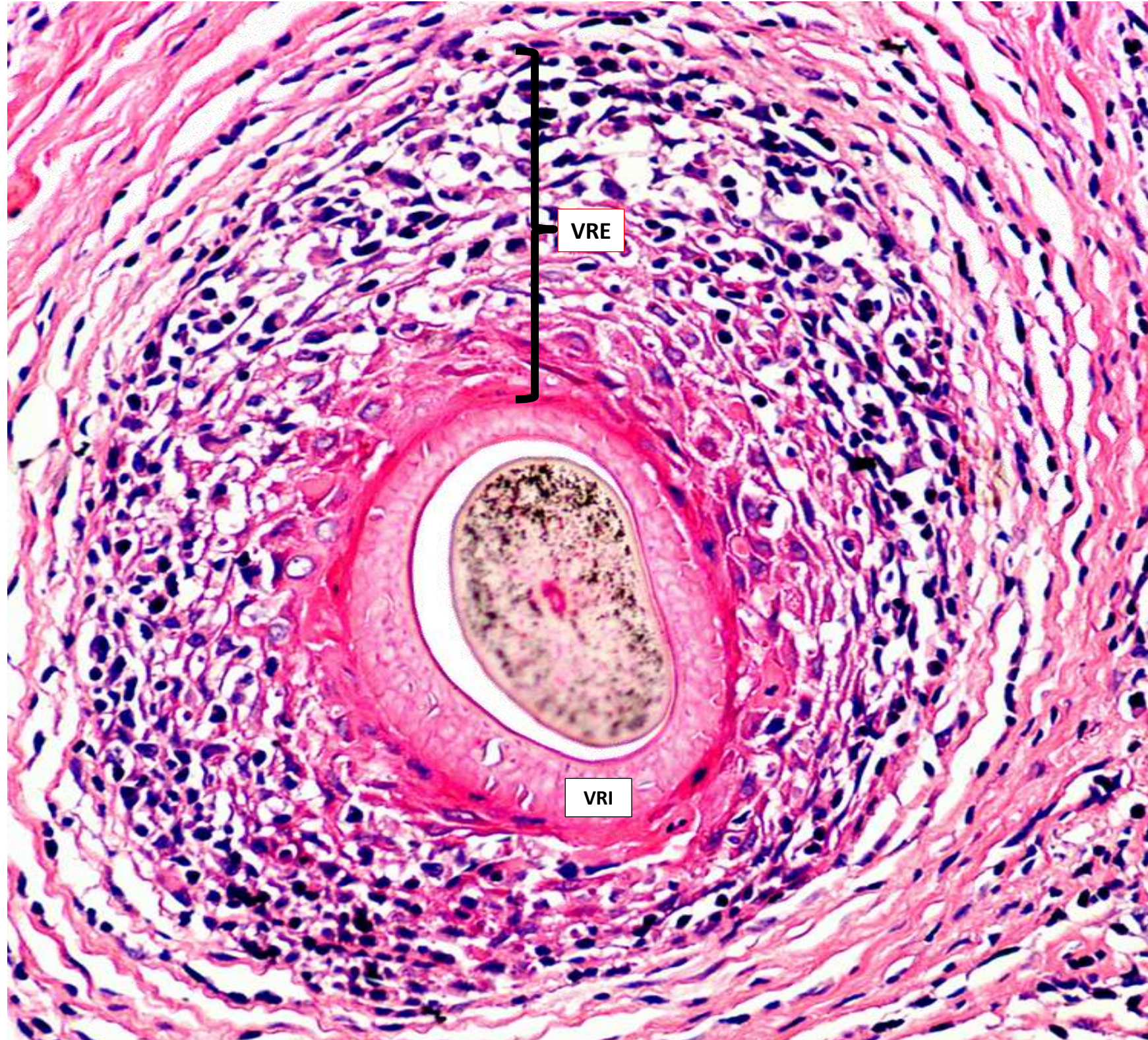
Fase Inicial



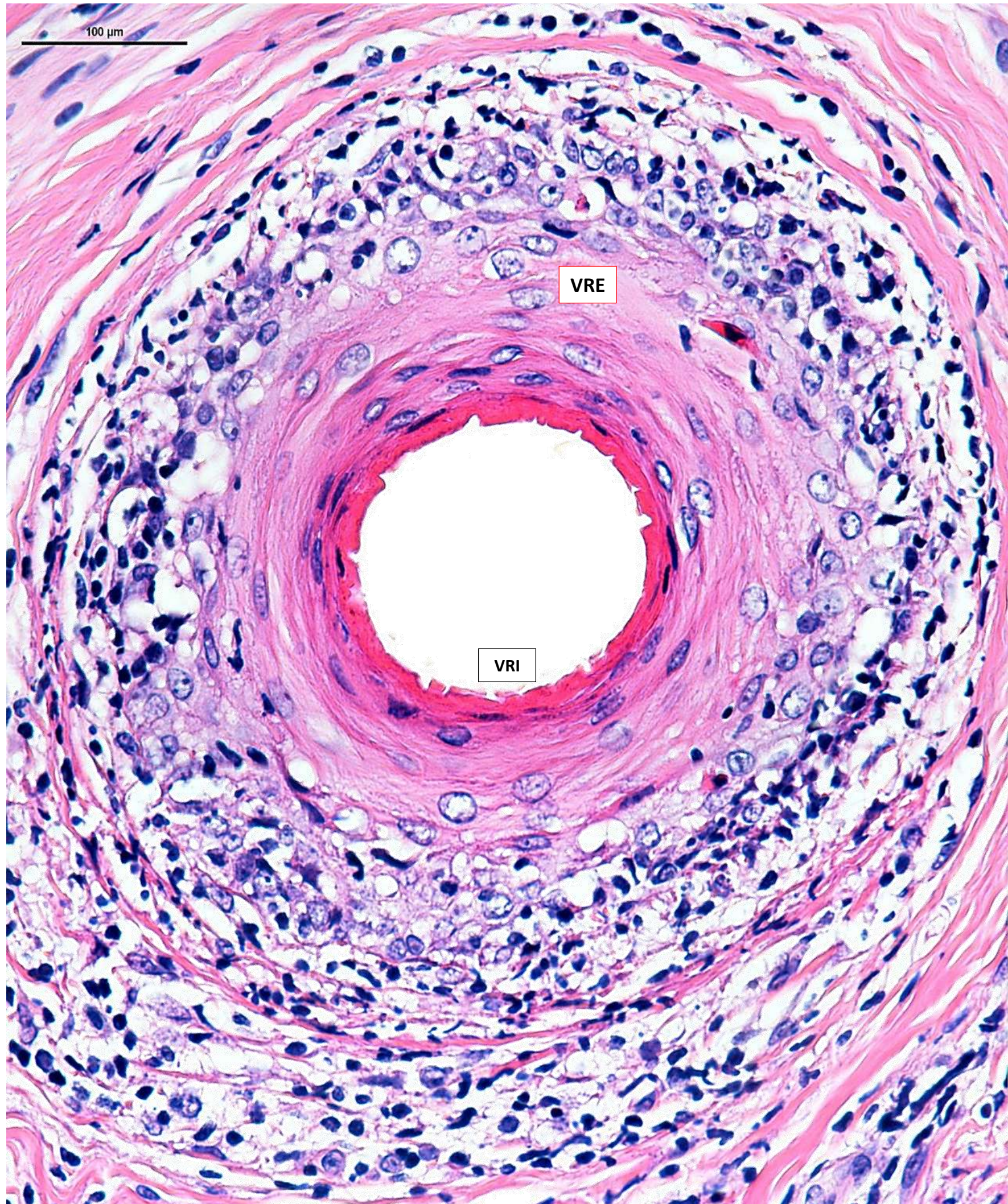
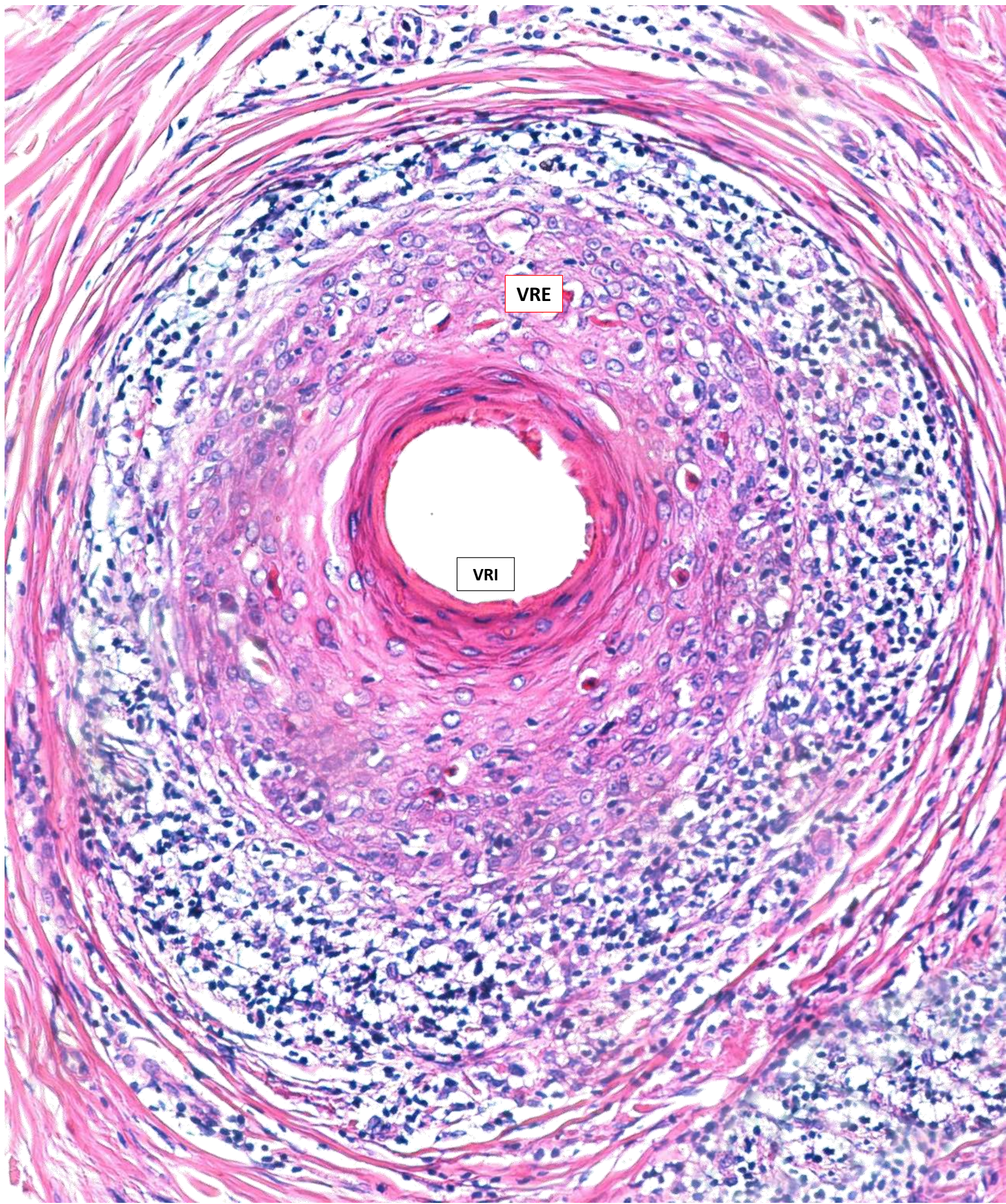
- Apoptosis
- Descamación prematura de la vaina radicular interna (VRI)



Fase Inicial

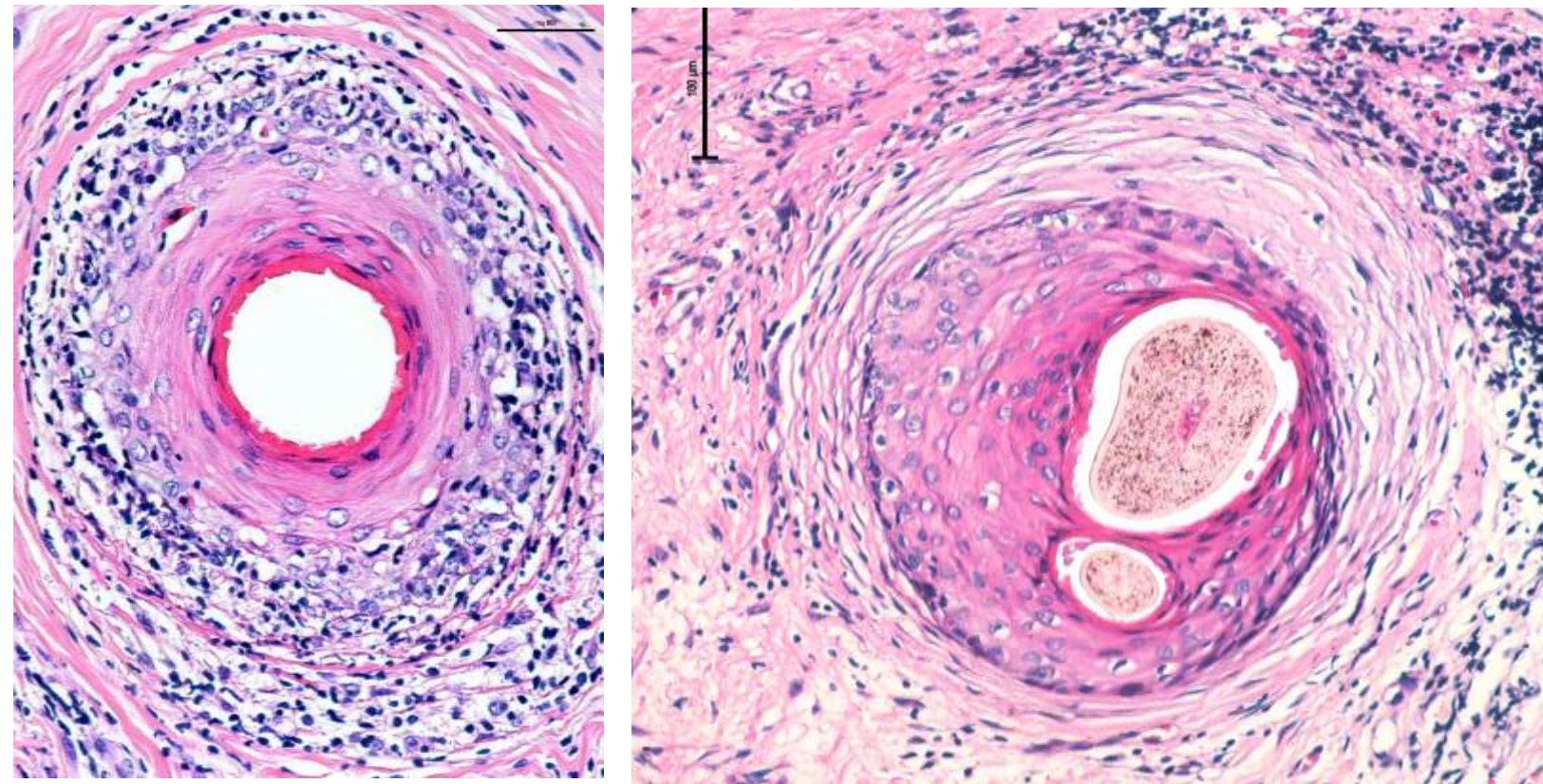
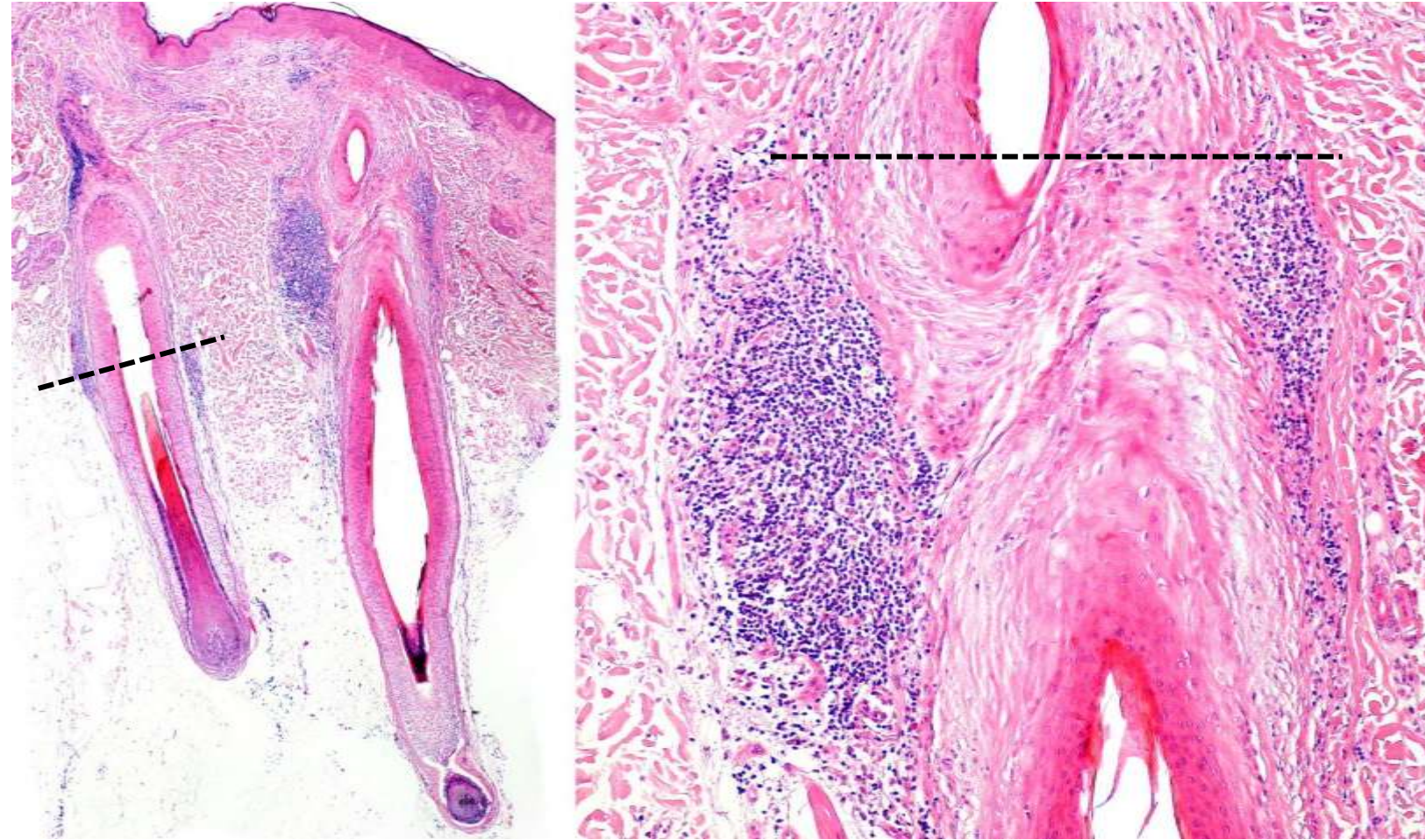


- Consumo de la vaina radicular externa } (VRE)
- Vaina radicular interna indenne (VRI)

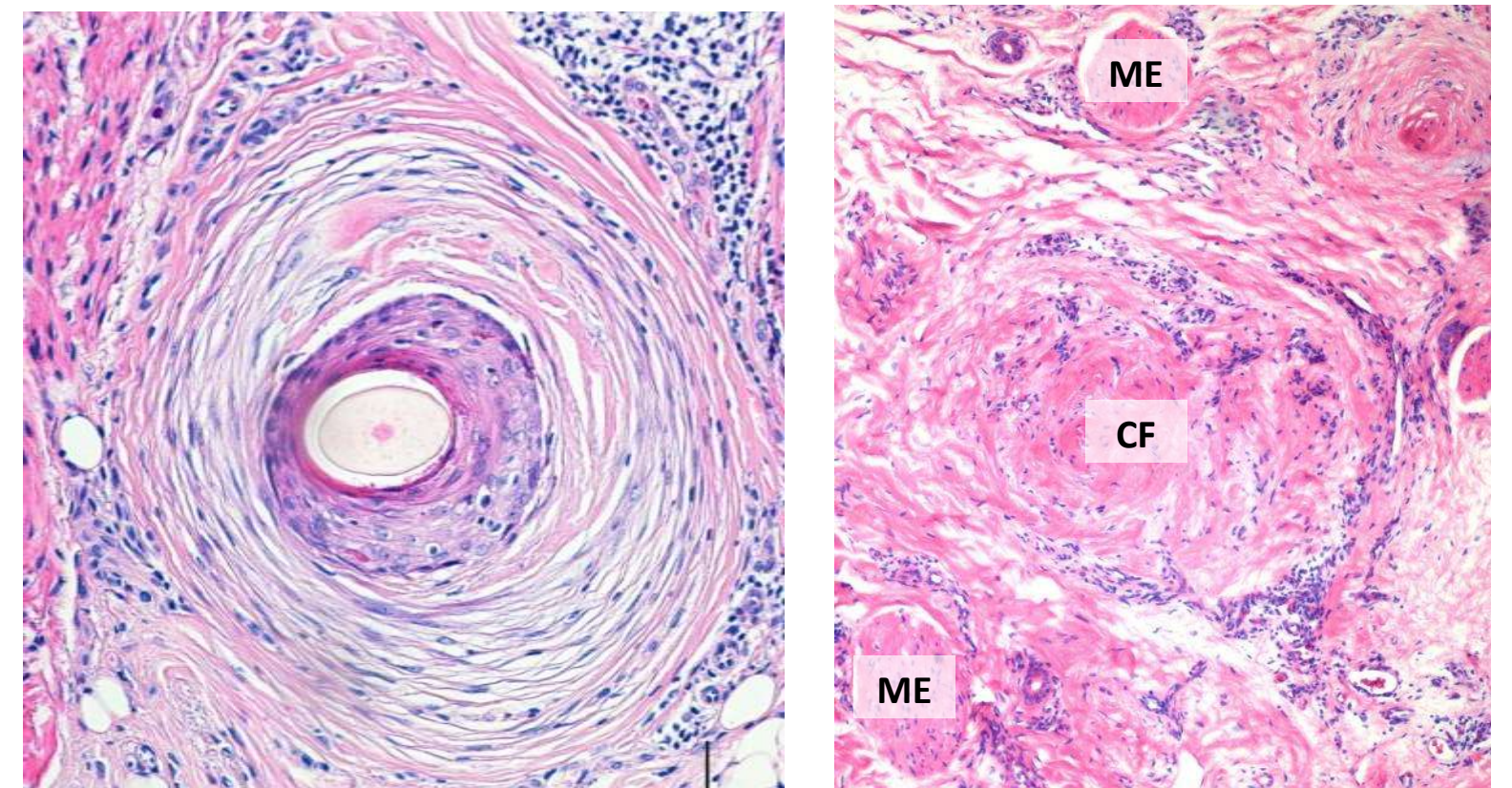
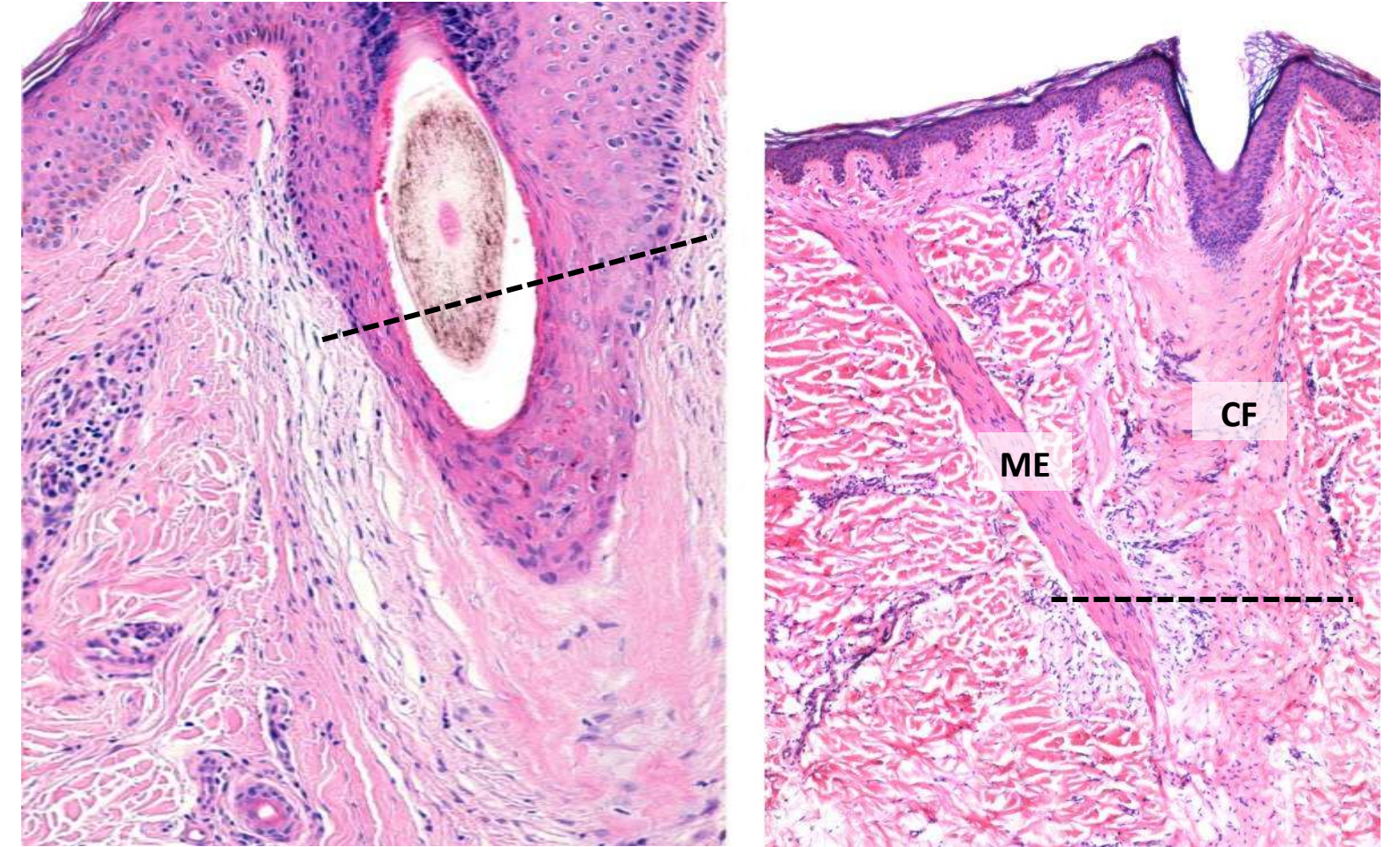


LIQUEN PLANO PILAR - EVOLUCIÓN

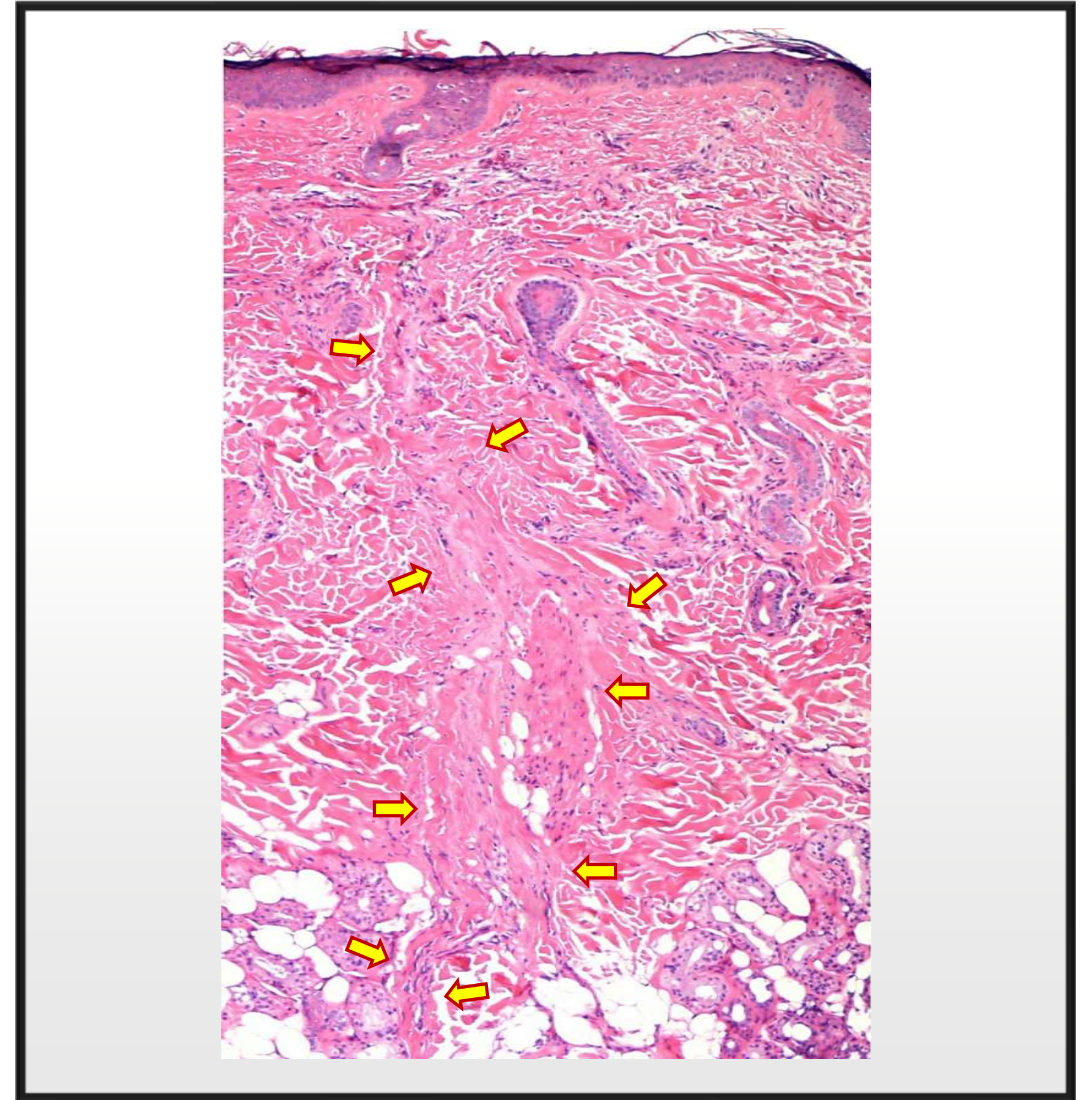
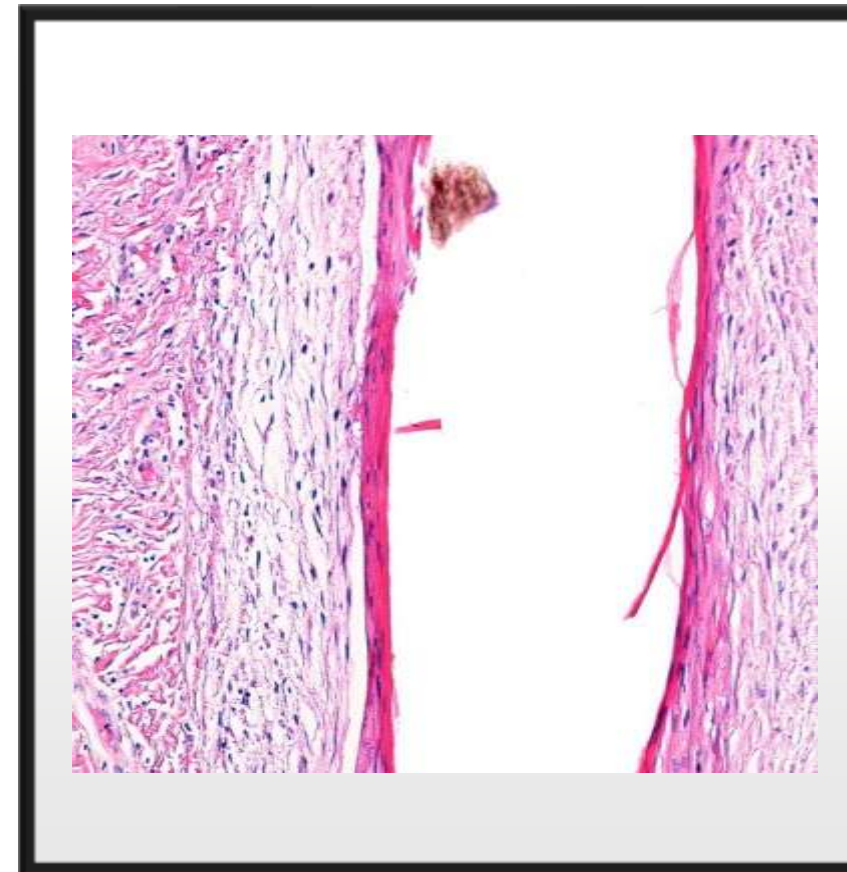
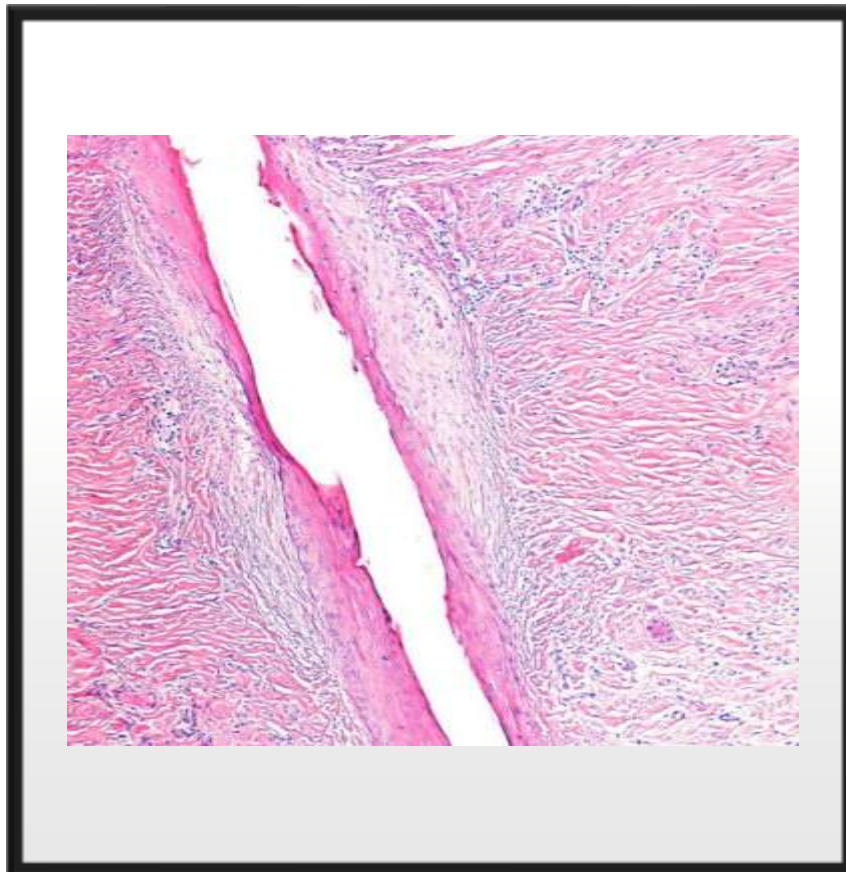
Fase Inicial



Fase Avanzada

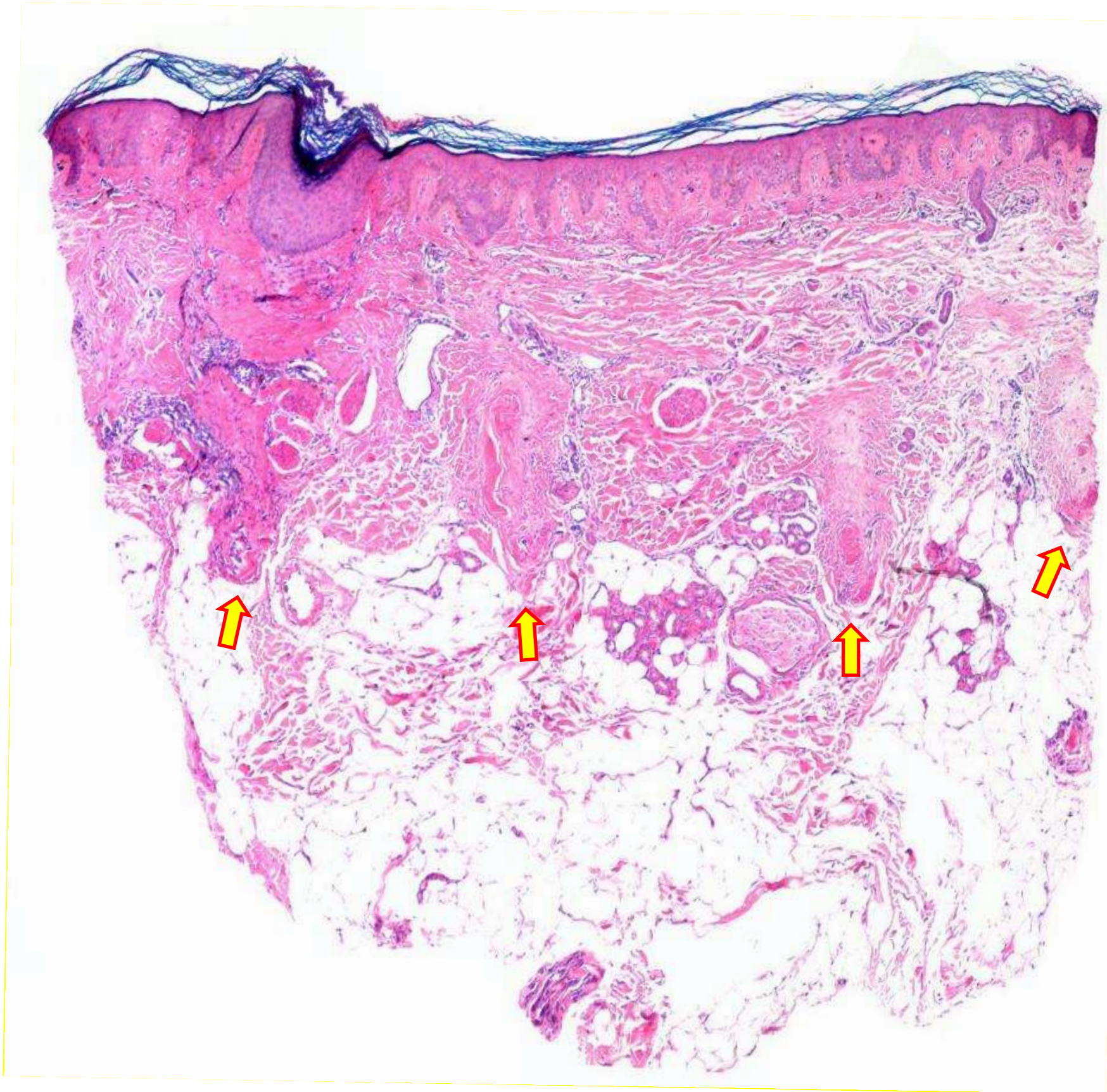


Fase Avanzada

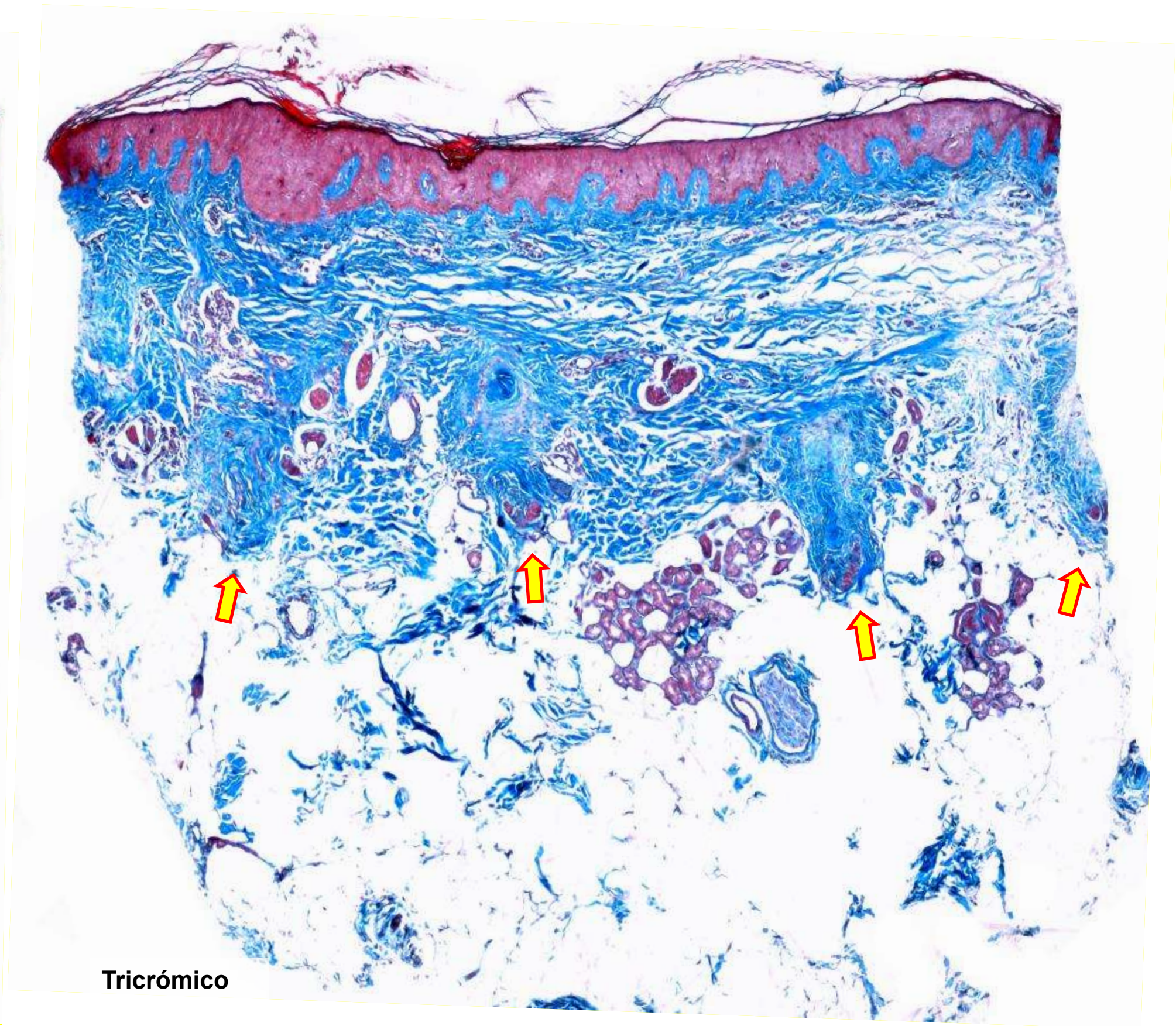


Cicatriz Folicular →

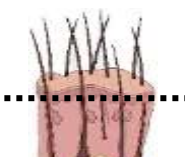
Fase Avanzada



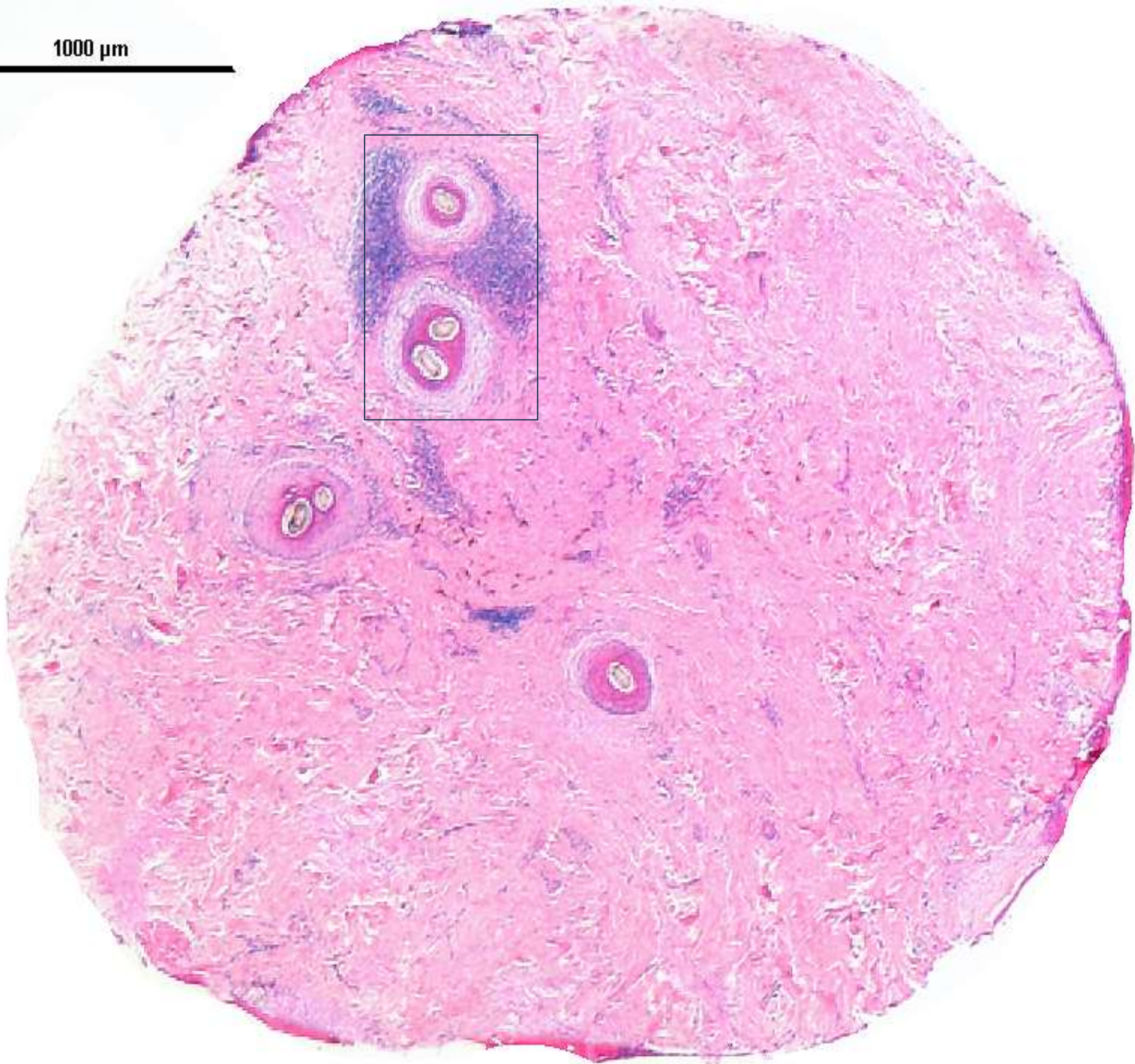
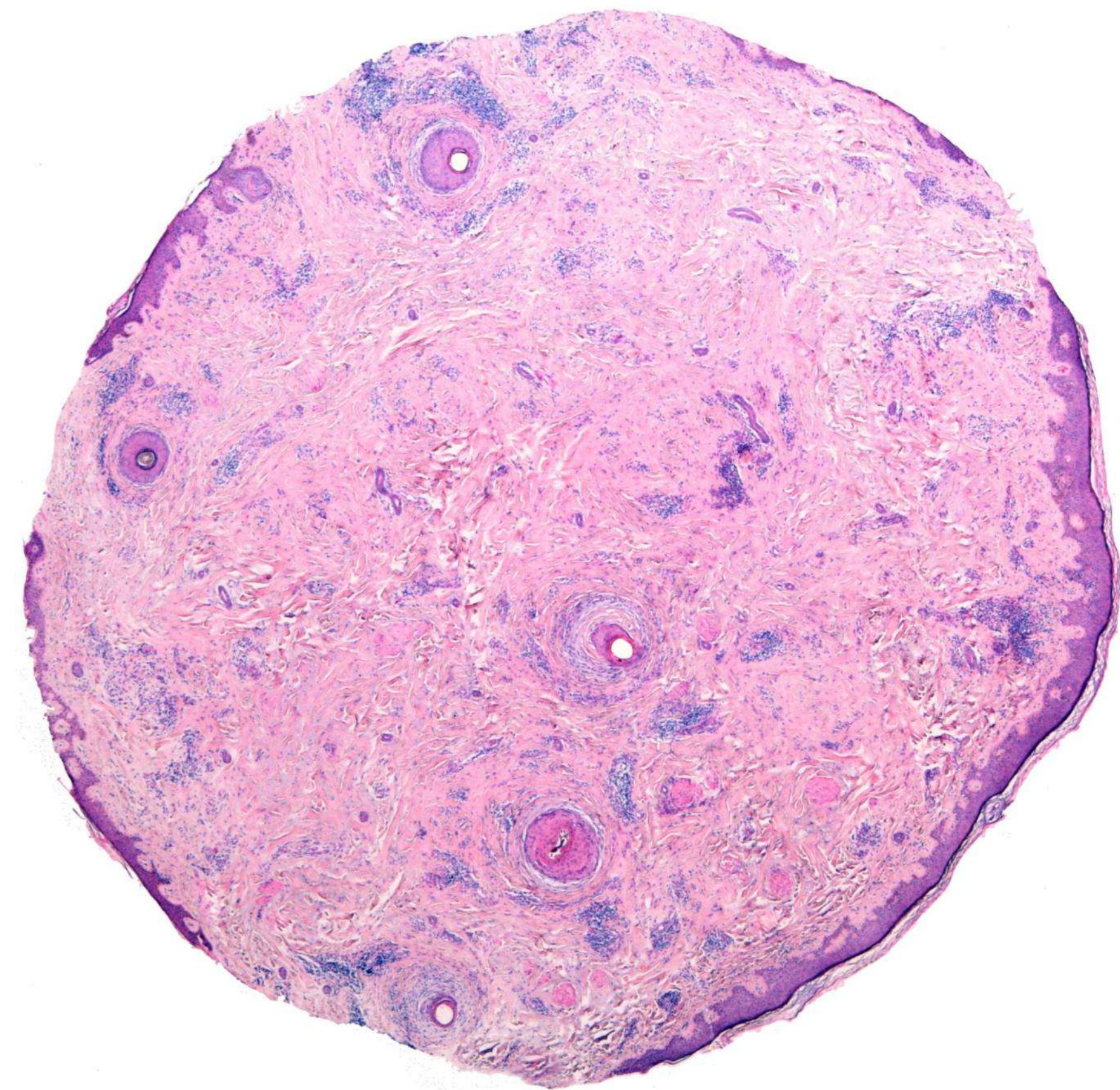
Cicatriz Folicular →

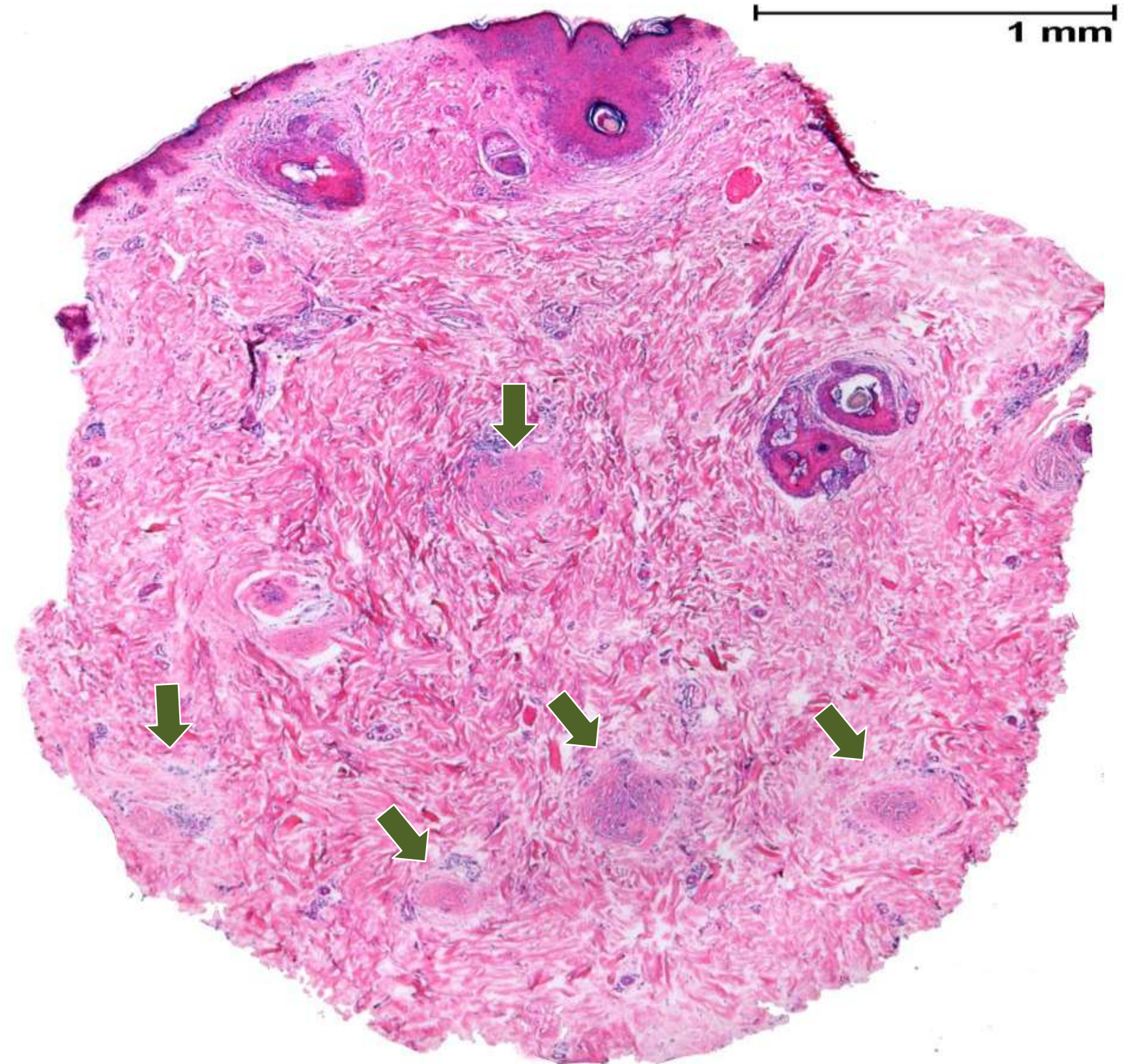
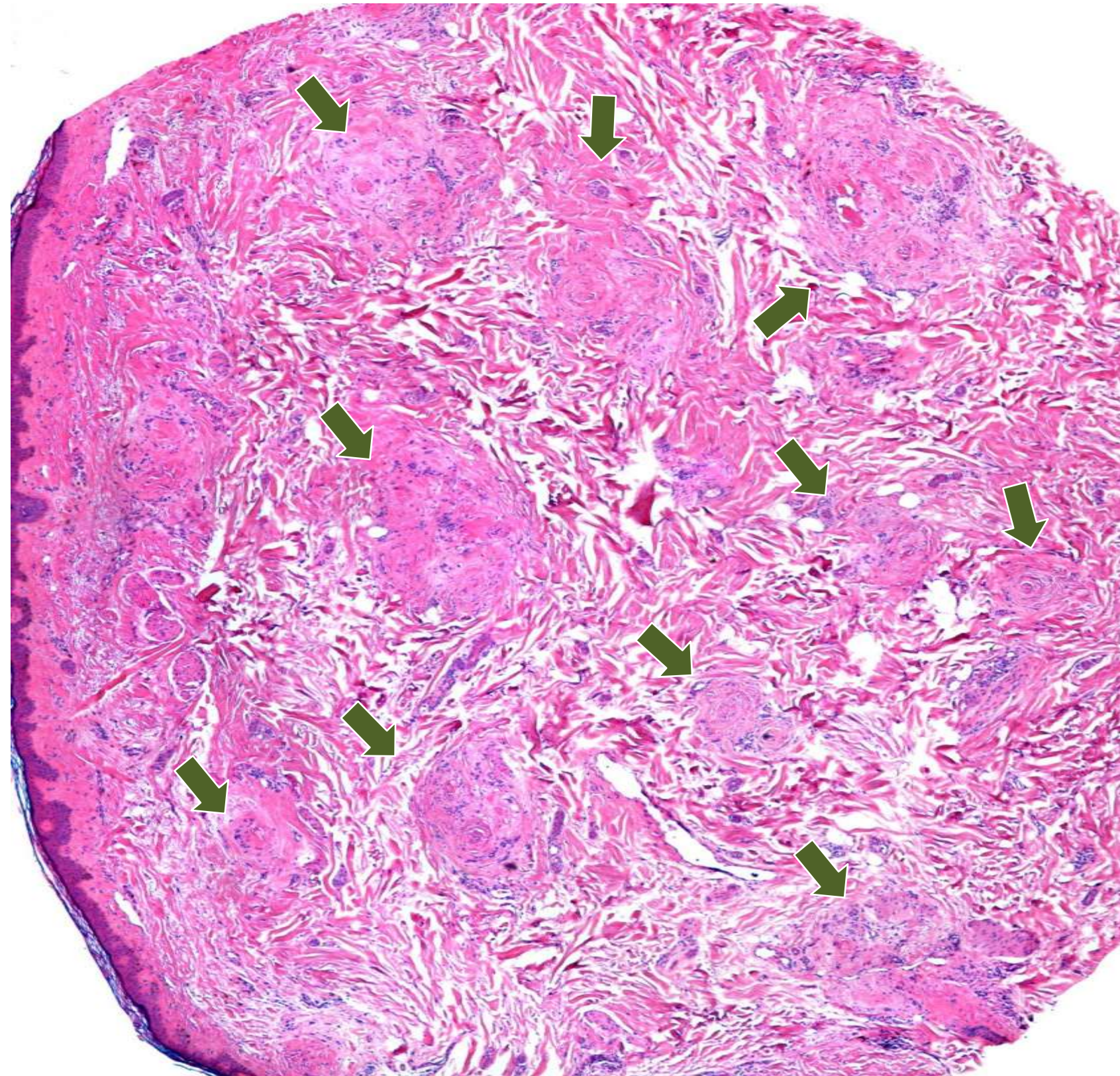


Tricrómico

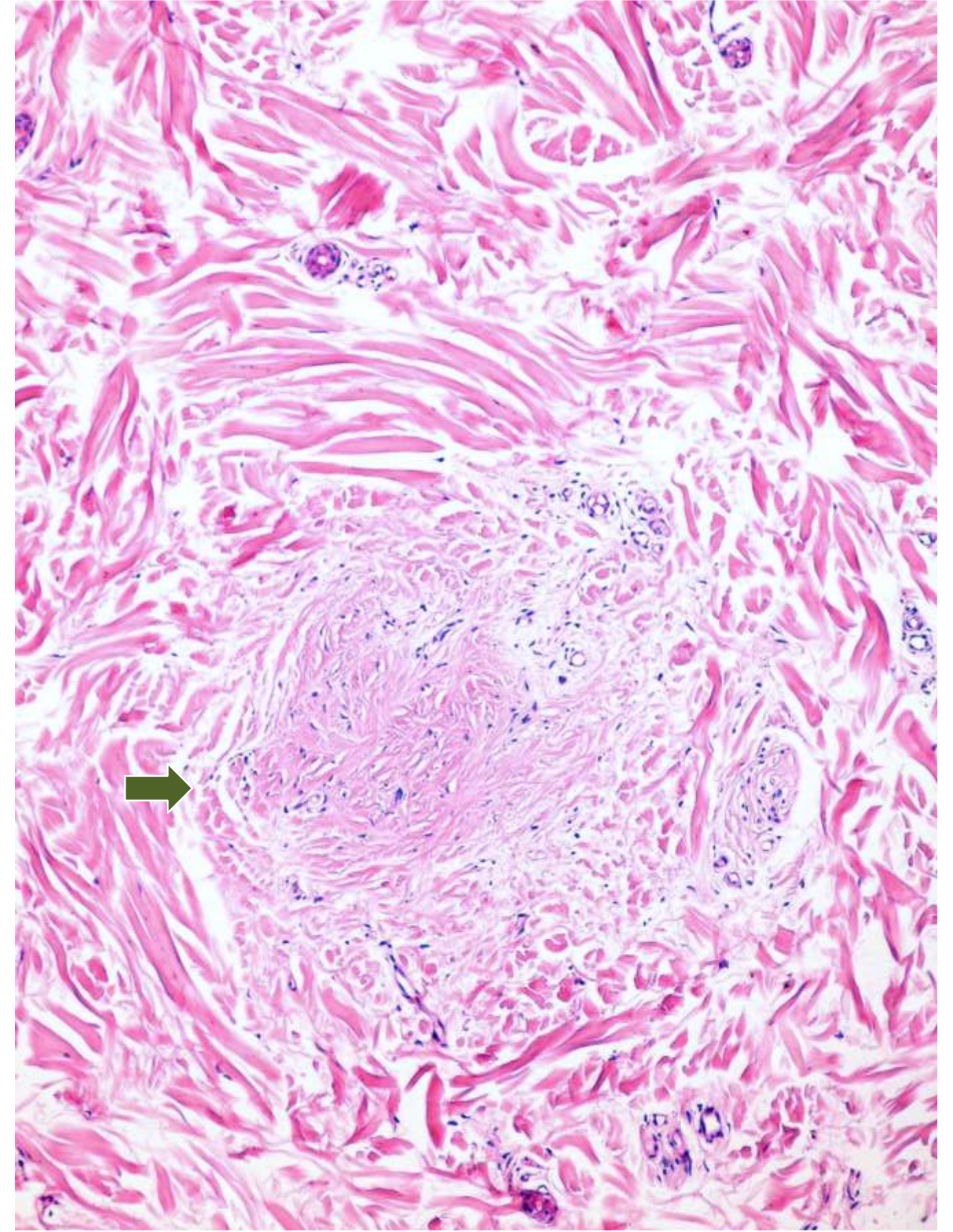
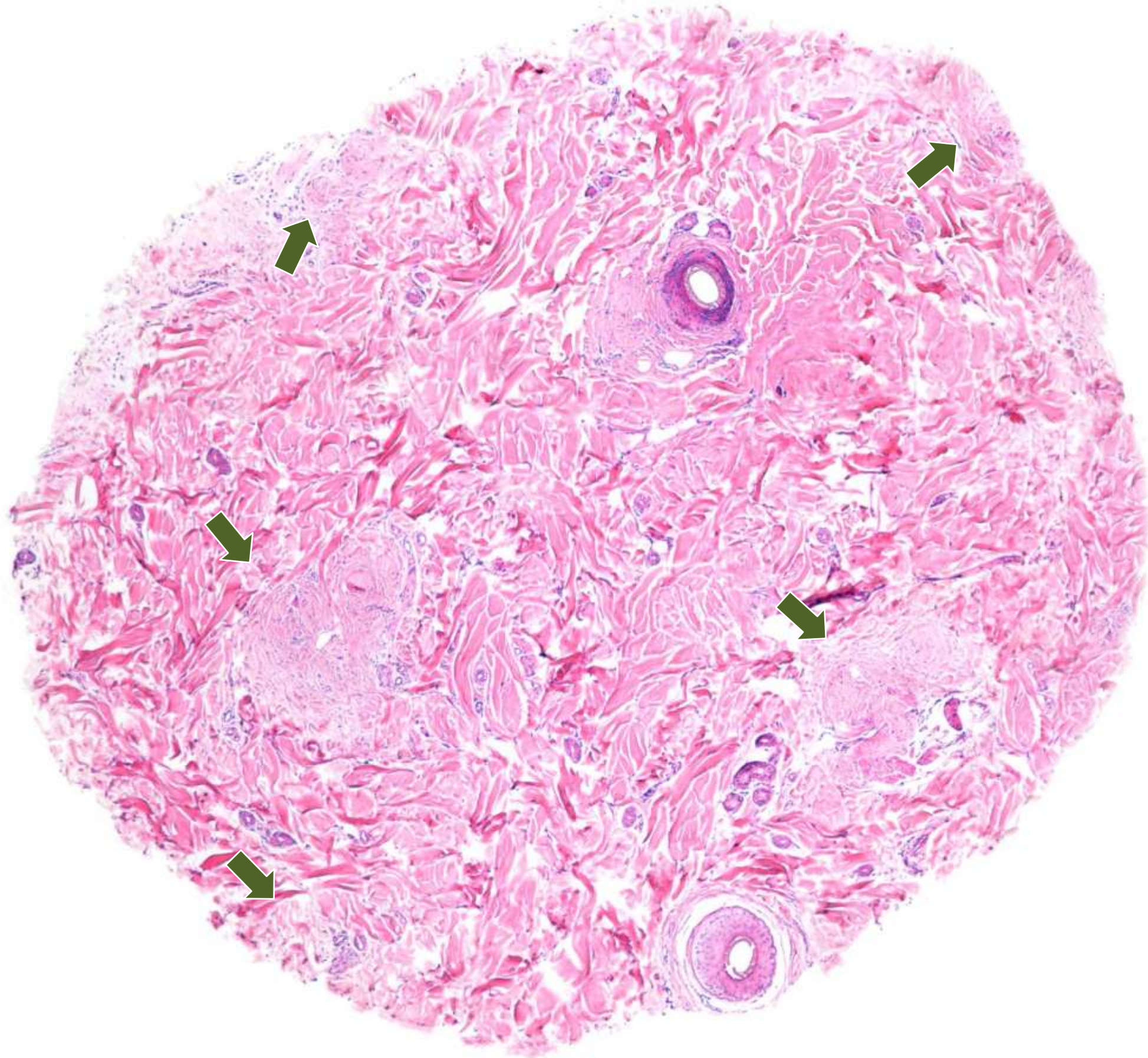


1000 μ m

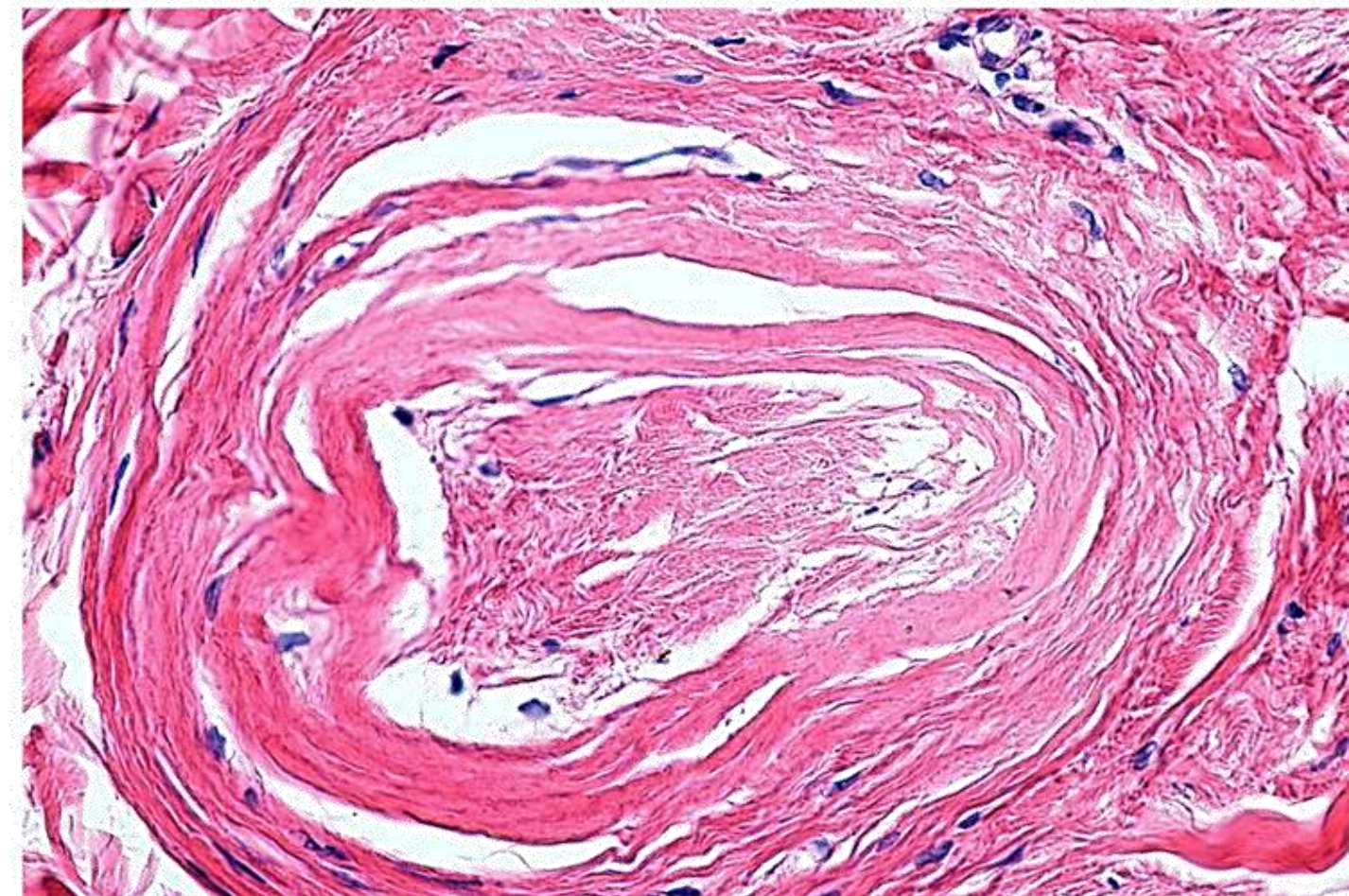
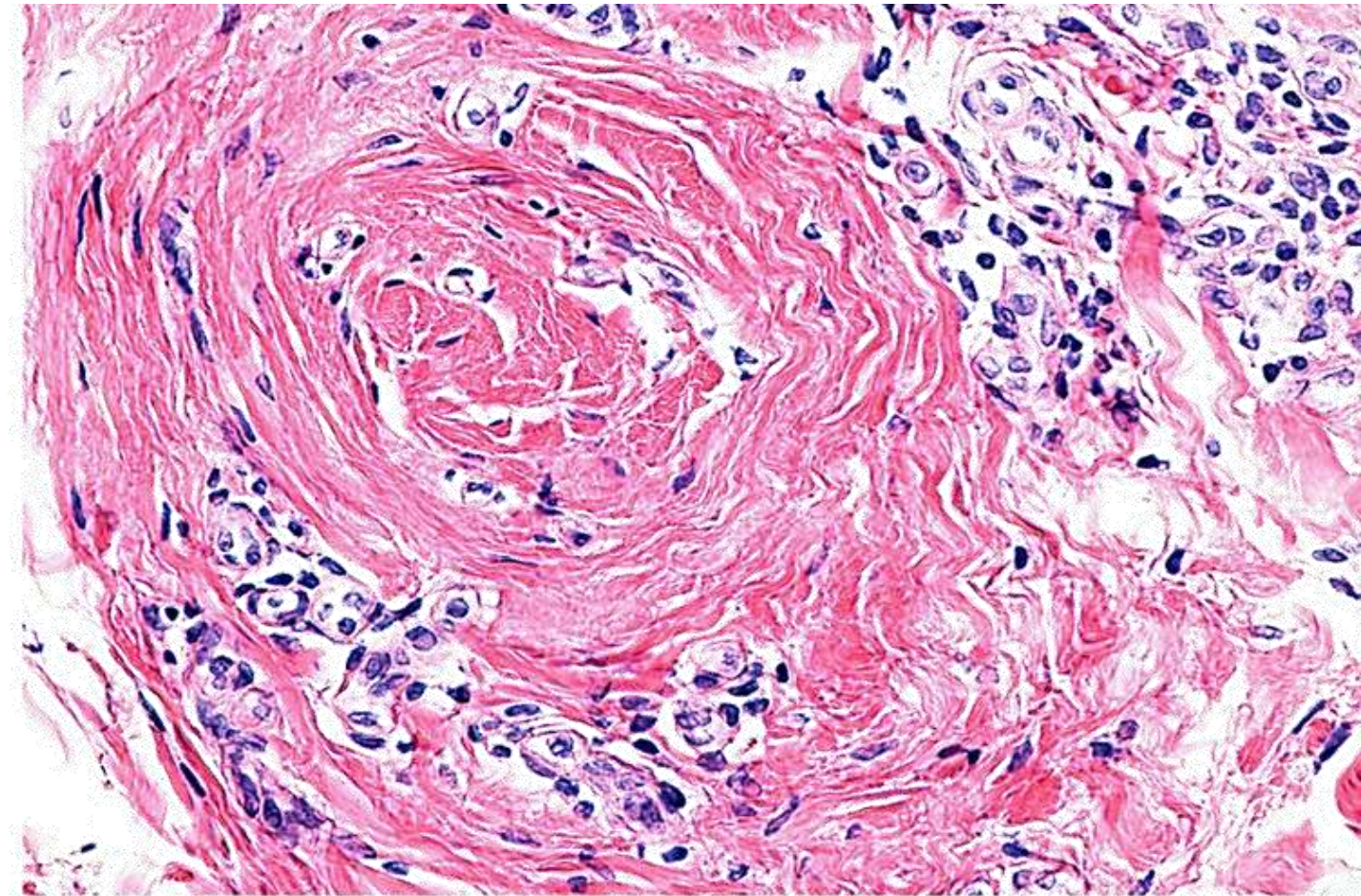
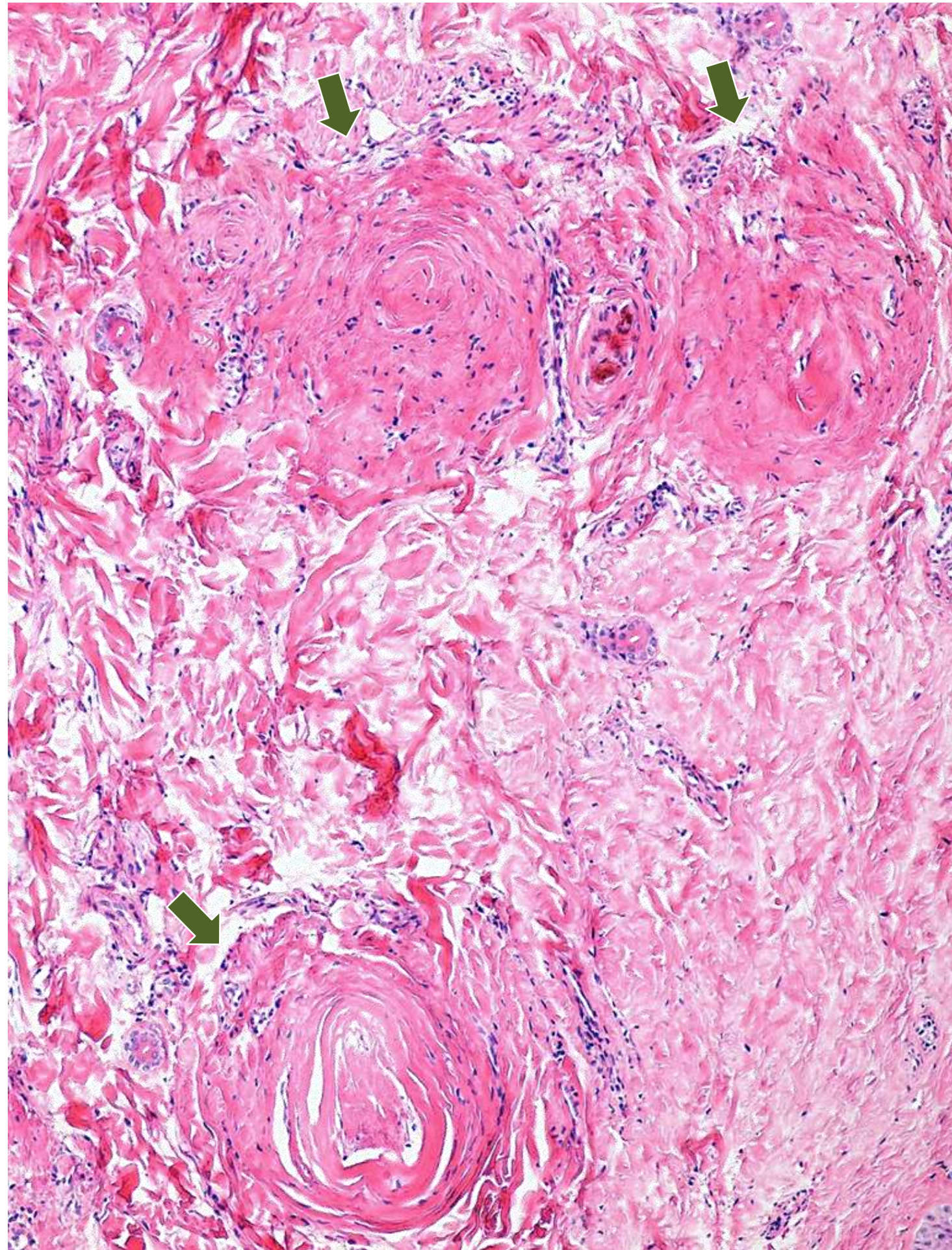




Cicatrices foliculares ➡

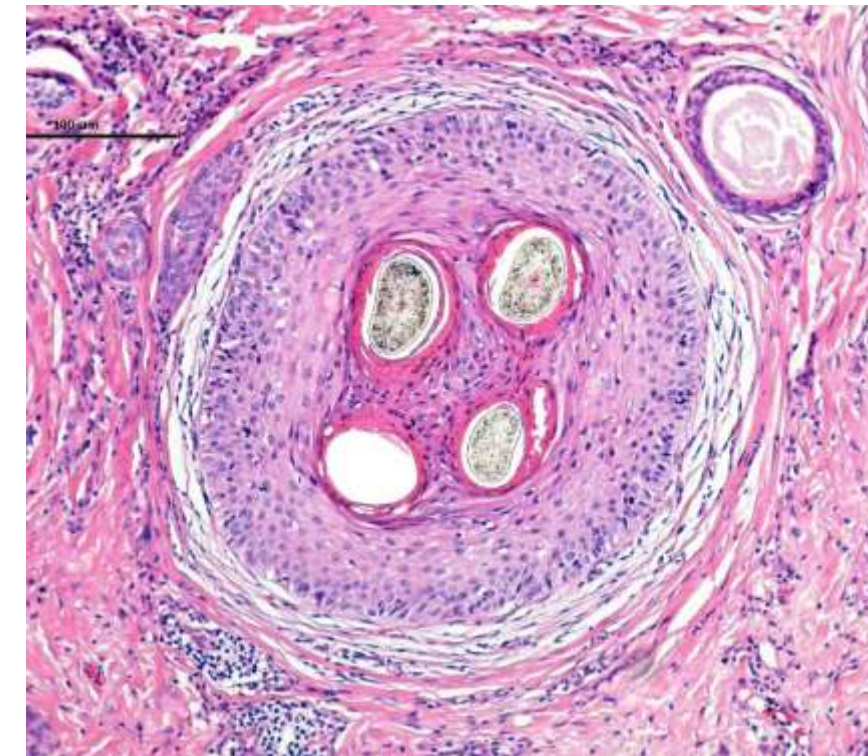
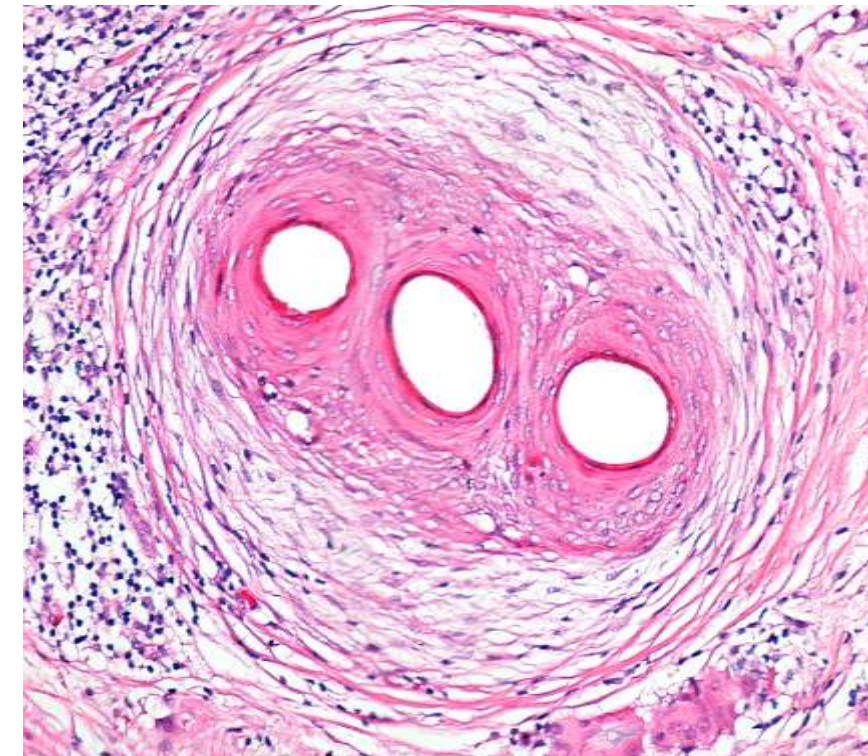
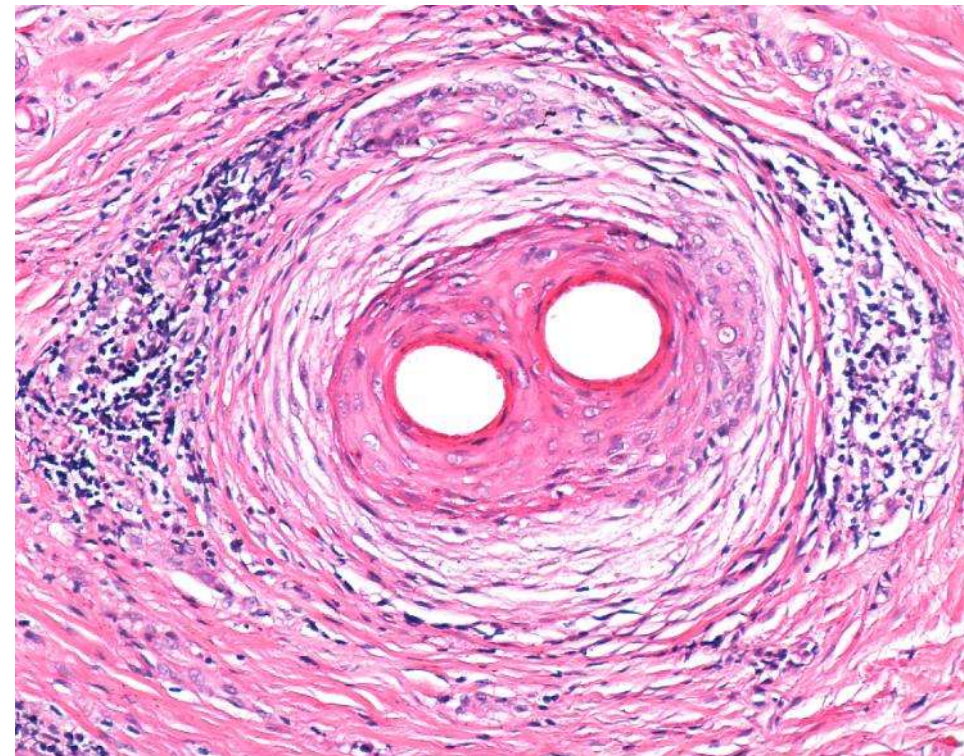
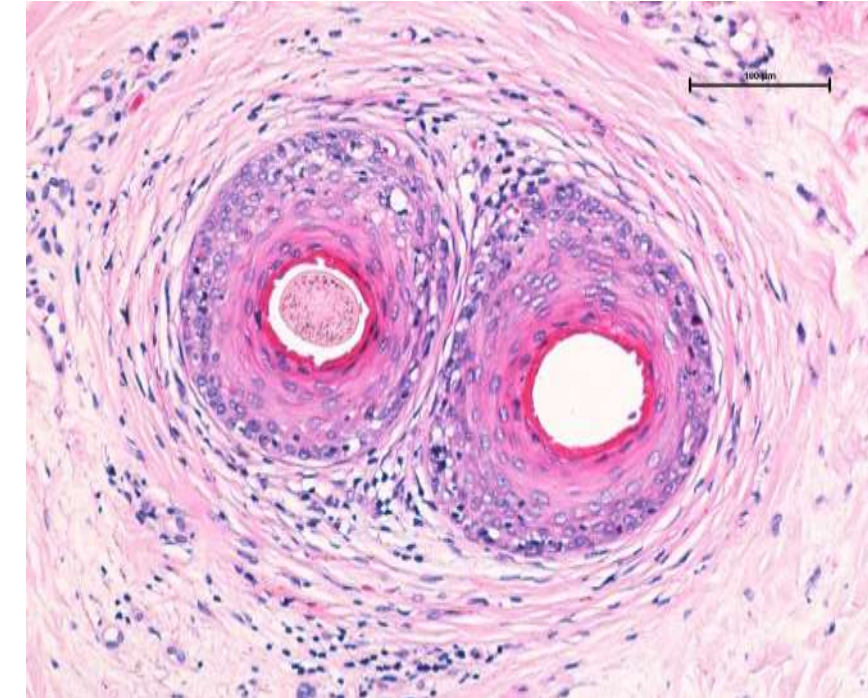
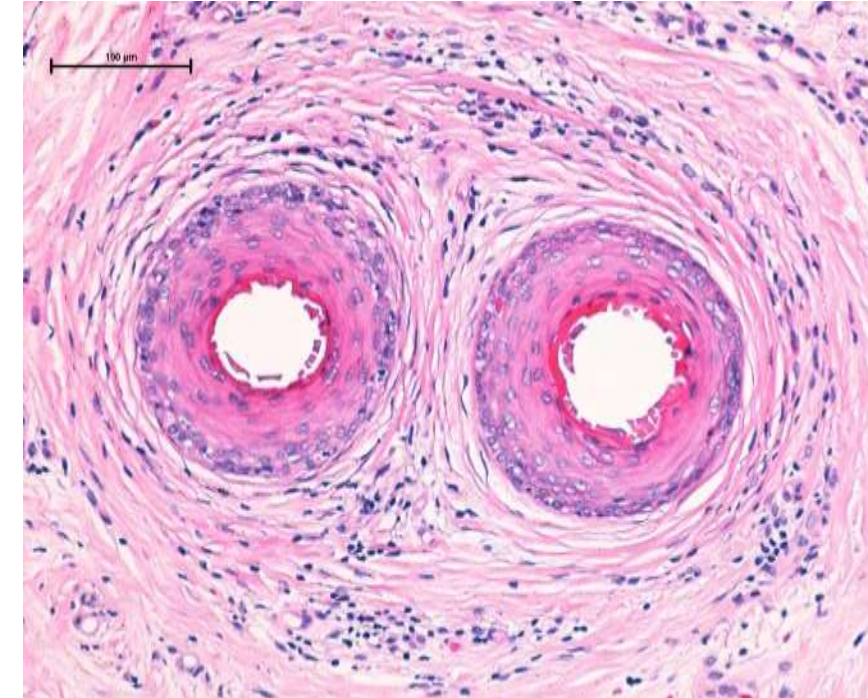
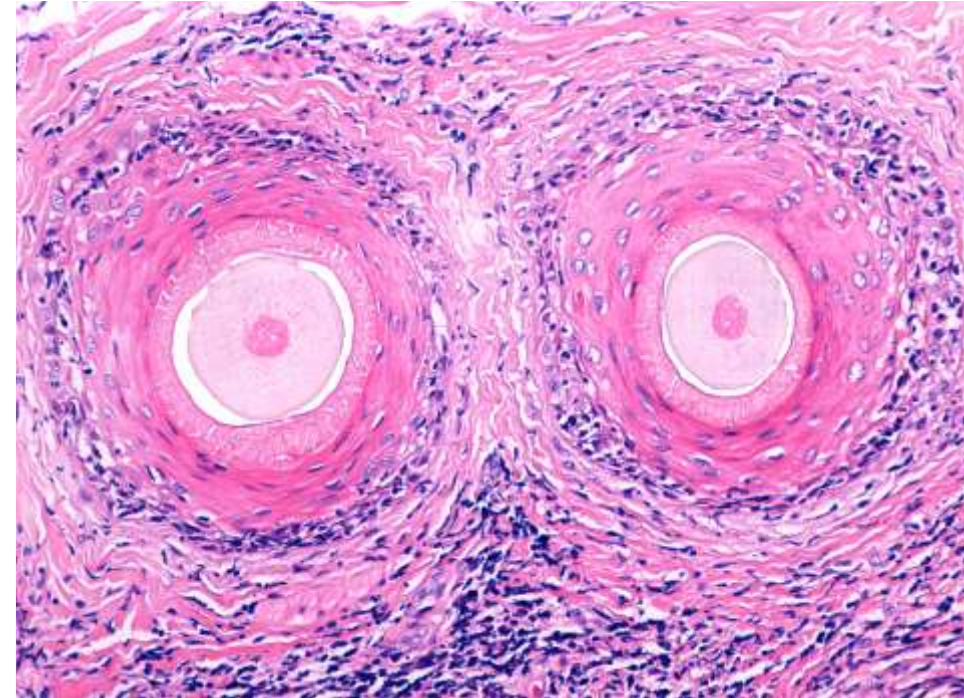


Cicatrices foliculares →



Cicatrices foliculares





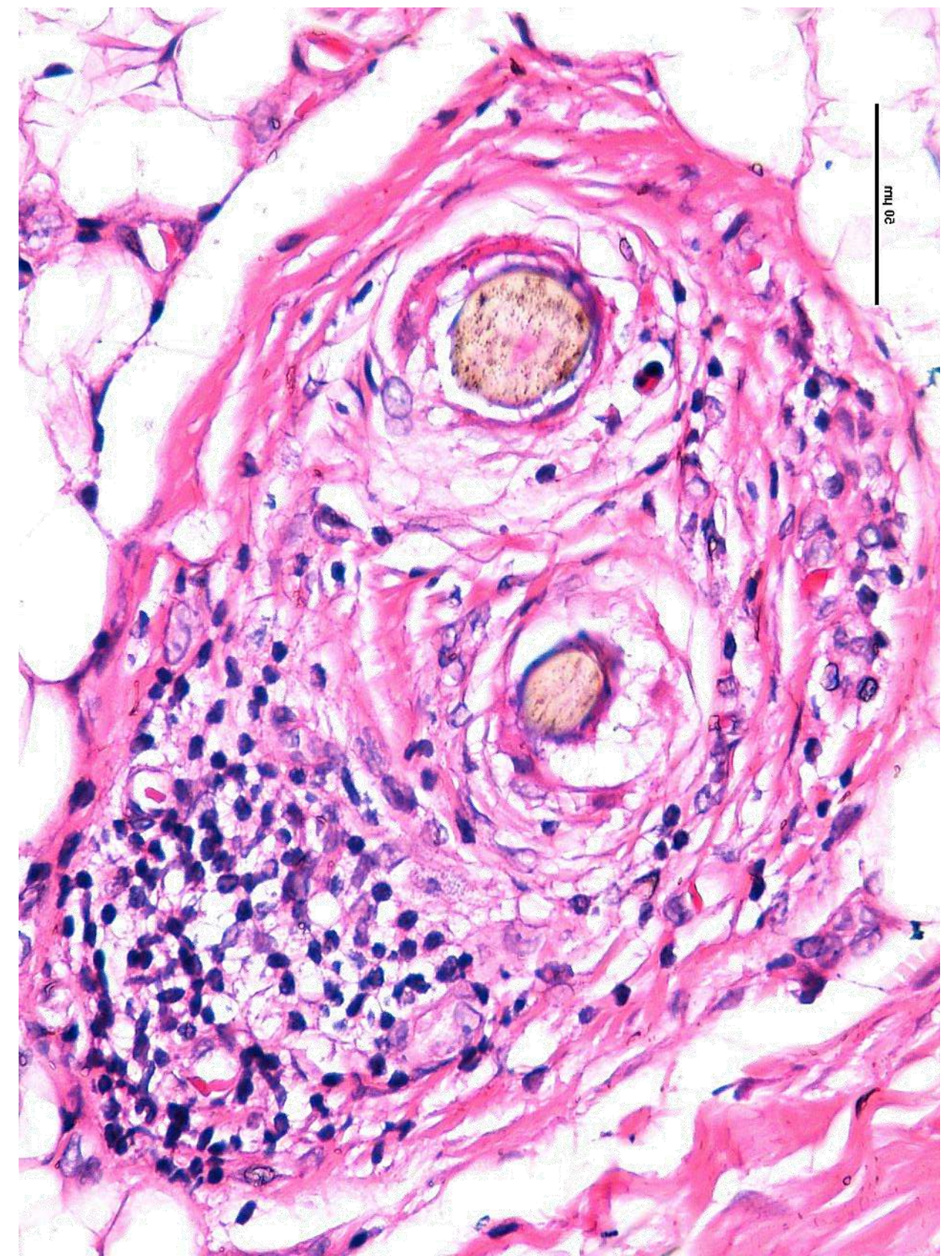
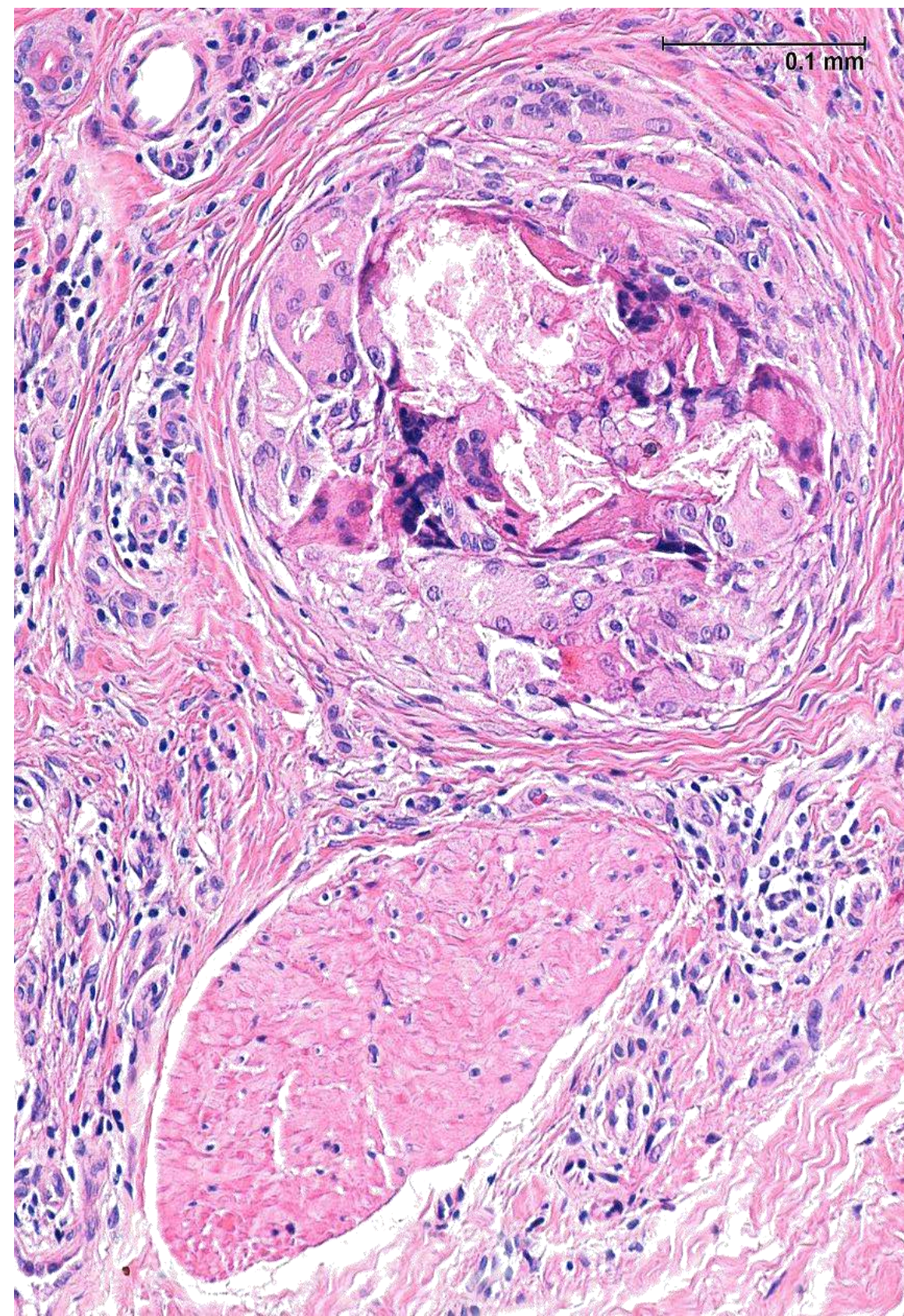
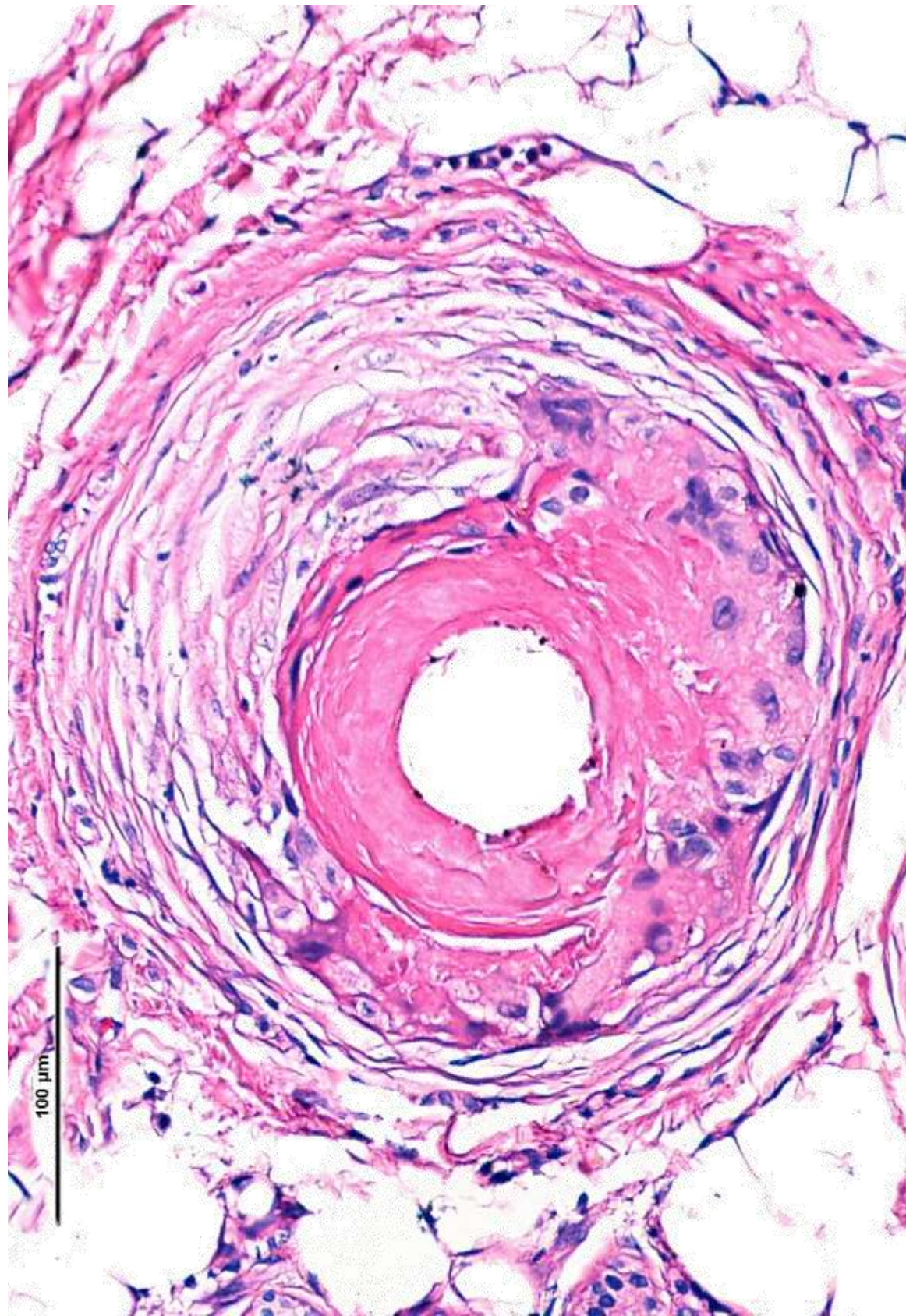
Politriquia en LPP



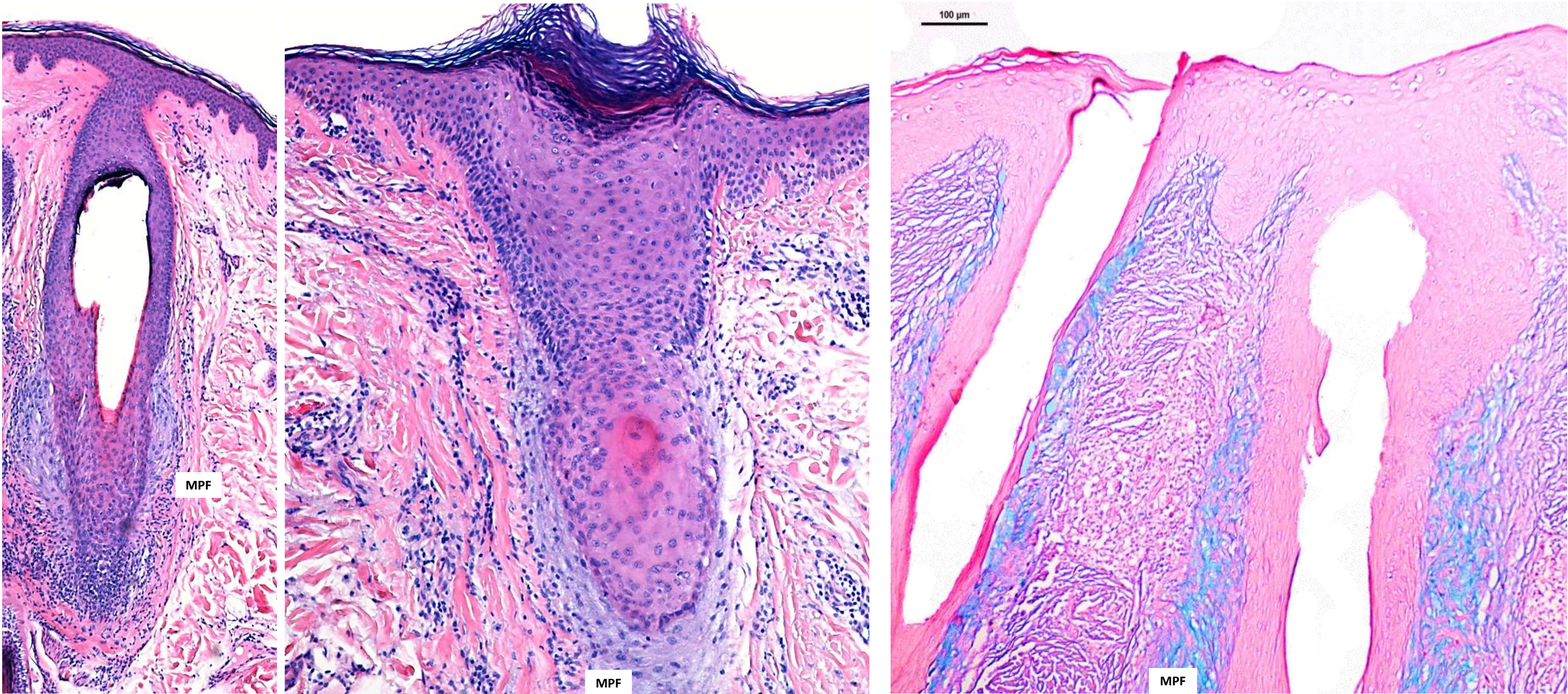
‘Gafas’ en ACCC



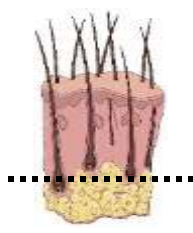
‘Ojos de búho’ in LPP/AFF



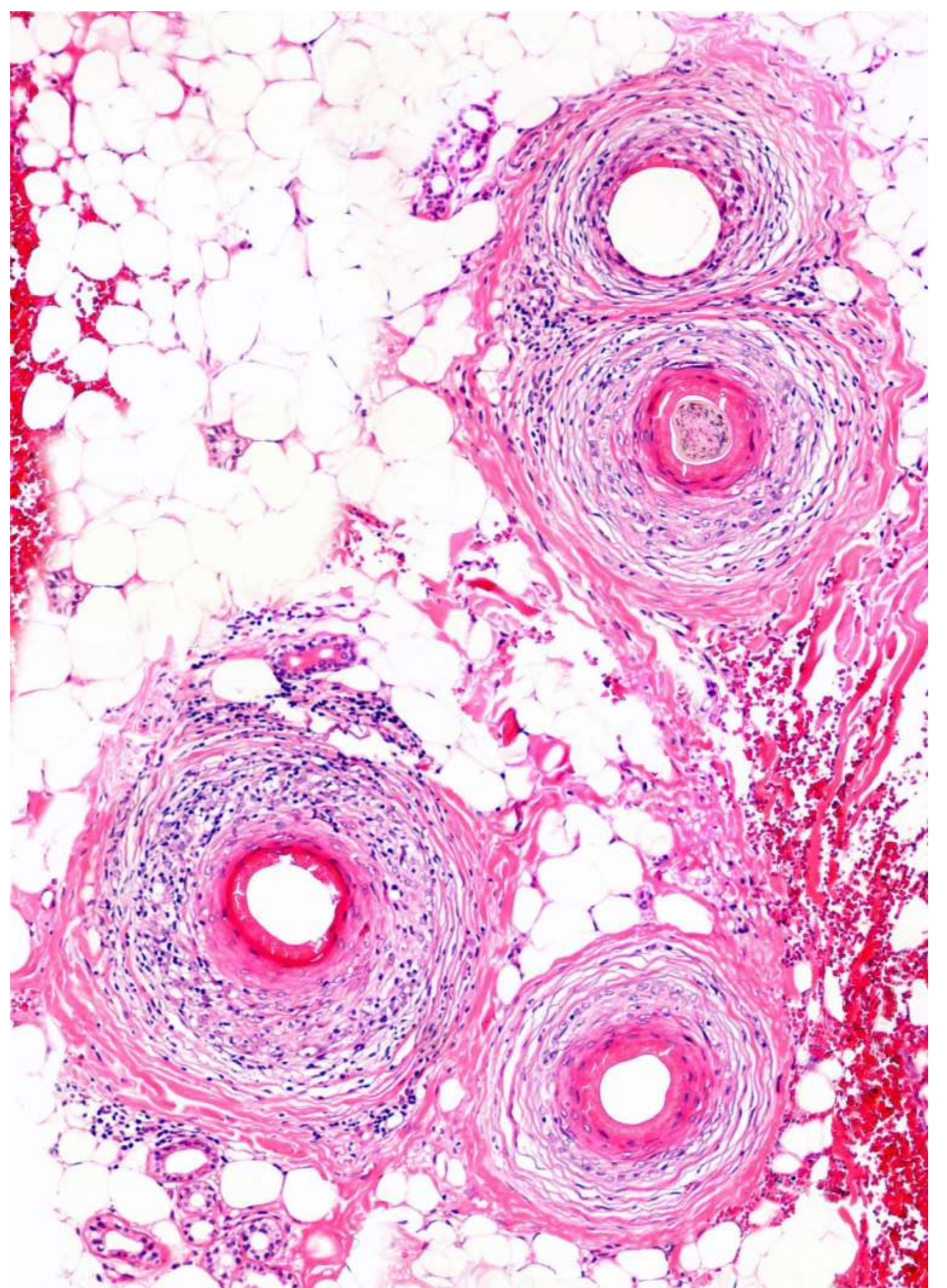
Granulomas perifoliculares



Mucina perifollicular (MPF)



Alopecia Frontal Fibrosante



ALOPECIA FIBROSANTE EN PATRON ANDROGENÉTICO (AFPA)



- **Liquen plano en patrón de distribución androgenético**
- **Alopecia difusa en patrón cicatricial**
- **Liquen plano pilar patrón difuso**

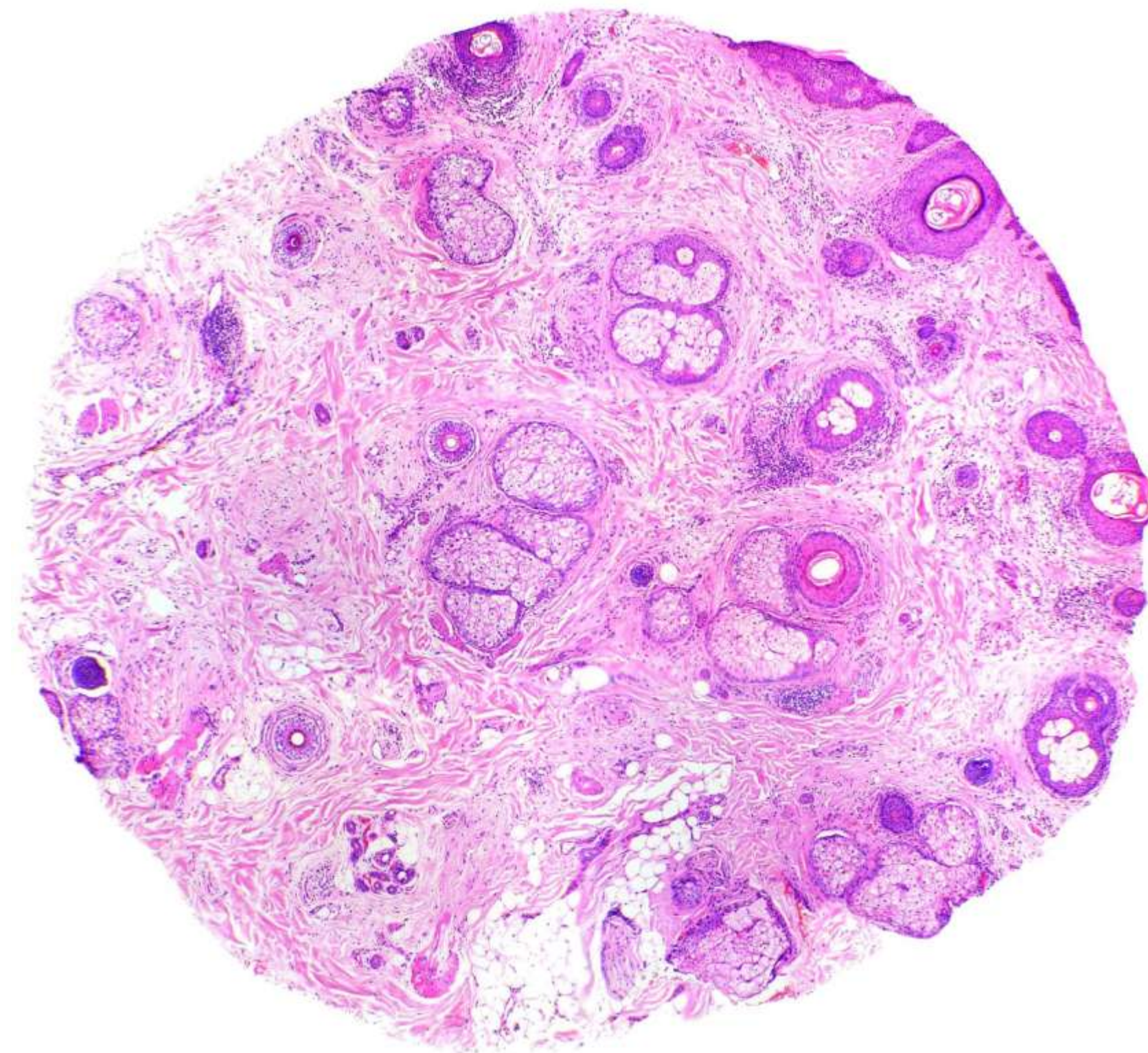
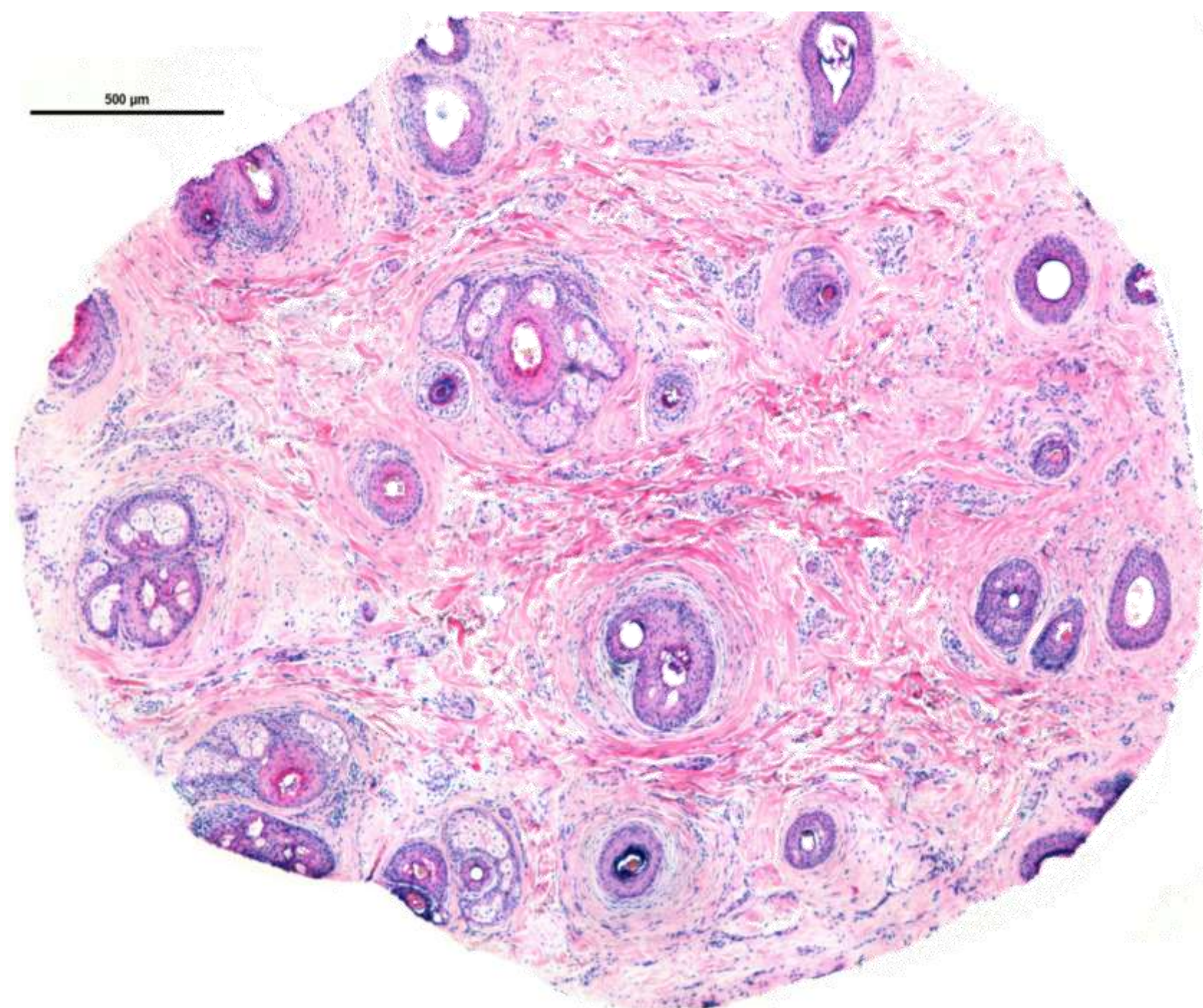
-
- Zinkernagel MS, Trüeb RM. **Fibrosing alopecia in a pattern distribution.** Arch Dermatol 2000;136:205-11.
 - Olsen EA. **Female pattern hair loss and its relationship to permanent/cicatricial alopecia: a new perspective.** J Invest Dermatol Symp Proc 2005; 10: 217–221.

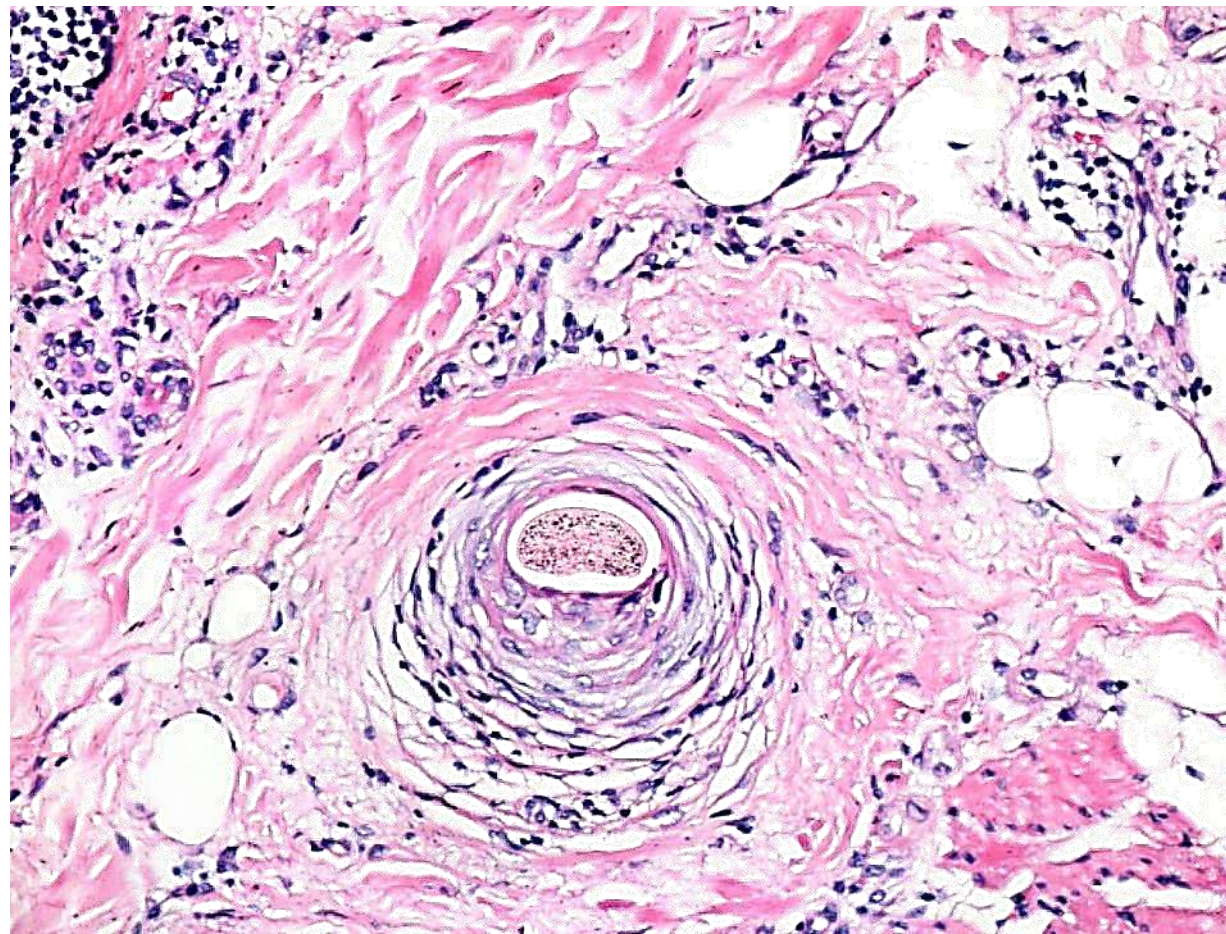
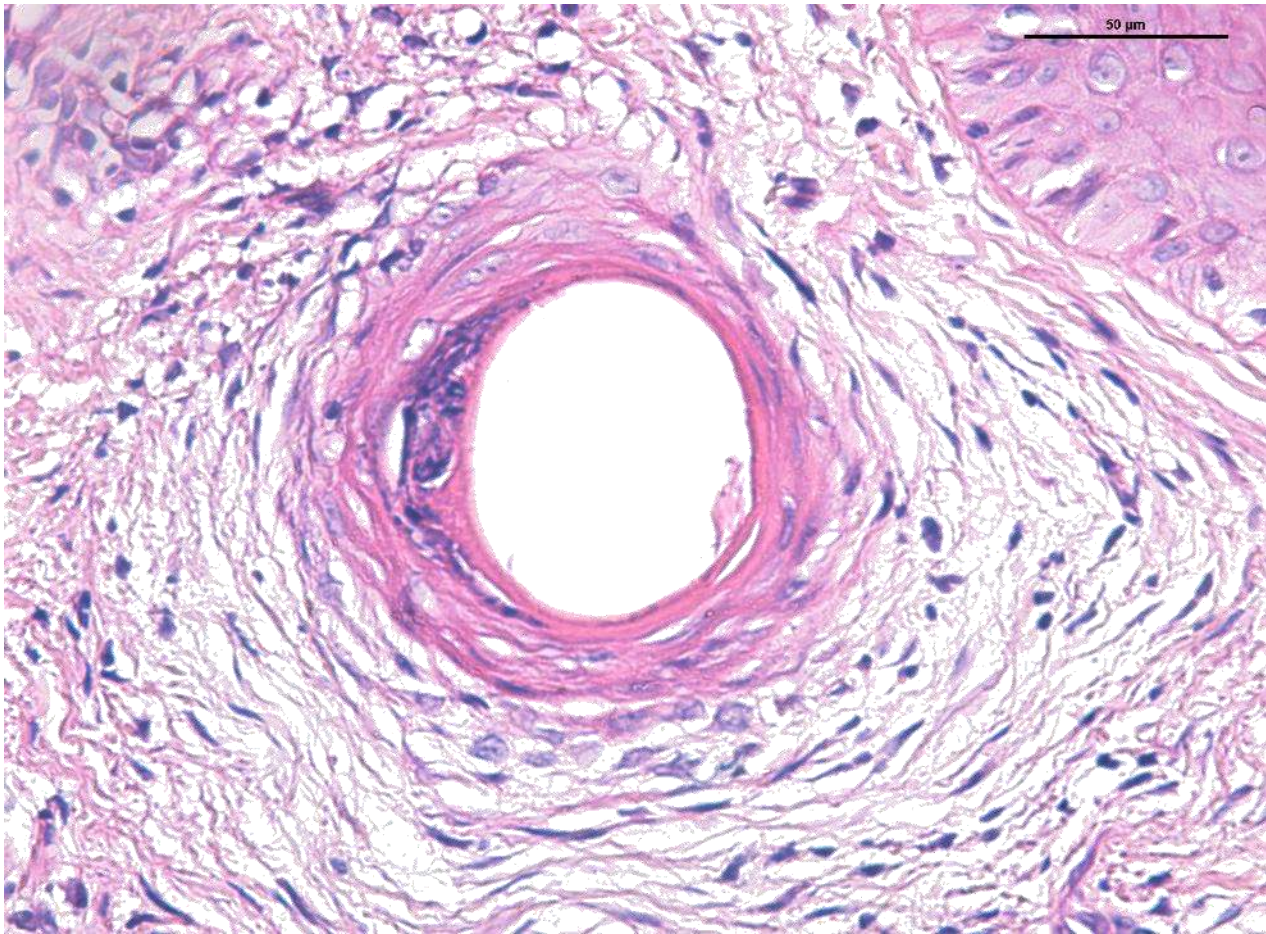
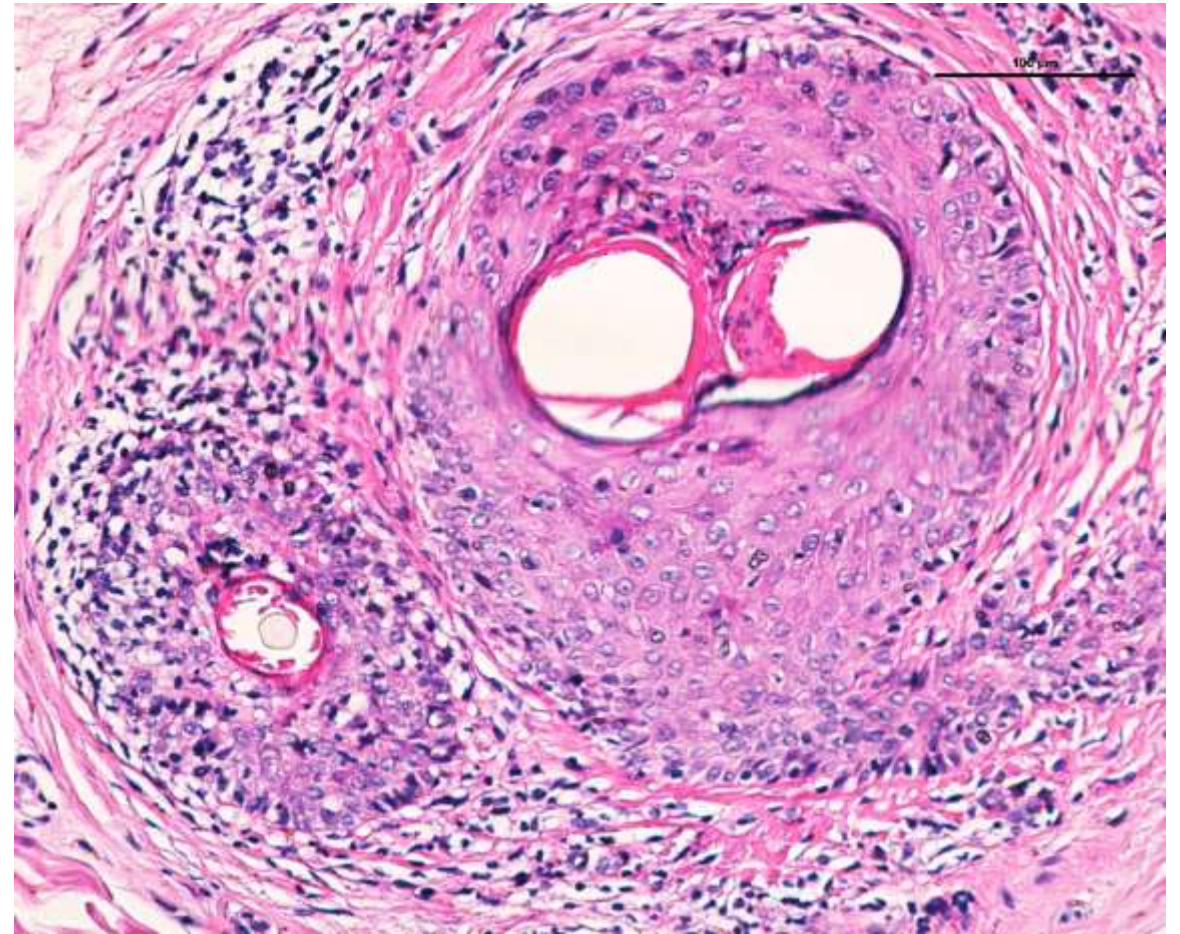
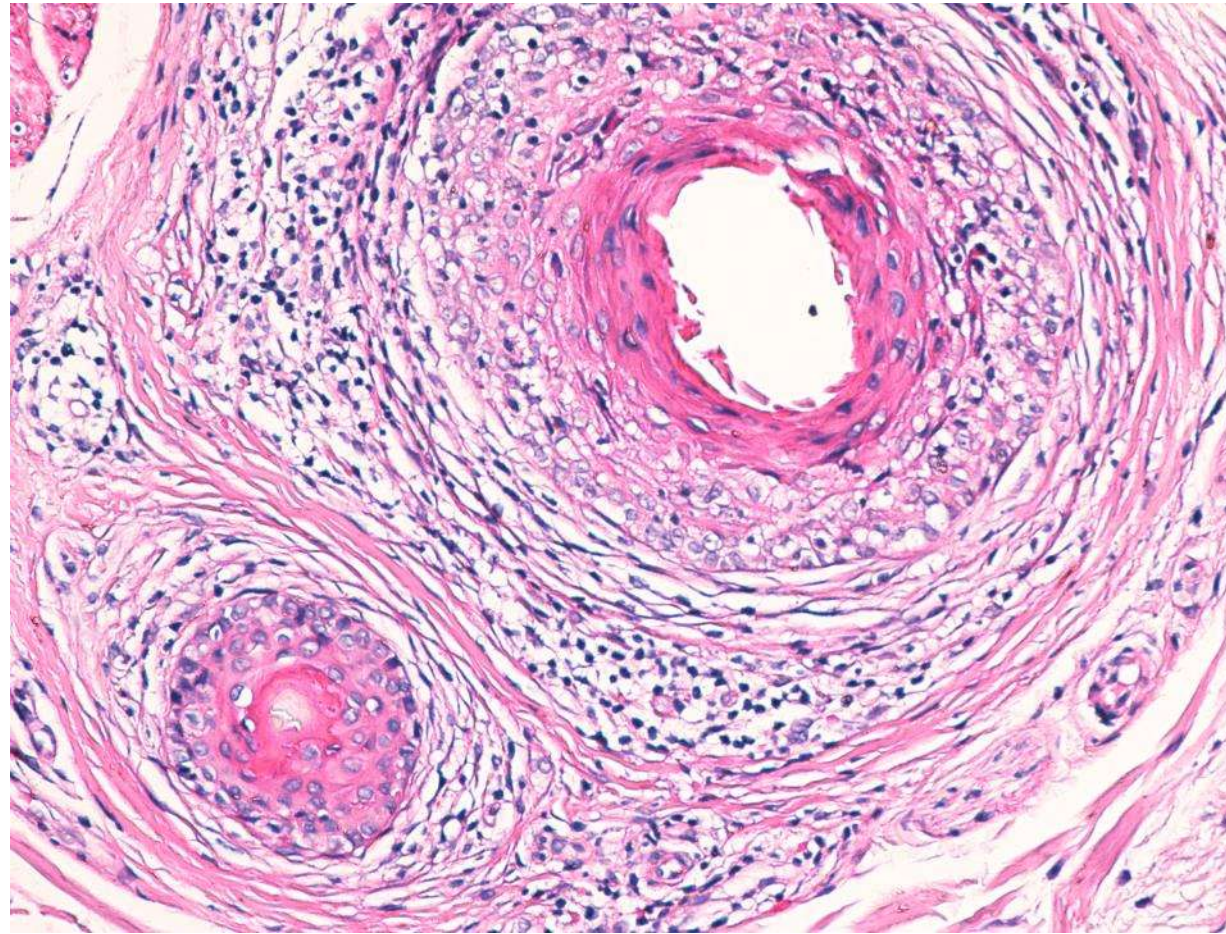
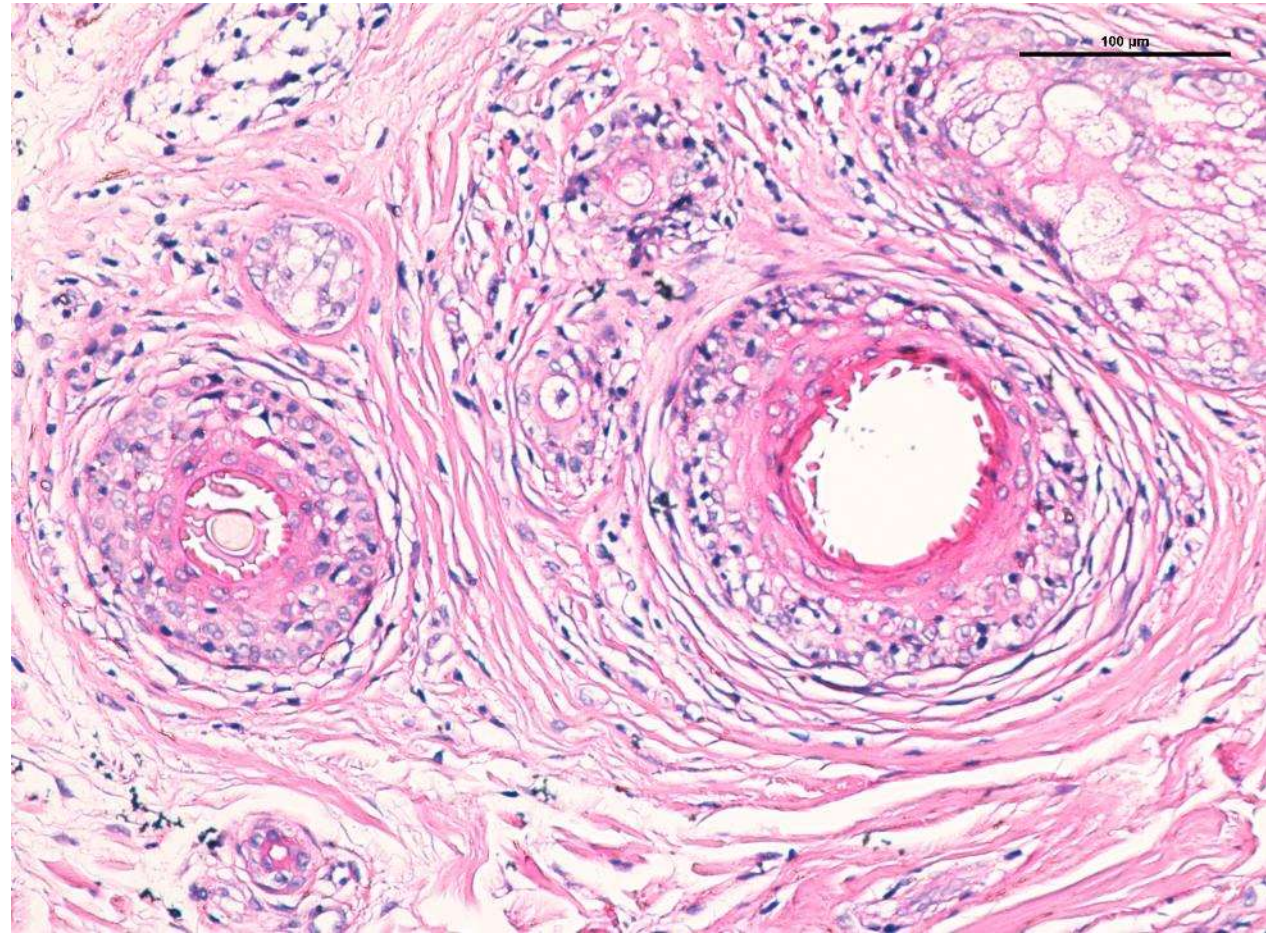
La AFPA y sus variantes son formas de líquen planopilar caracterizadas por la pérdida de cabello y la destrucción de folículos intermedios o miniaturizados.

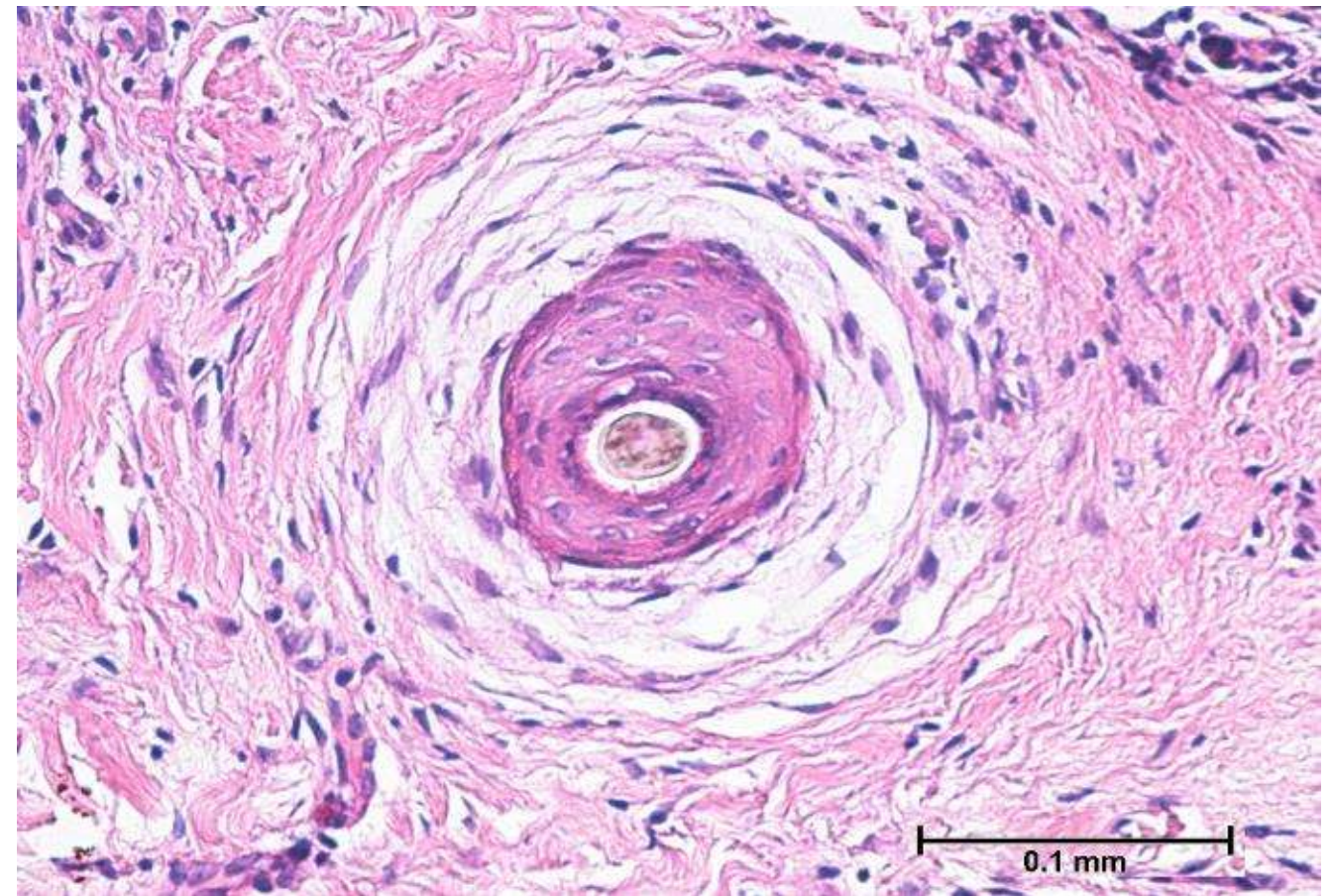
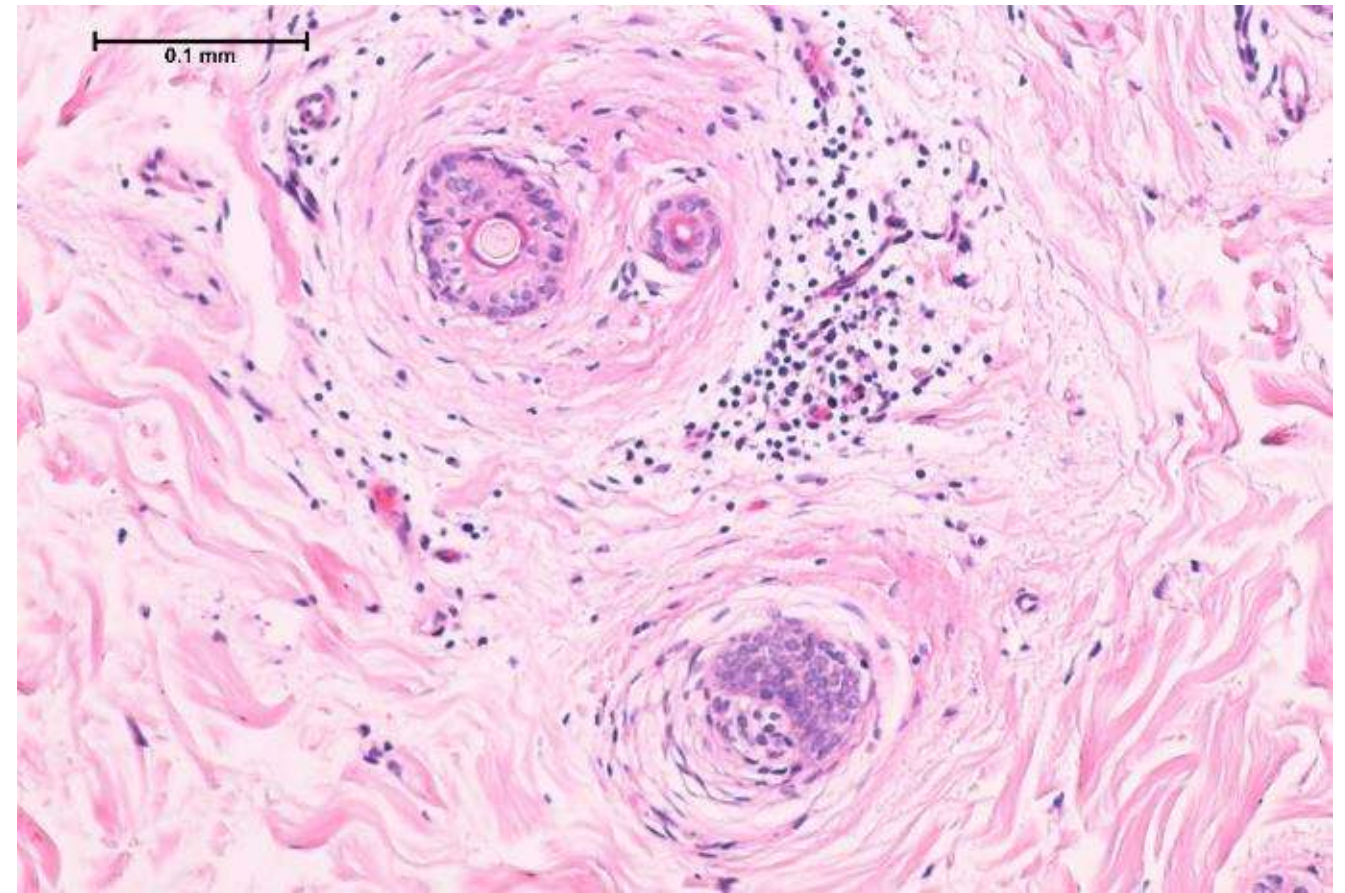
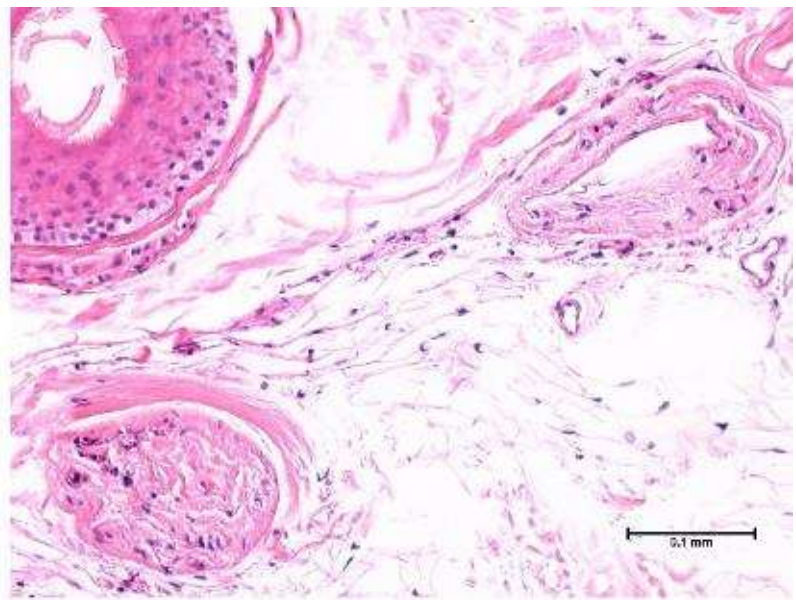
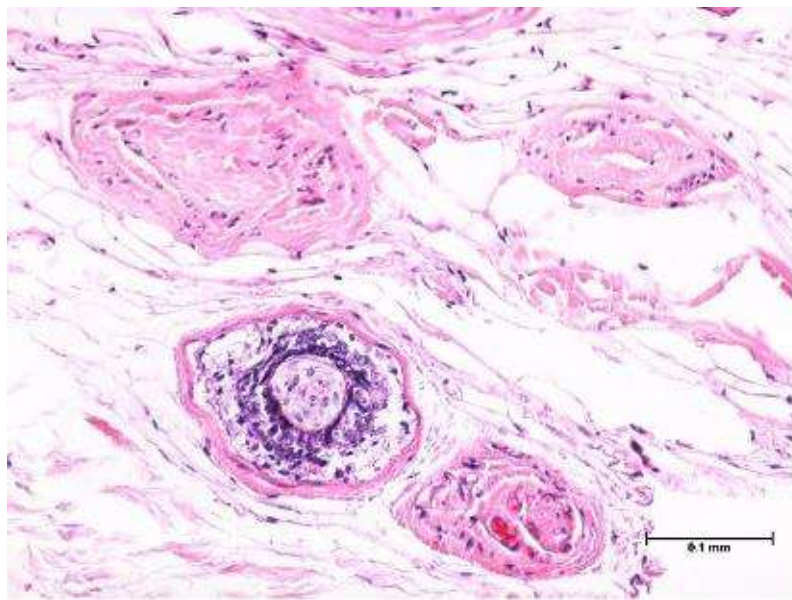
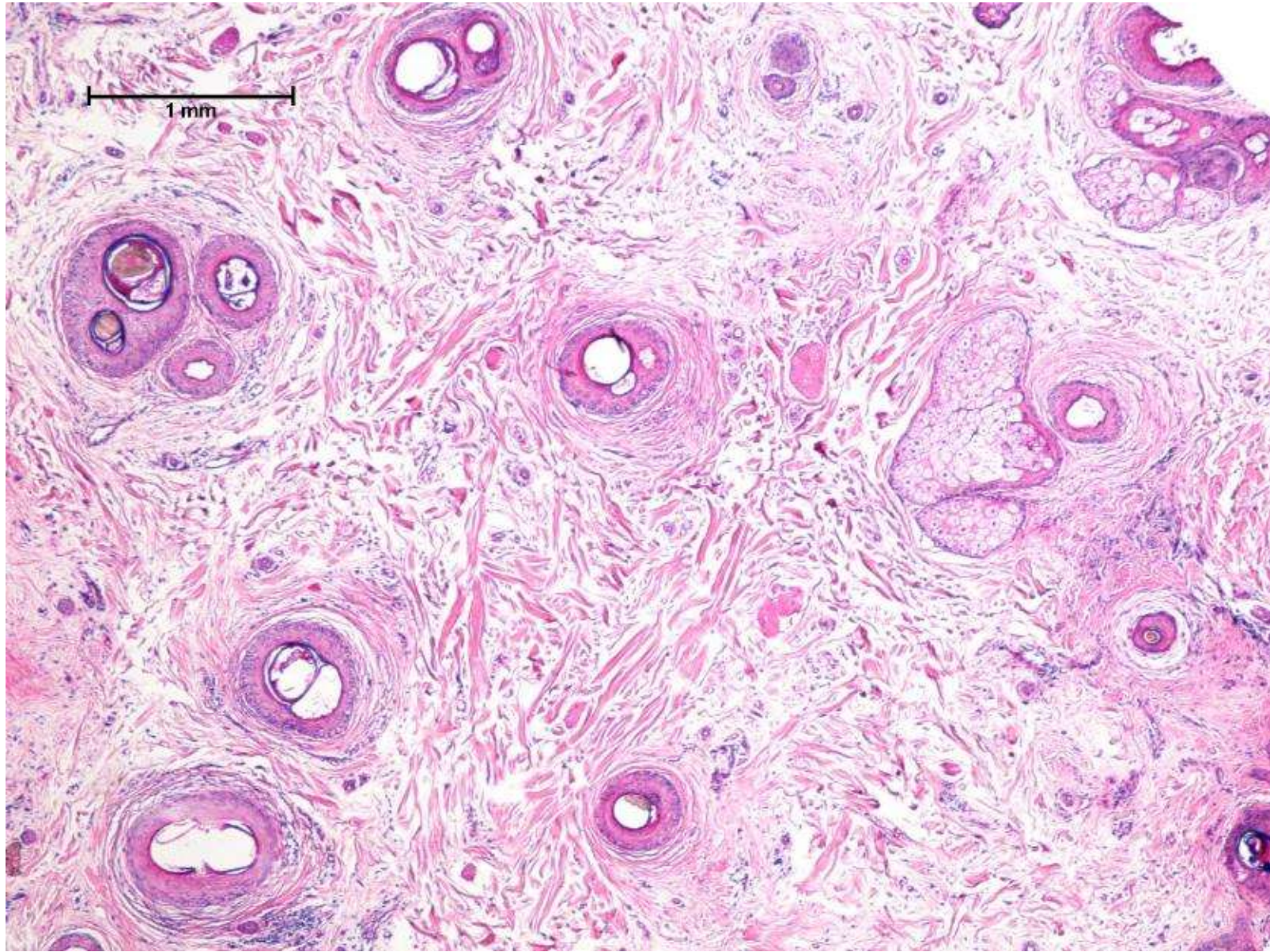
La histopatología muestra algunas particularidades:

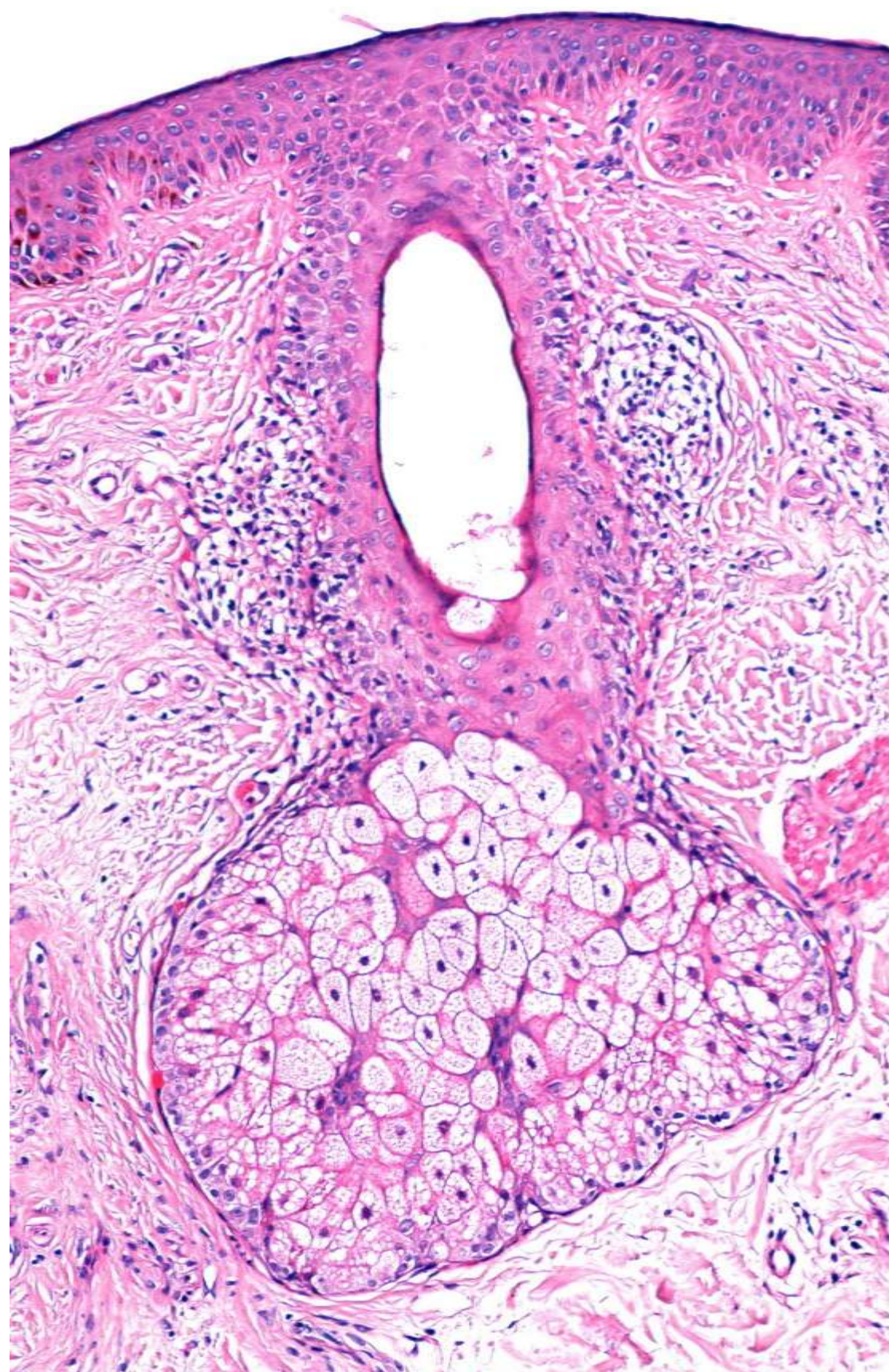
- Un número reducido de folículos pilosos con glándulas sebáceas reducidas o ausentes.
- El hallazgo histológico más notable es la presencia de un infiltrado liquenoide leve alrededor del istmo y la región infundibular, así como la fibrosis laminar perifolicular que afecta principalmente a los folículos miniaturizados.
- La presencia de cicatrices fibrosas es frecuente en pacientes con una larga historia de la enfermedad.



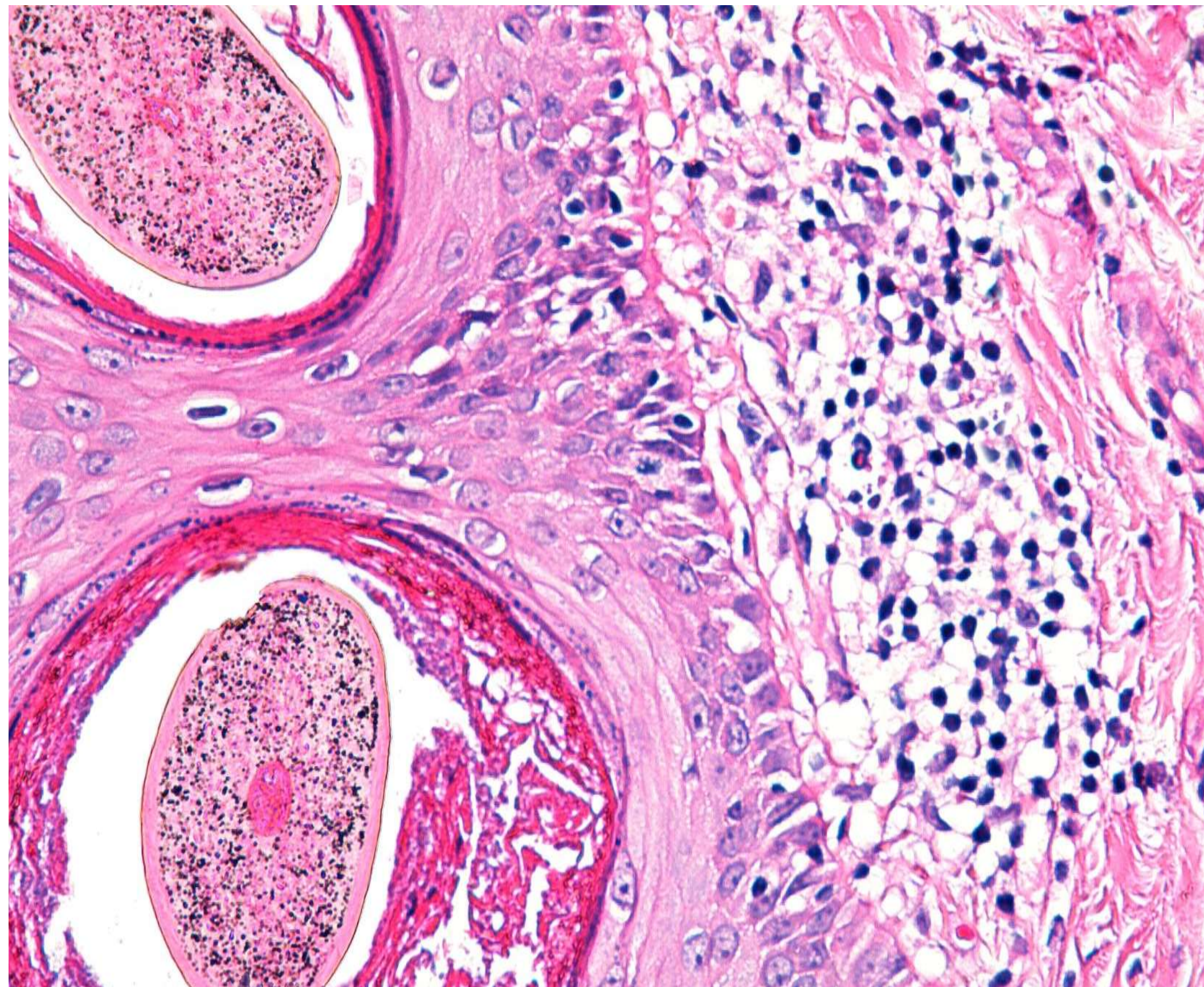
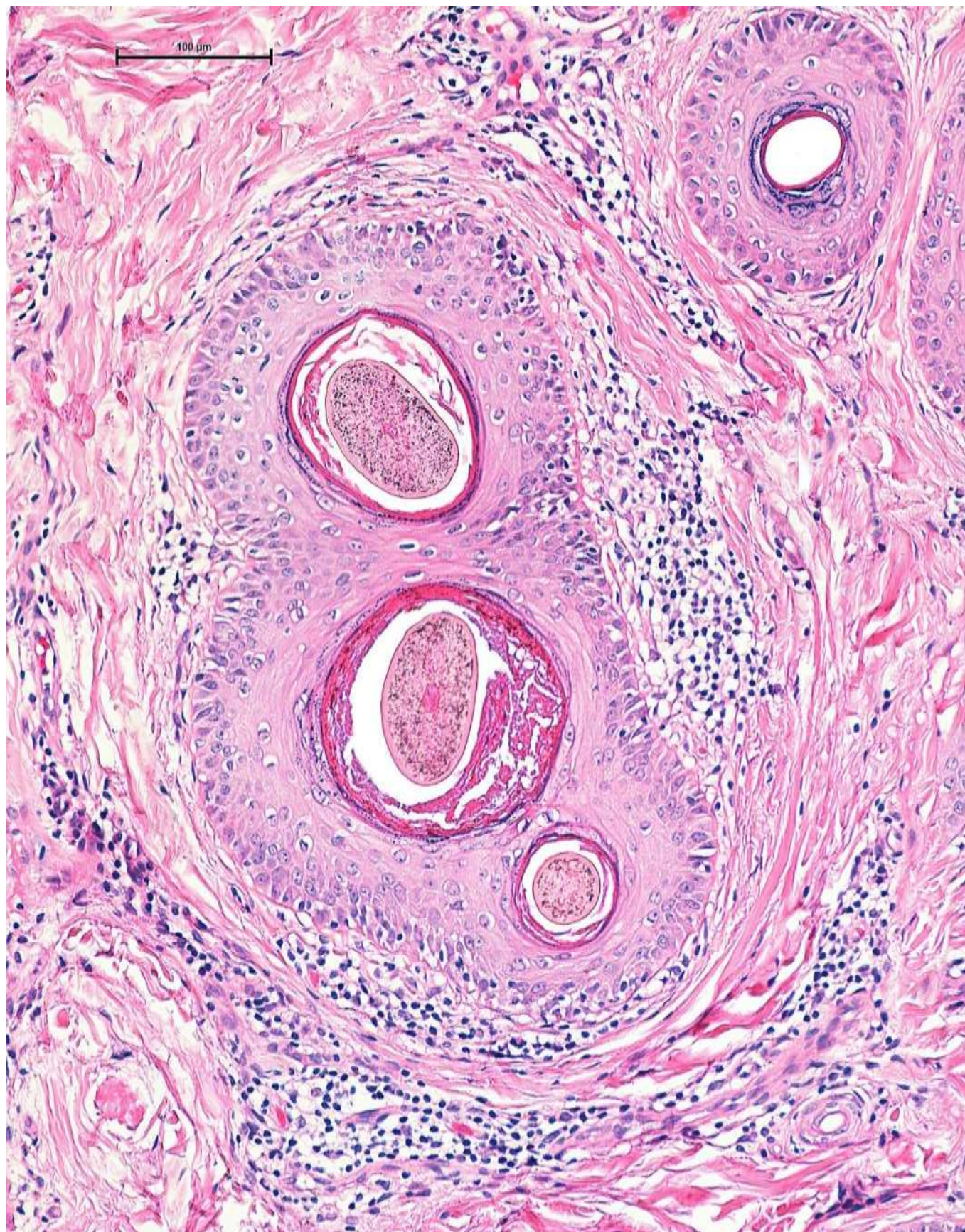






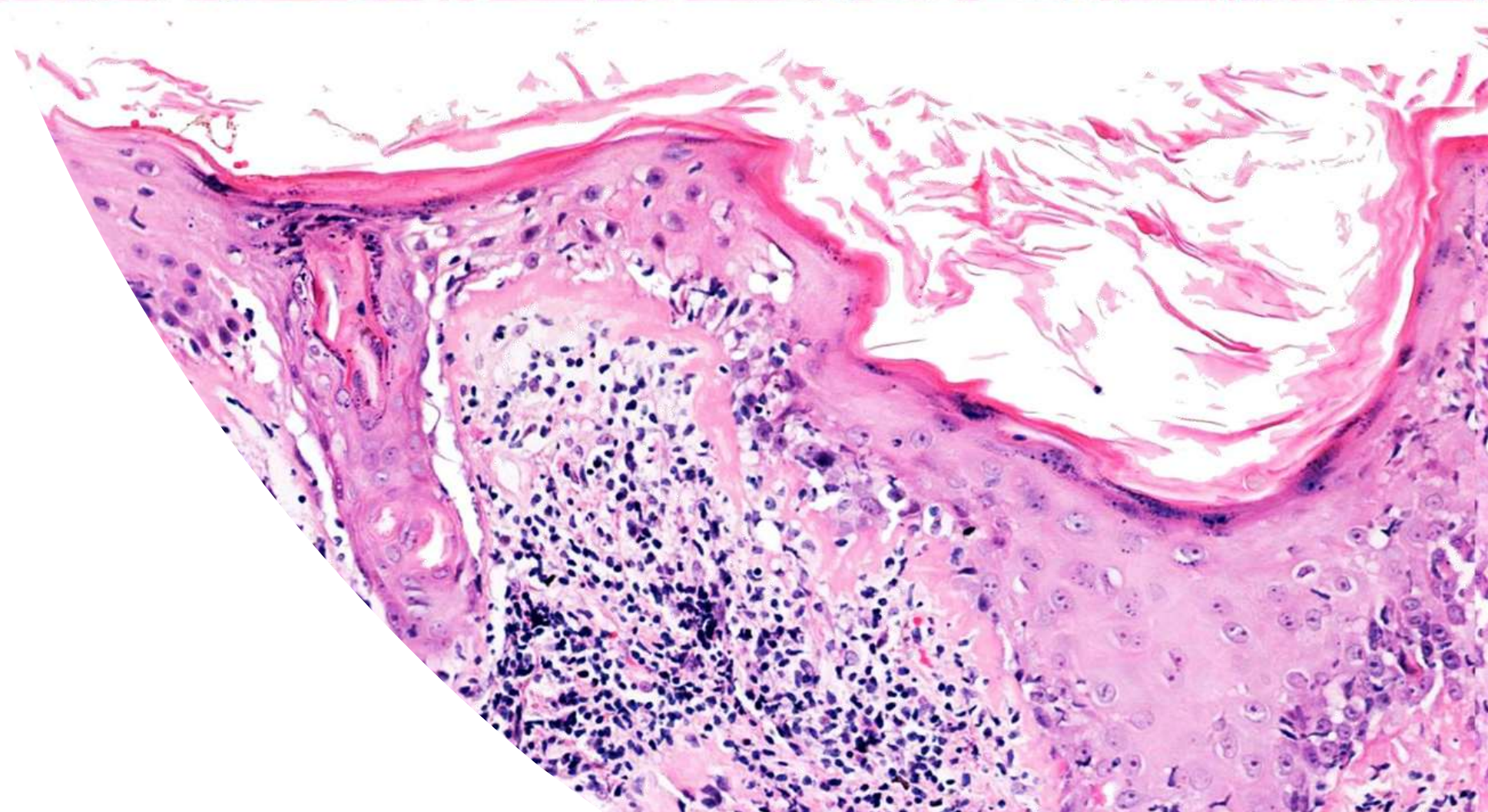
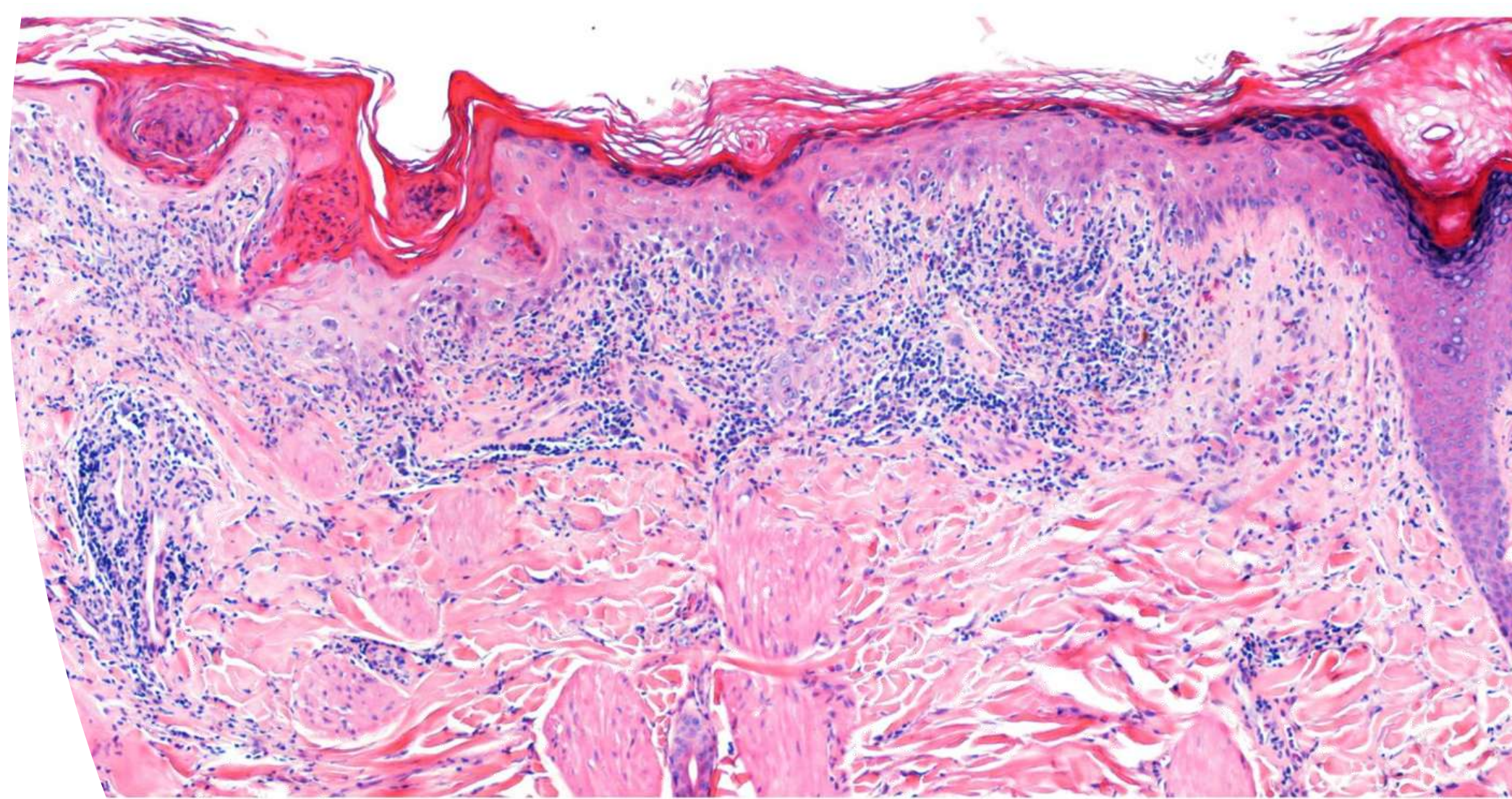


Pápulas Foliculares



Fibrosis e infiltrado perifolicular “normal”

LUPUS ERITEMATOSO (LE)



LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE (LED)

- Una de las muchas formas de afectar el cuero cabelludo es el LED .



Udompanich S, Chanprapaph K, Suchonwanit P.
**Cambios en el cabello y el cuero cabelludo en el
lupus eritematoso cutáneo y sistémico.**

Tabla 1. Manifestaciones en el cabello y el cuero cabelludo en el lupus eritematoso cutáneo y sistémico

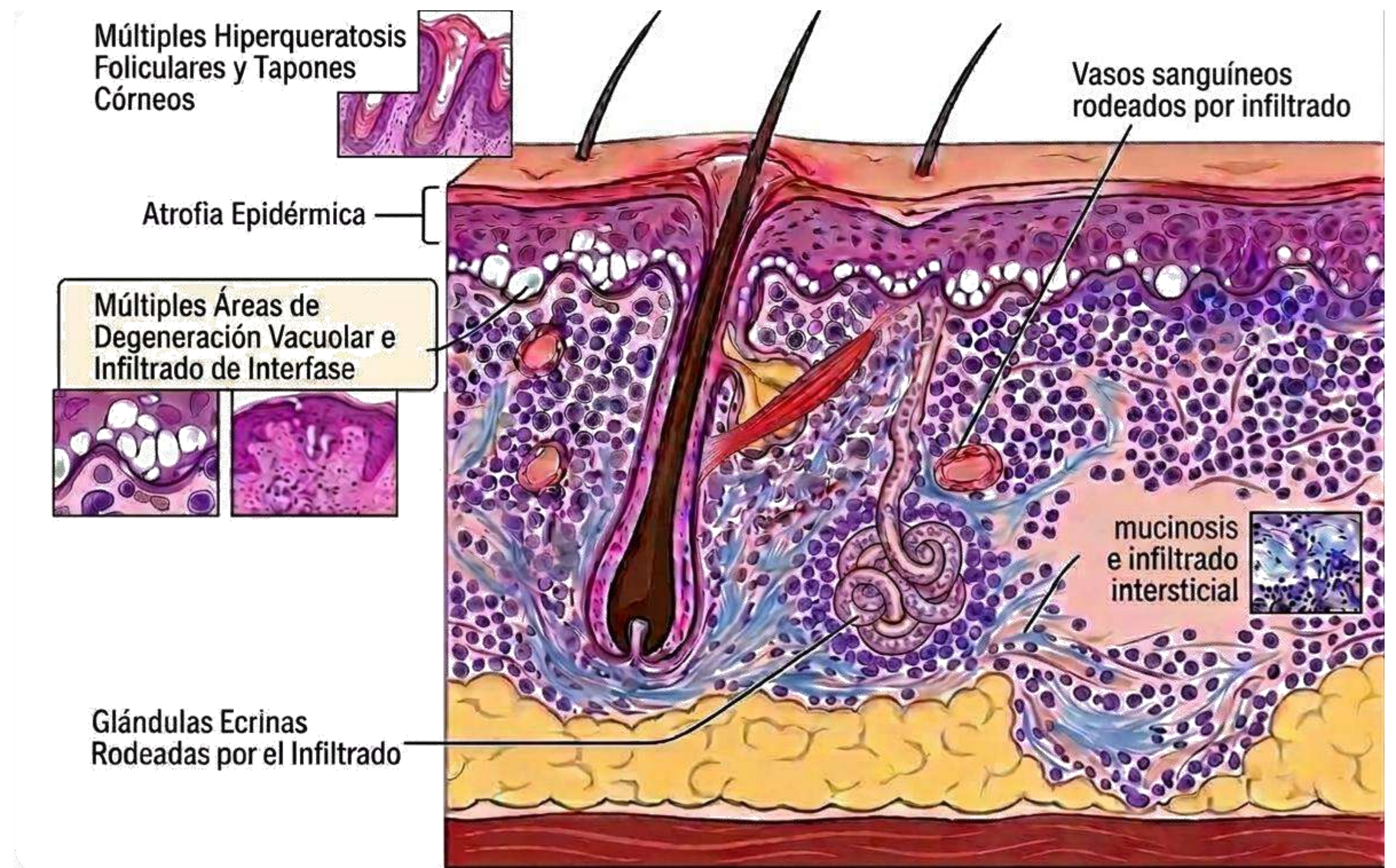
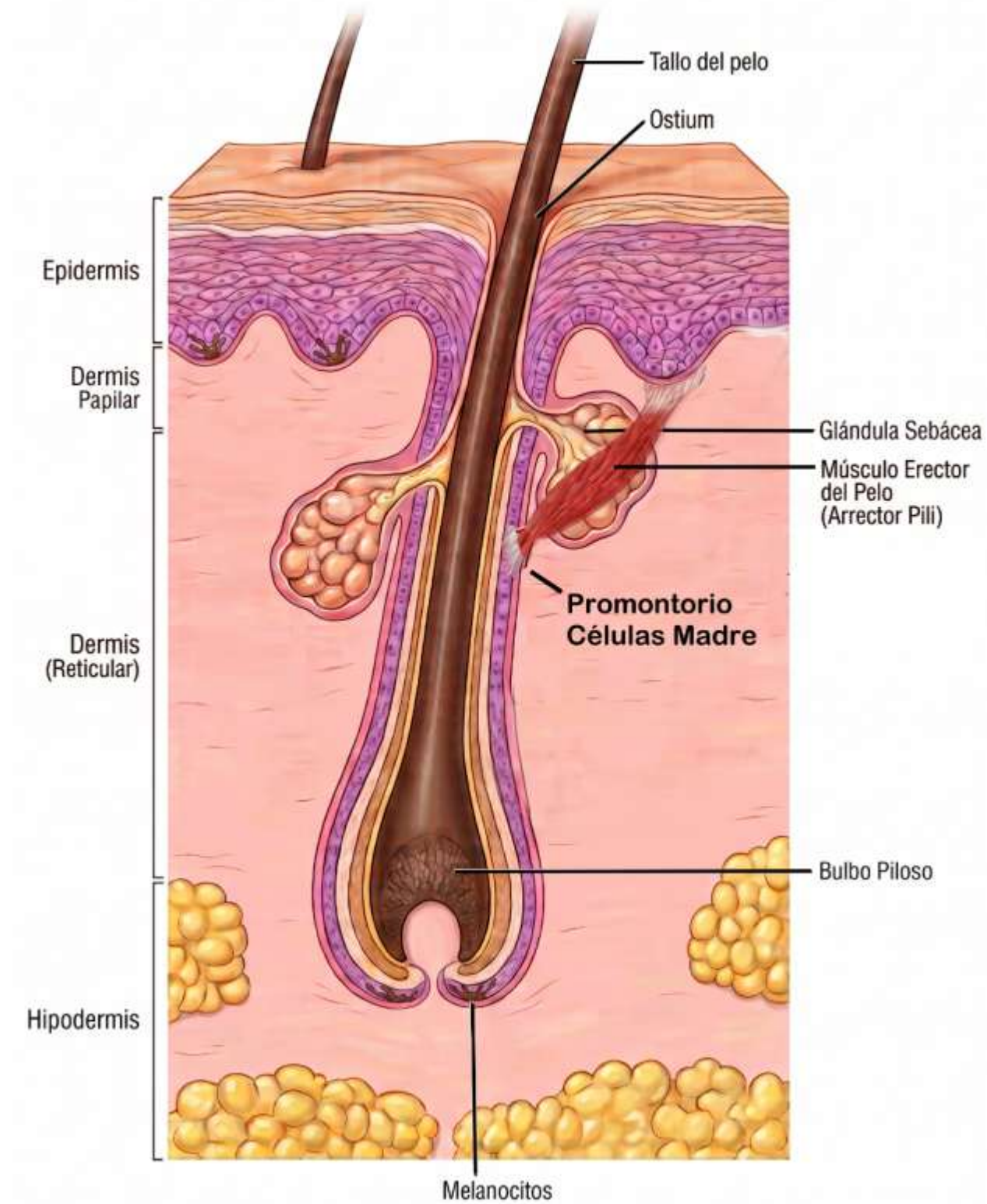
Categoría	Clasificación	Condición
LE-específico		LE inespecífico
Cicatrizar:		Efluvio telógeno
Lupus eritematoso discoide		Efluvio anágeno
Paniculitis lúpica clásica/profunda		Alopecia areata
No cicatricial:		Lesiones cutáneas secundarias relacionadas con LES:
Alopecia difusa no cicatricial en LES		Alopecia mucinosa
Alopecia parcheada no cicatricial en LES		Hamartoma folicular basaloide
Cabello lúpico		Calcinosis cutánea distrófica en el cuero cabelludo
Paniculitis lúpica lineal y anular del cuero cabelludo		Anomalías del tallo del cabello relacionadas con LES

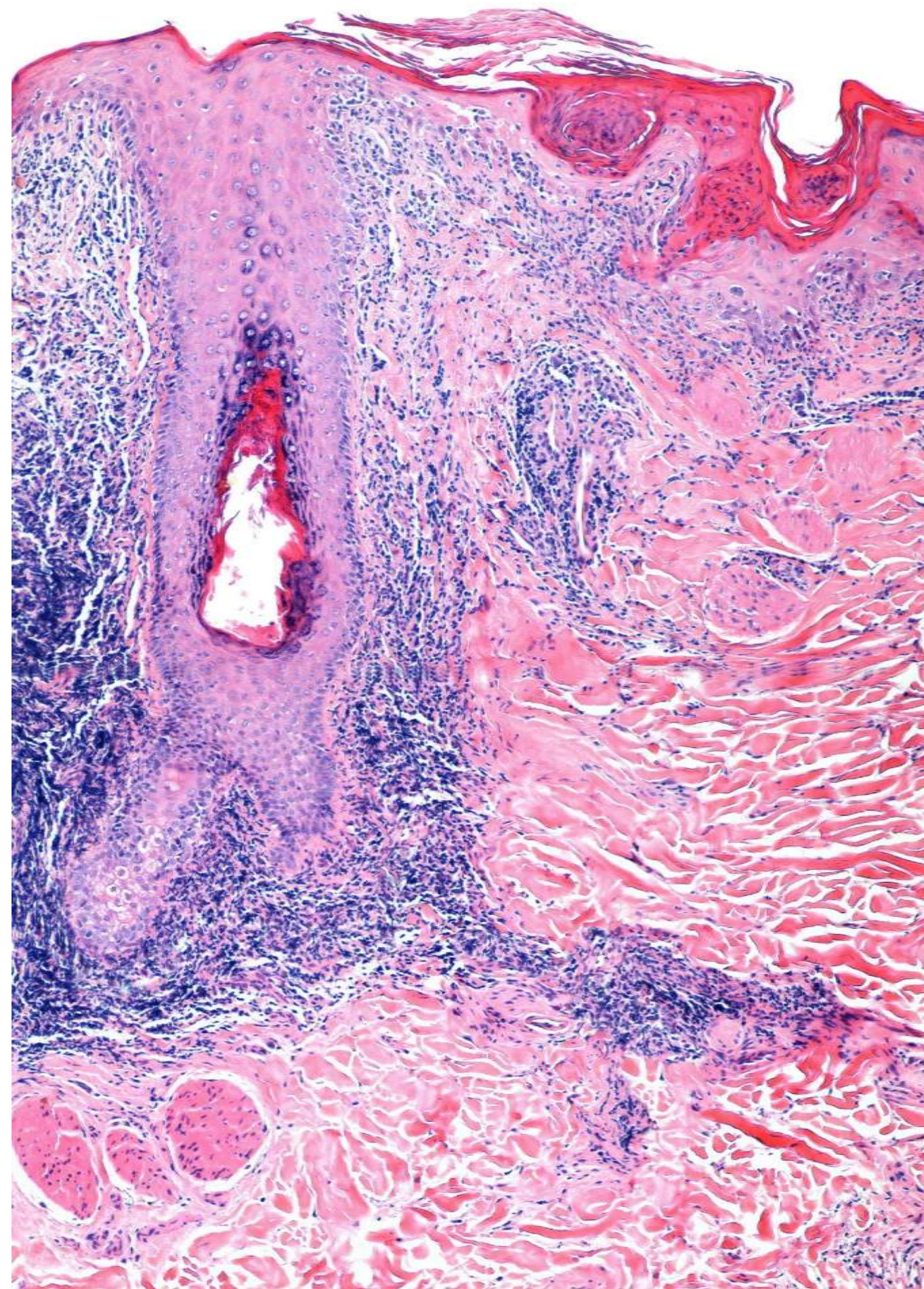
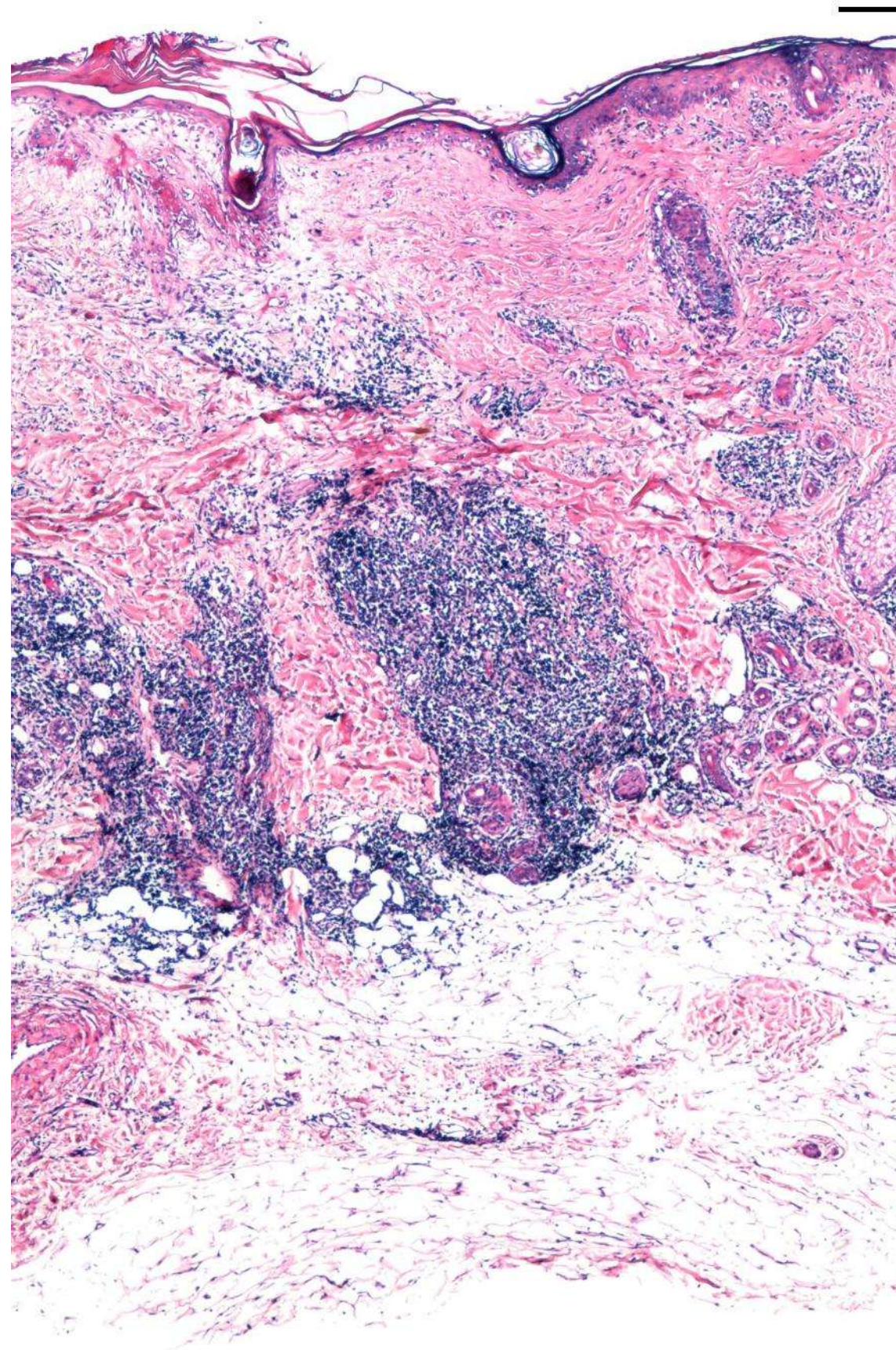
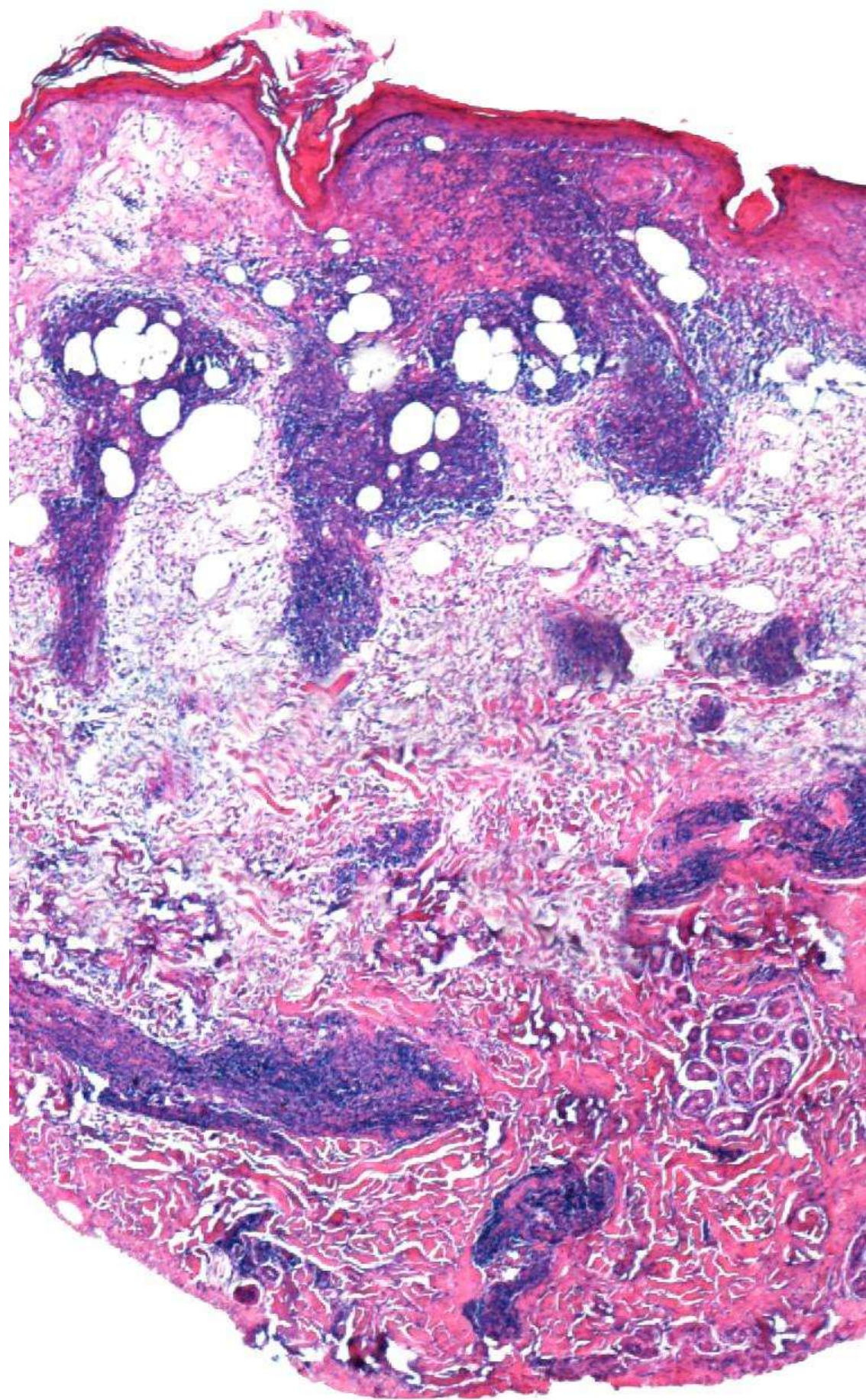
LE lupus eritematoso, *LES* lupus eritematoso sistémico



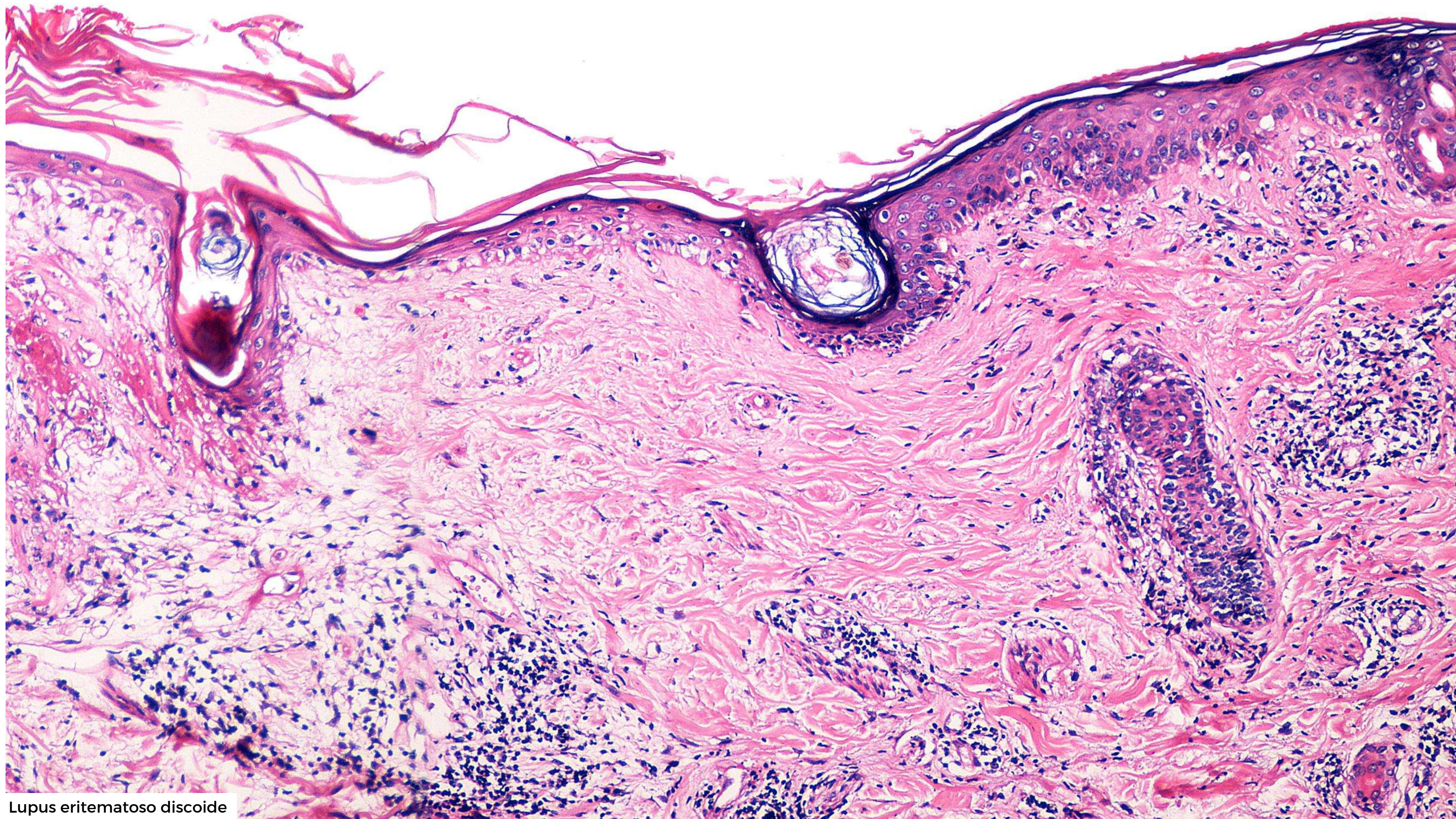
LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE (LED)

Es la única AC en la que la actividad inflamatoria puede estar presente en el centro de la placa alopécica.

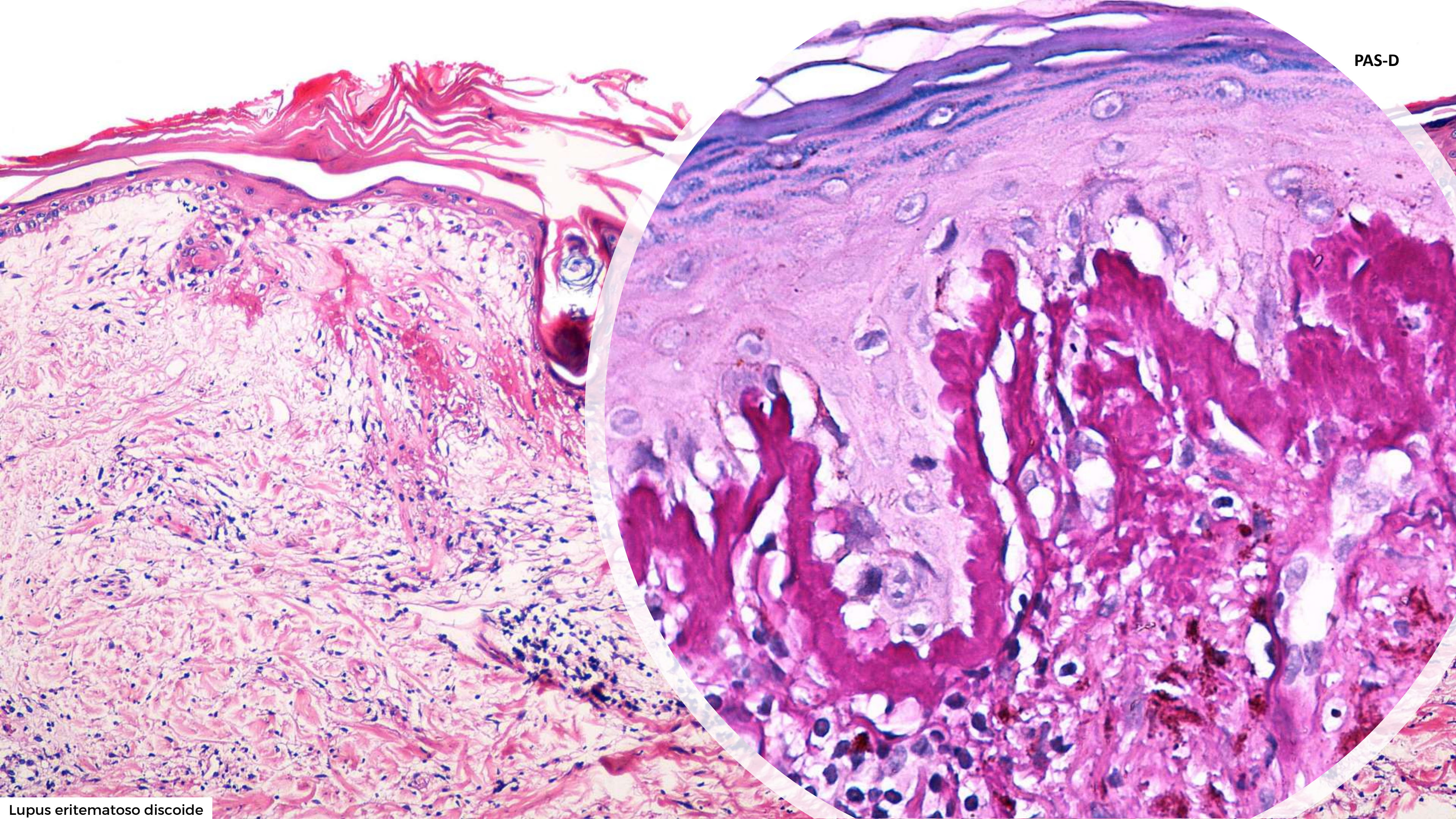




Lupus eritematoso discoide

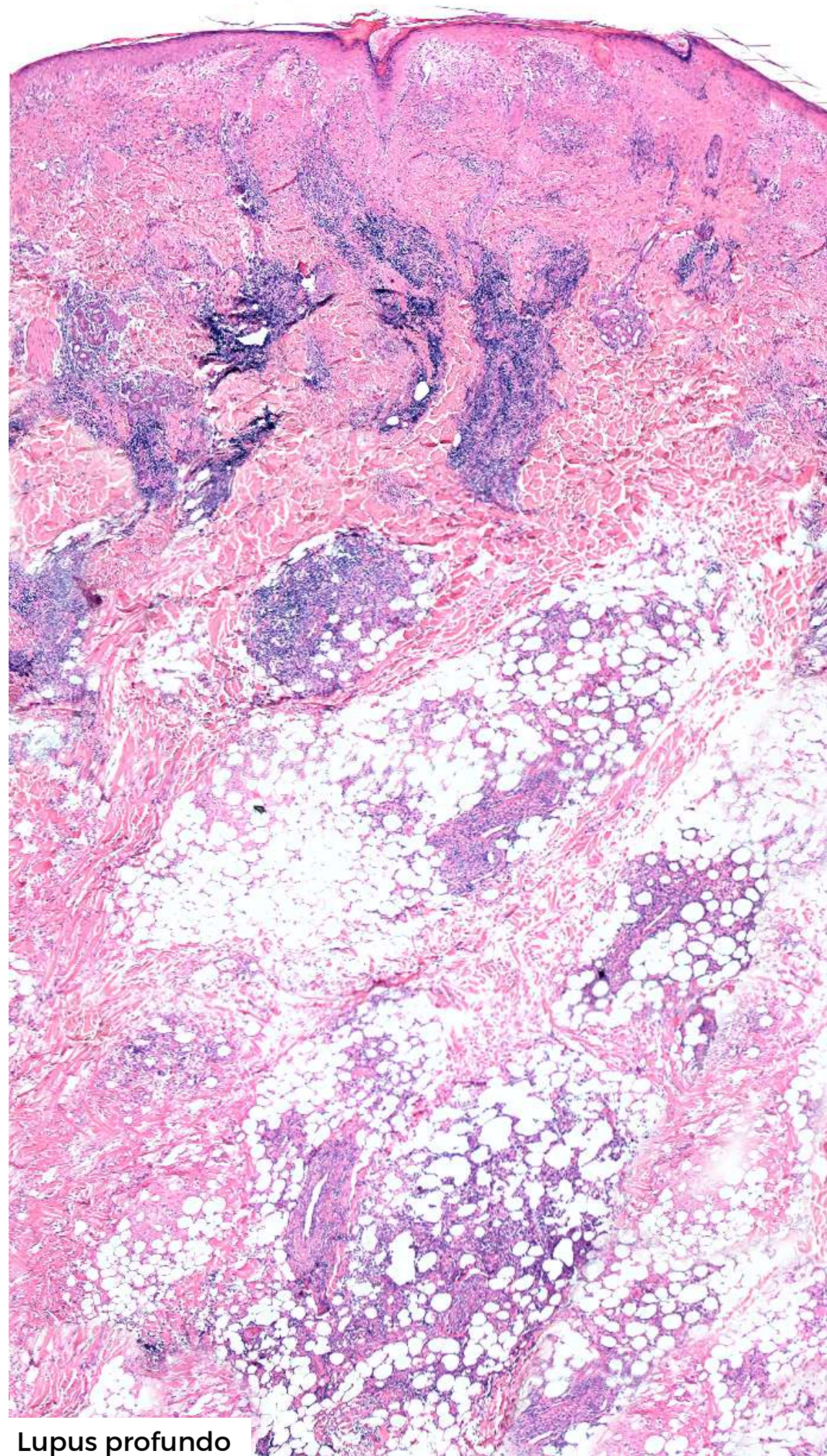


Lupus eritematoso discoide

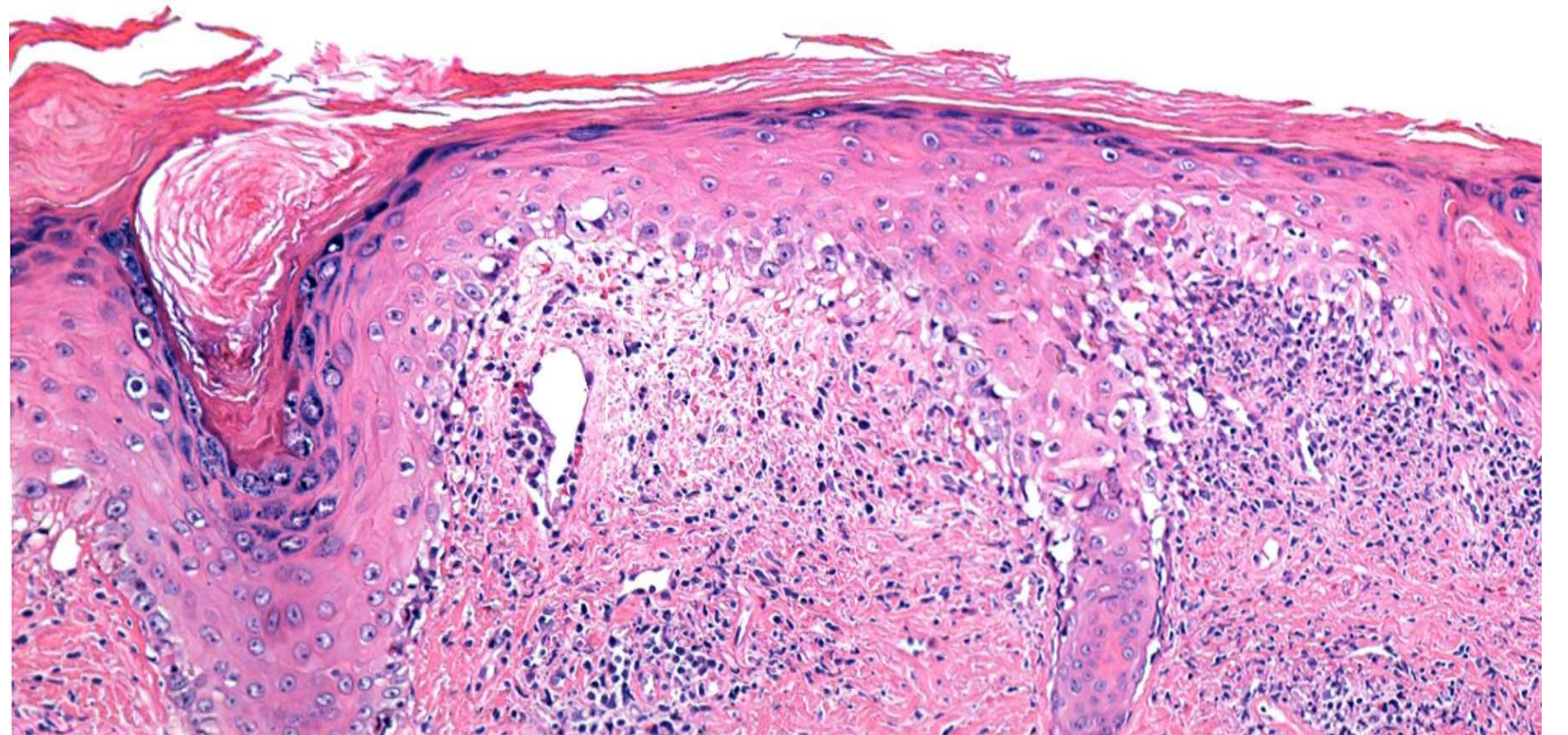
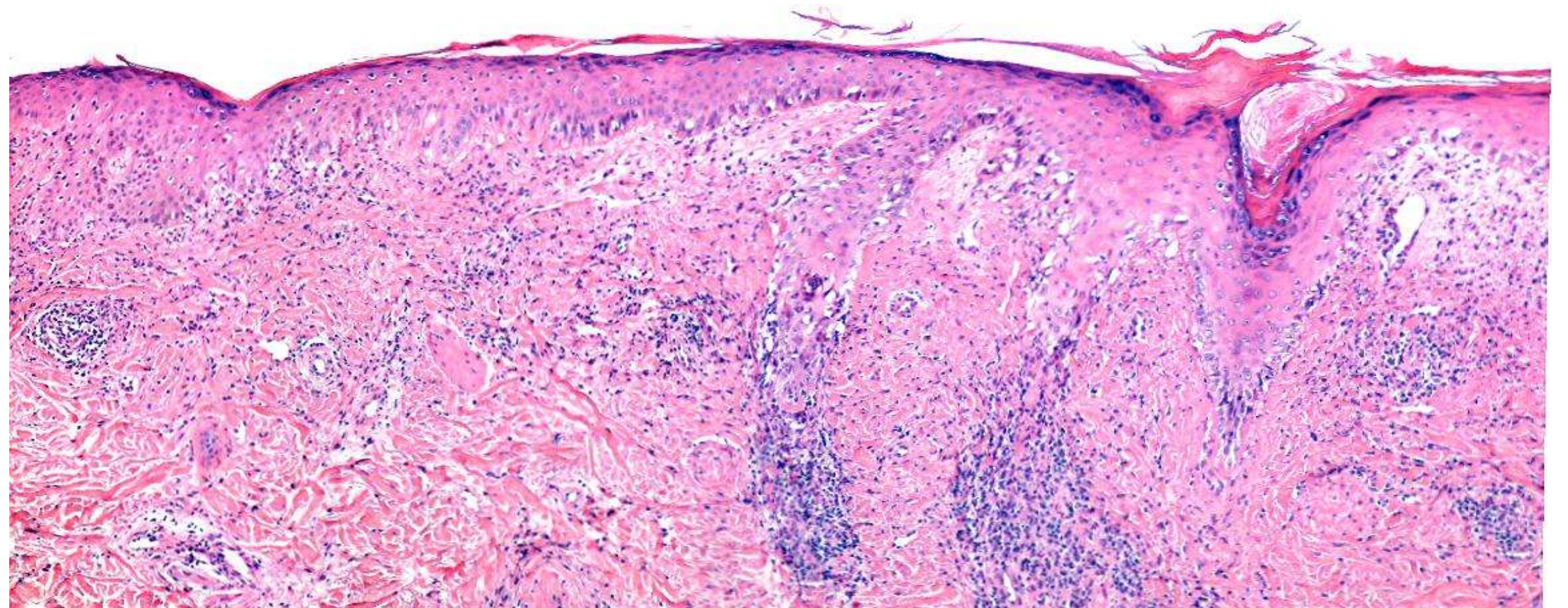


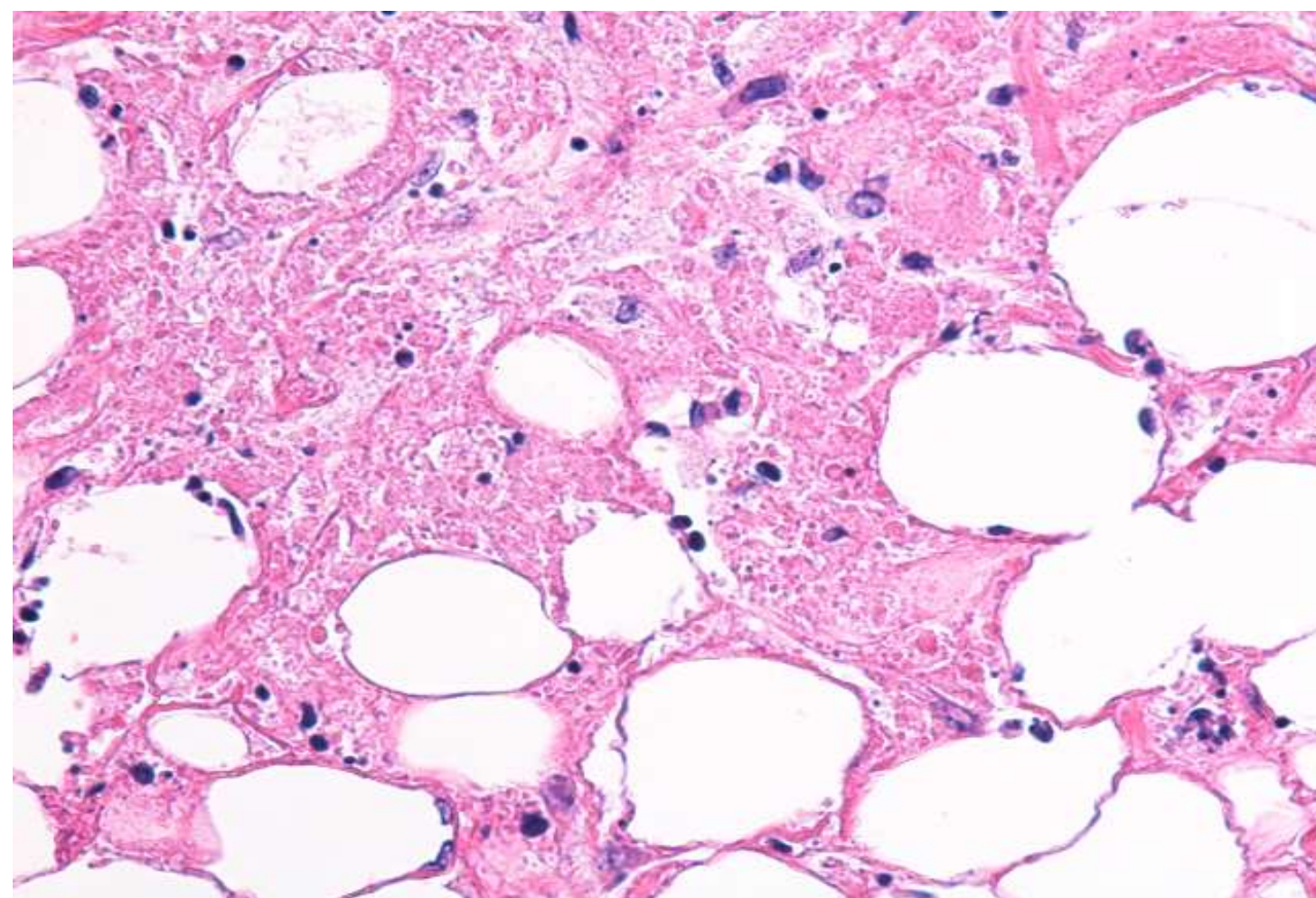
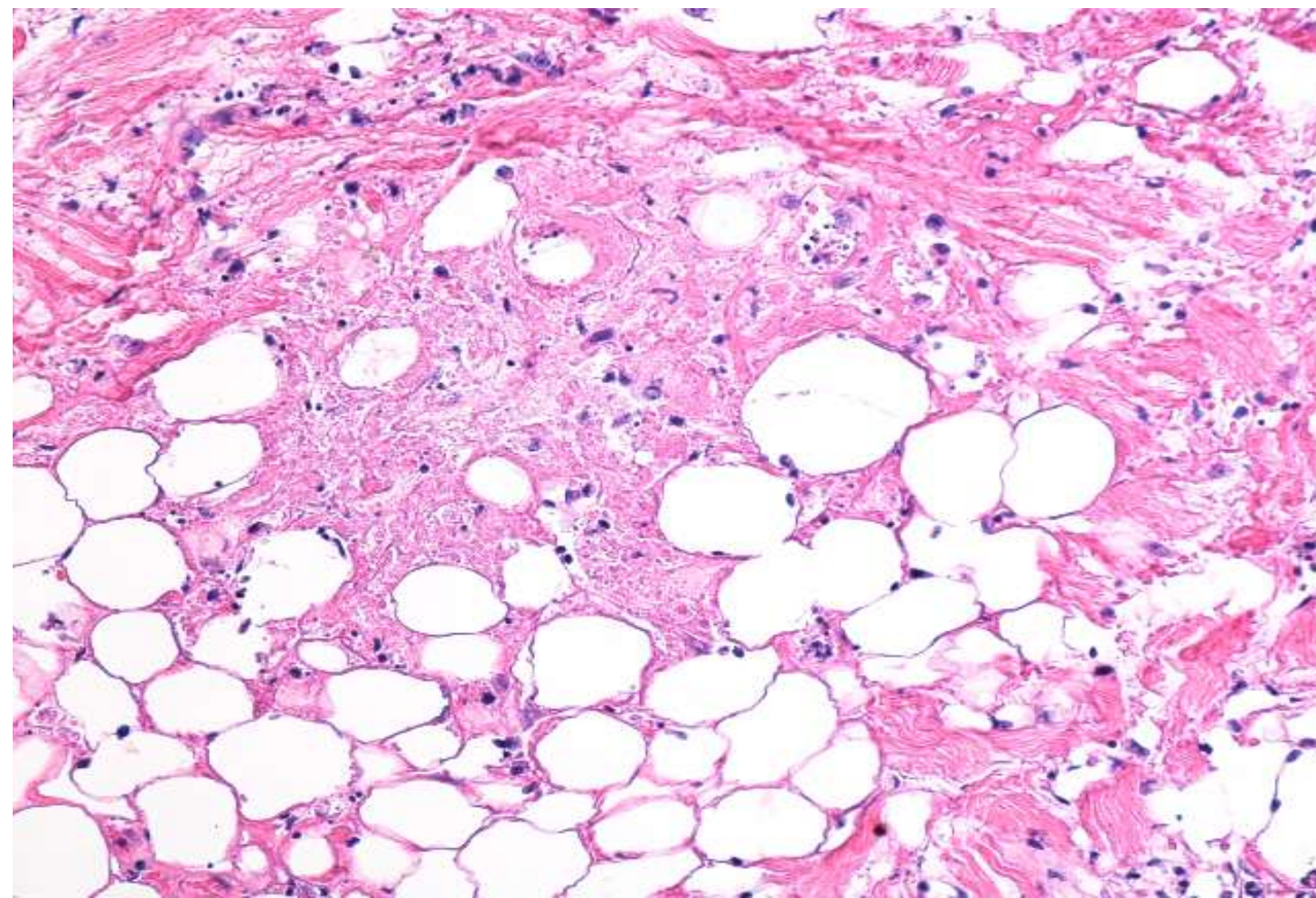
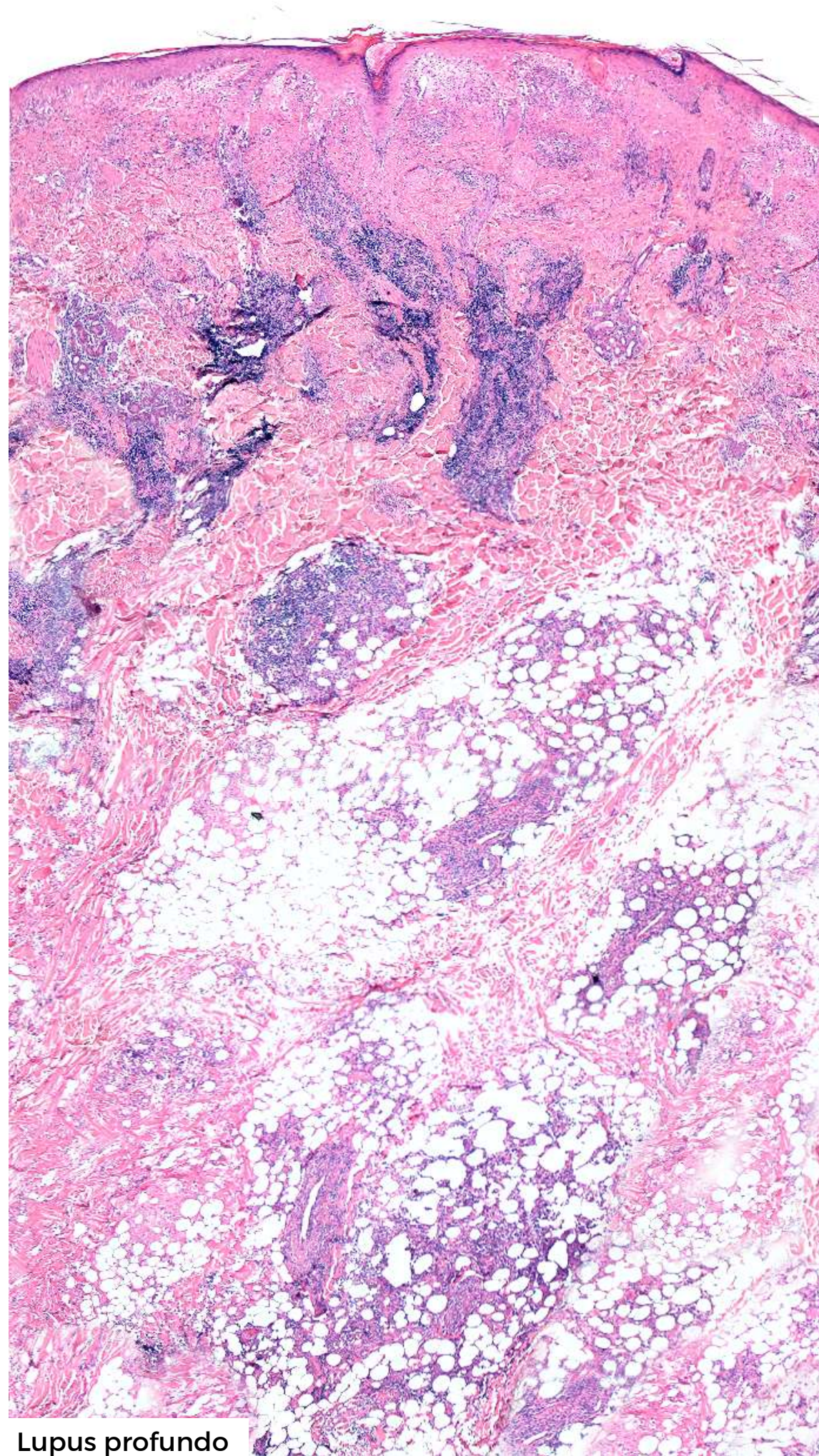
PAS-D

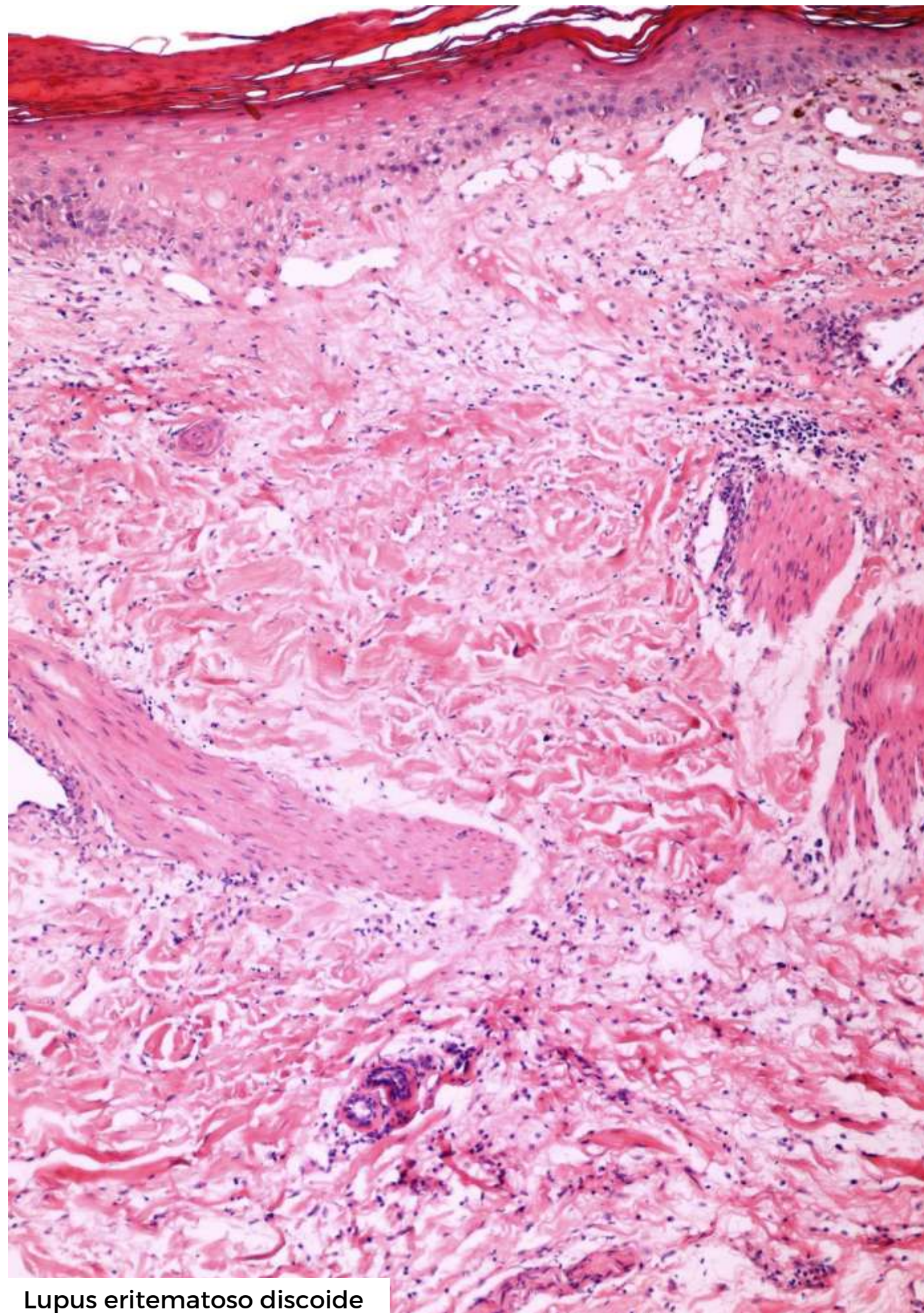
Lupus eritematoso discoide



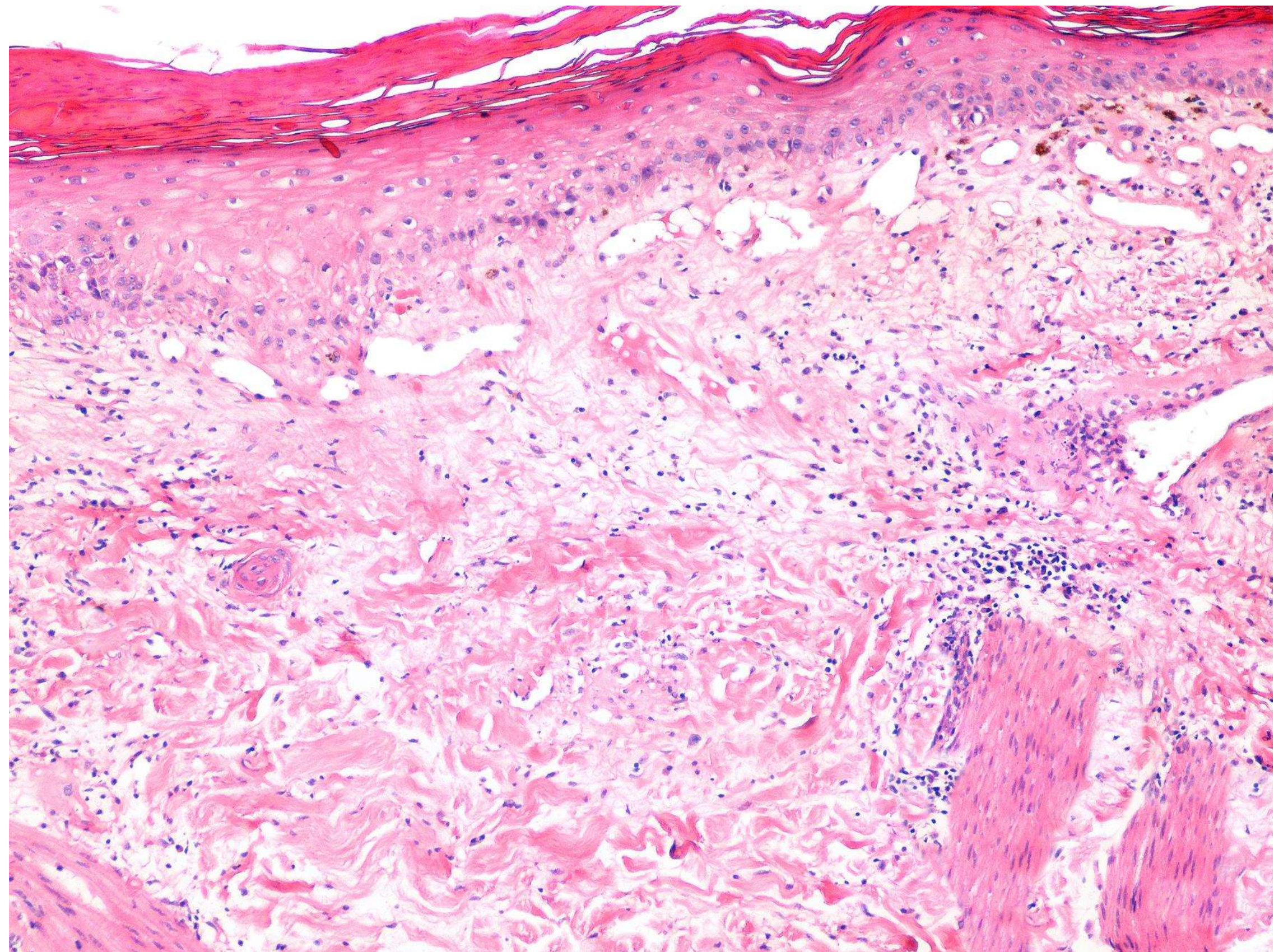
Lupus profundo



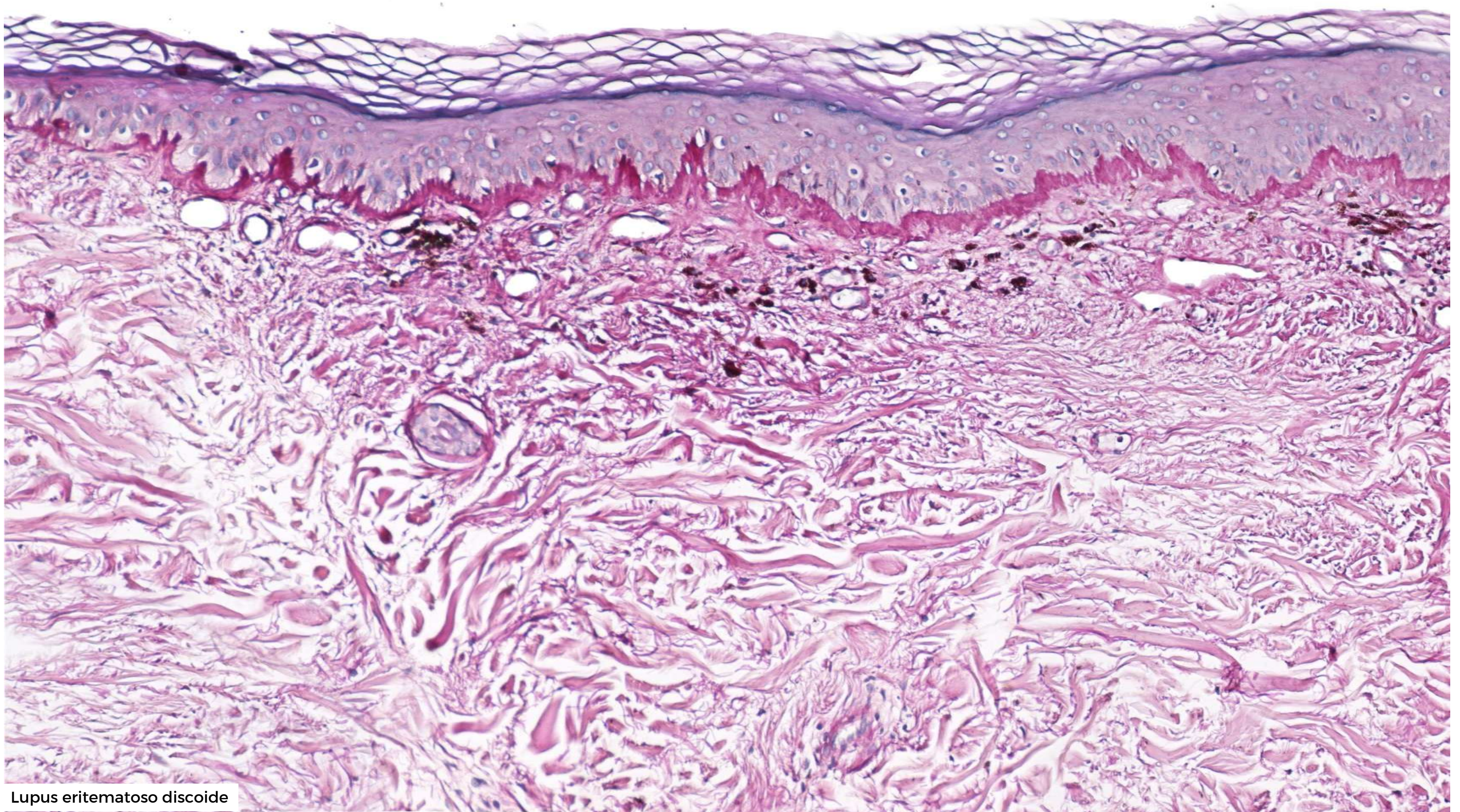




Lupus eritematoso discoide

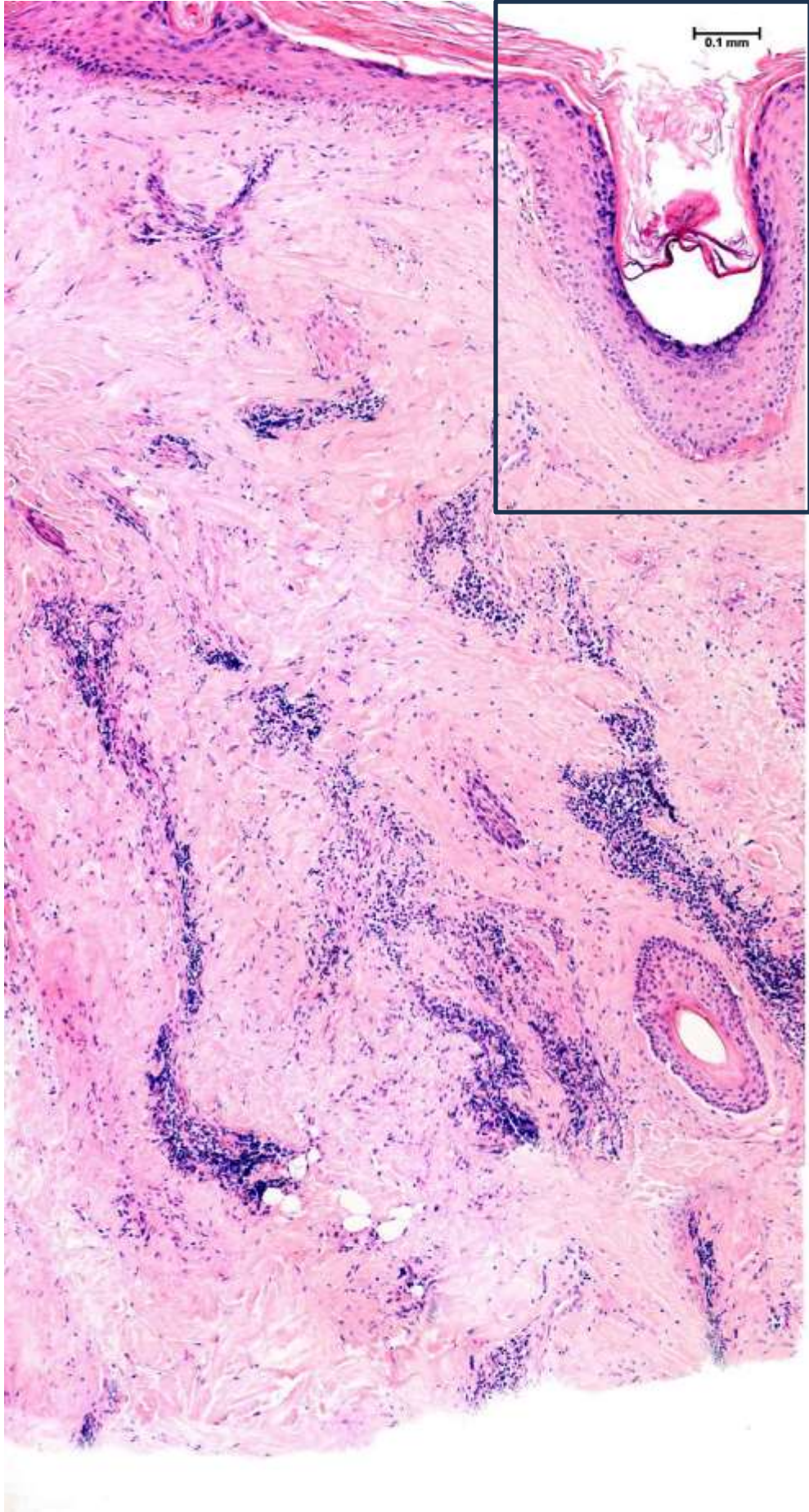
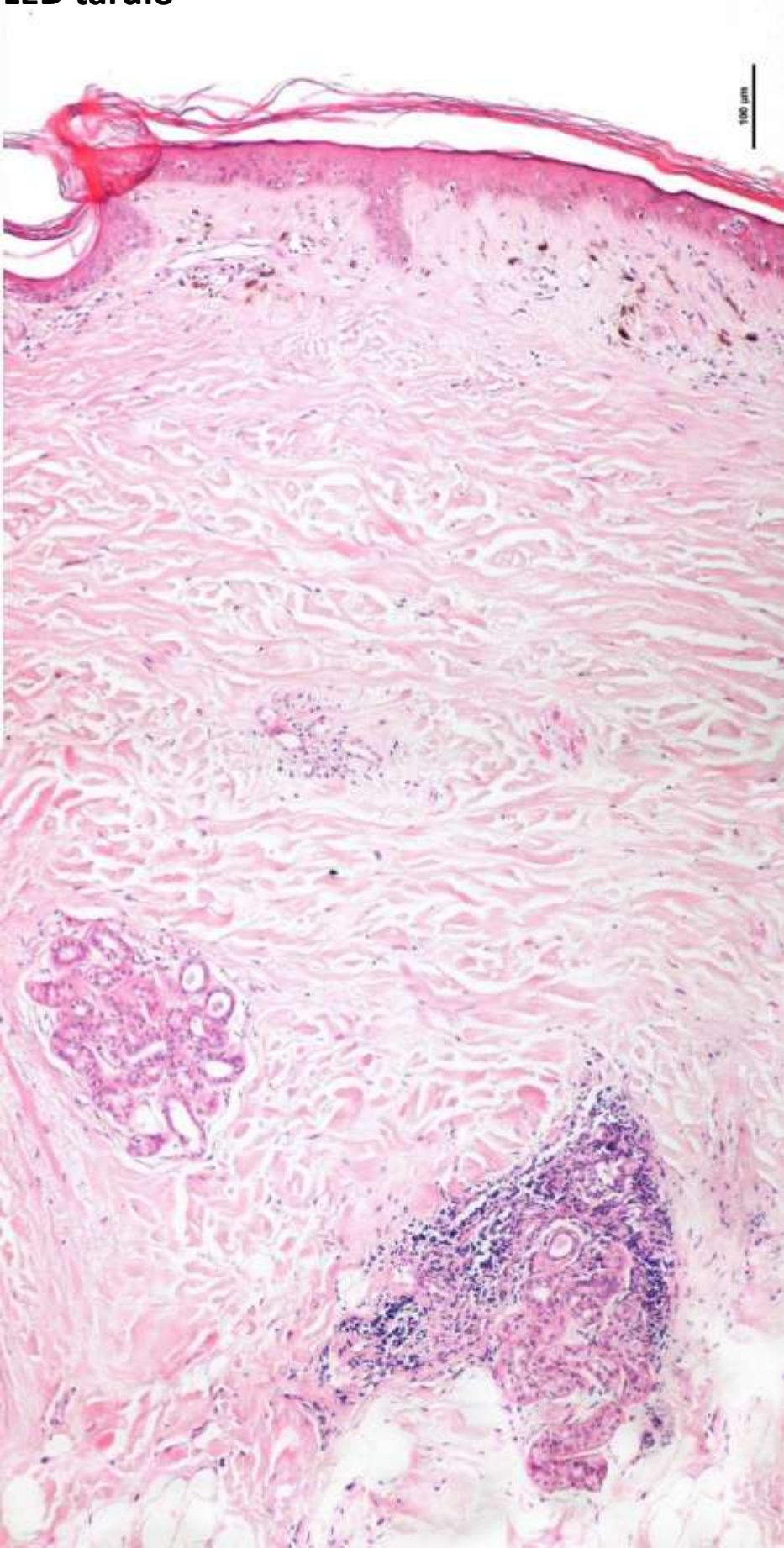


PAS-D



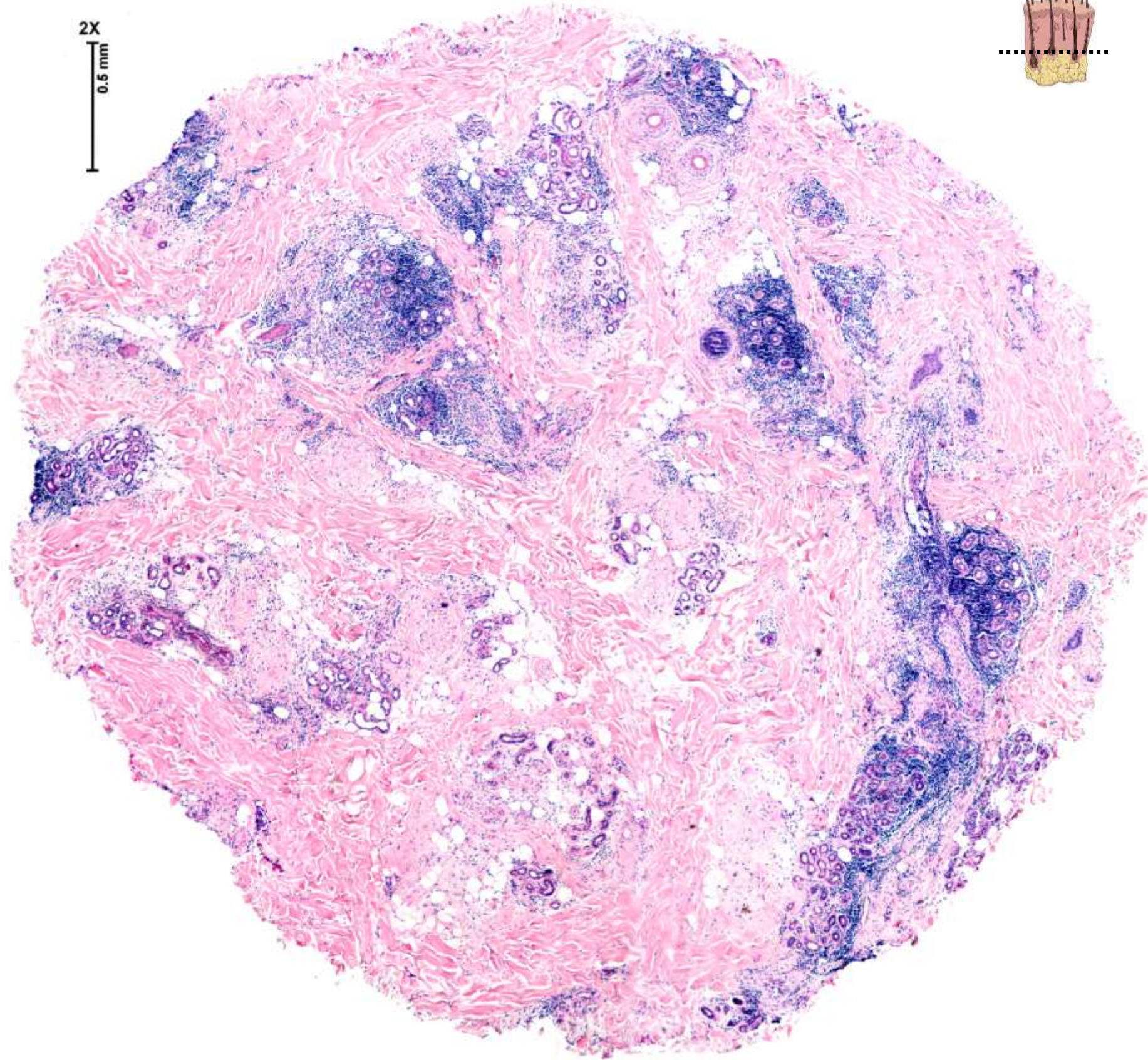
Lupus eritematoso discoide

LED tardío

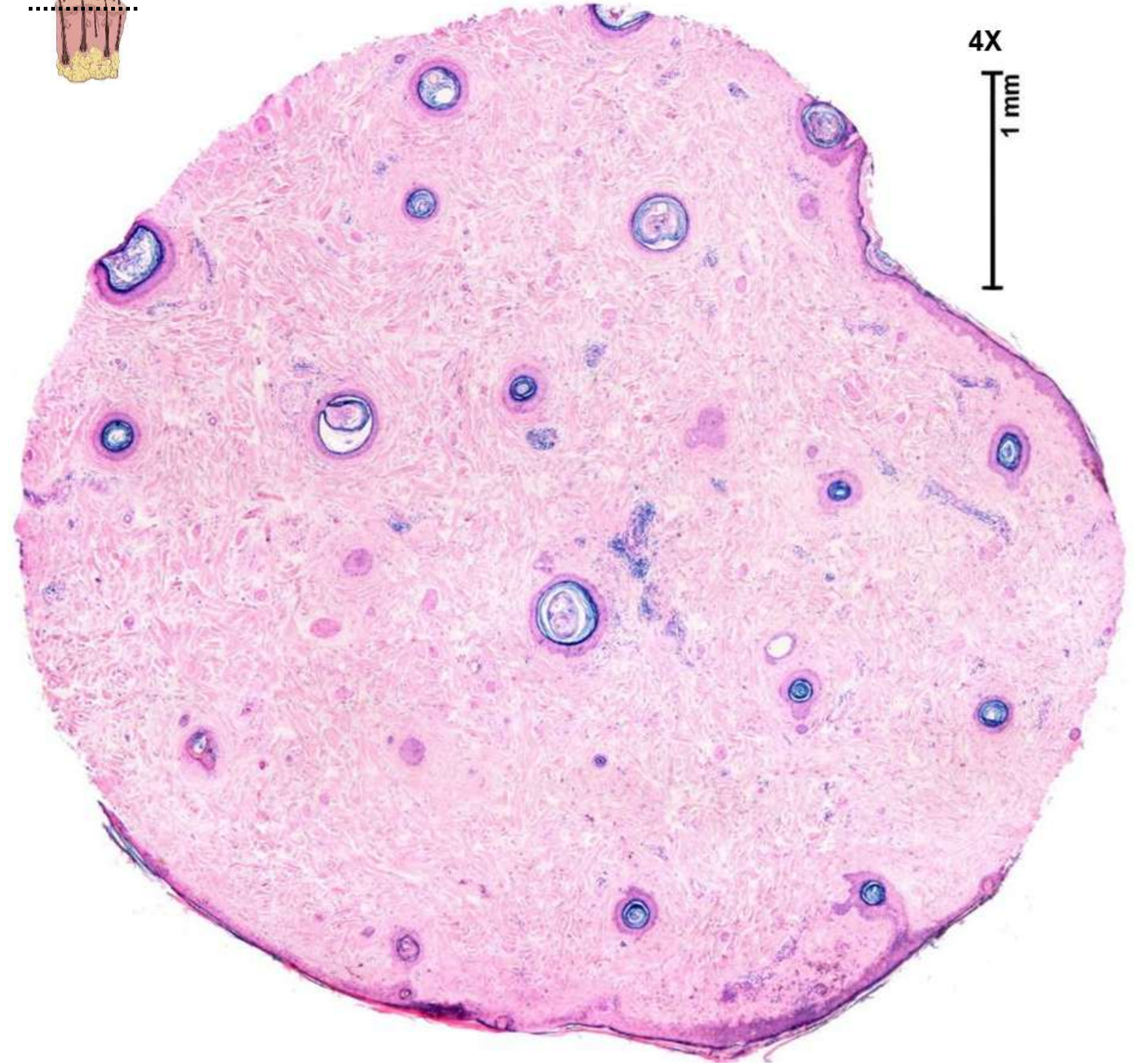


LED tardío

2X
0.5 mm



4X
1 mm

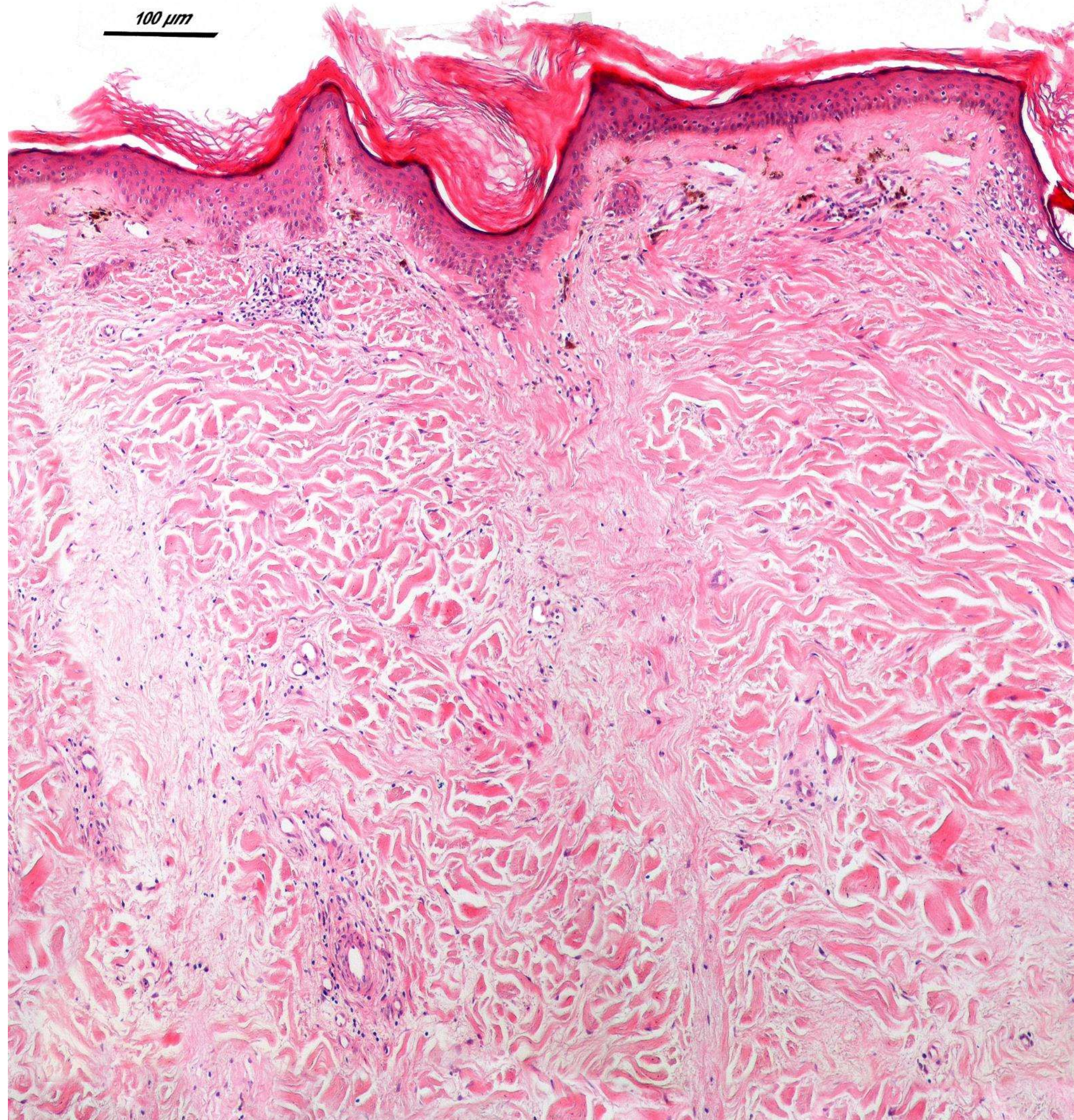


LED tardío

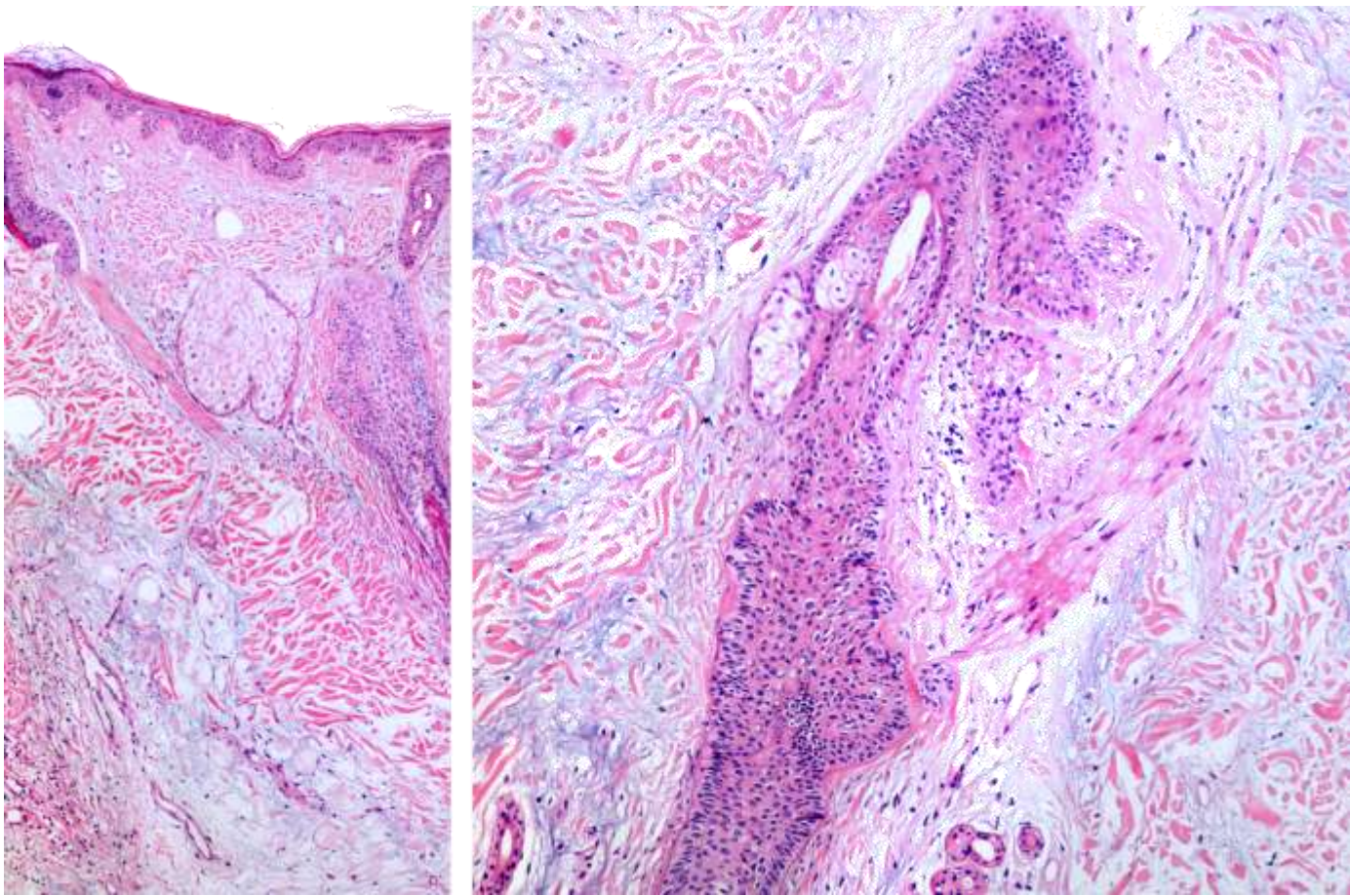
500 μ m



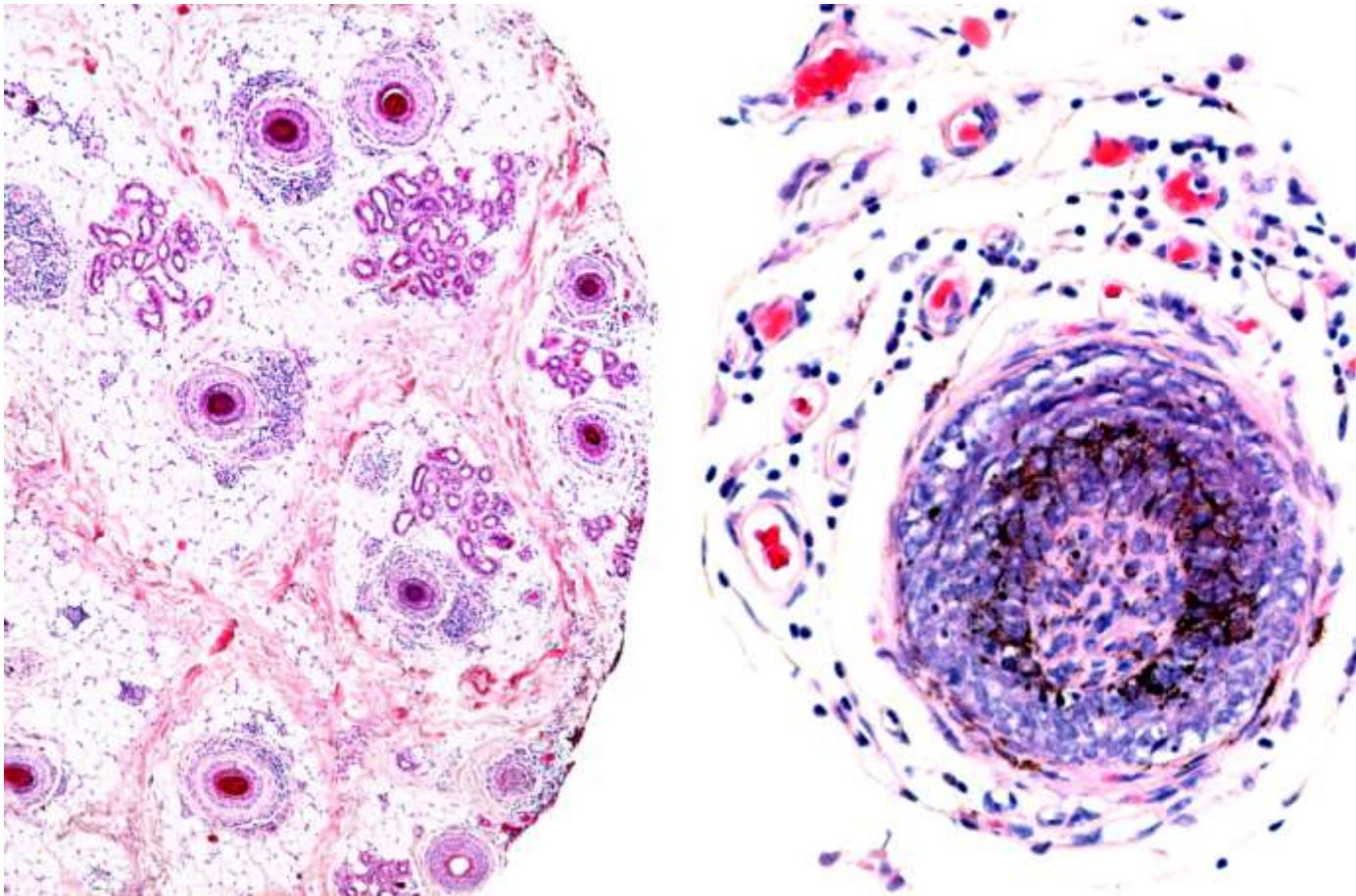
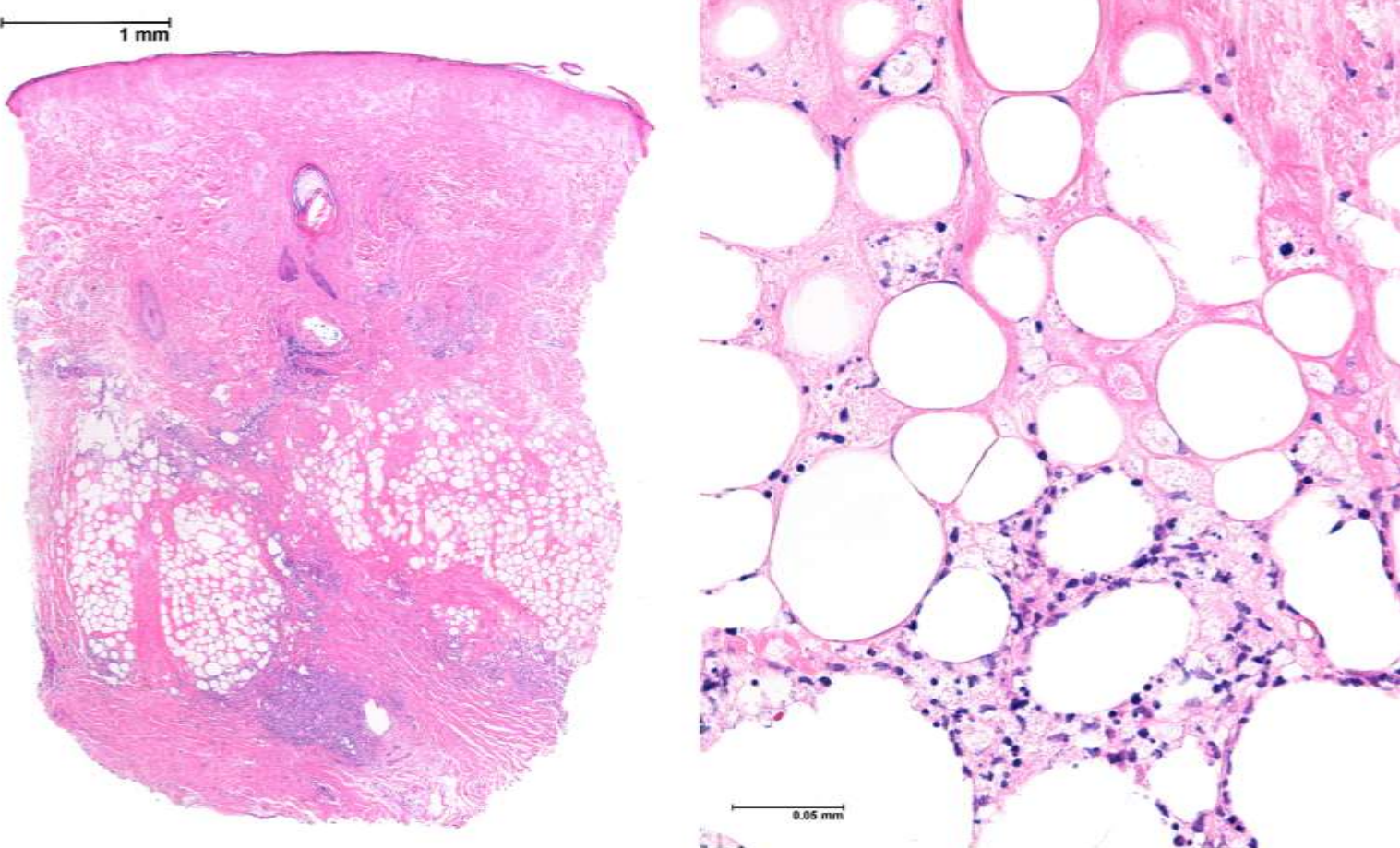
100 μ m



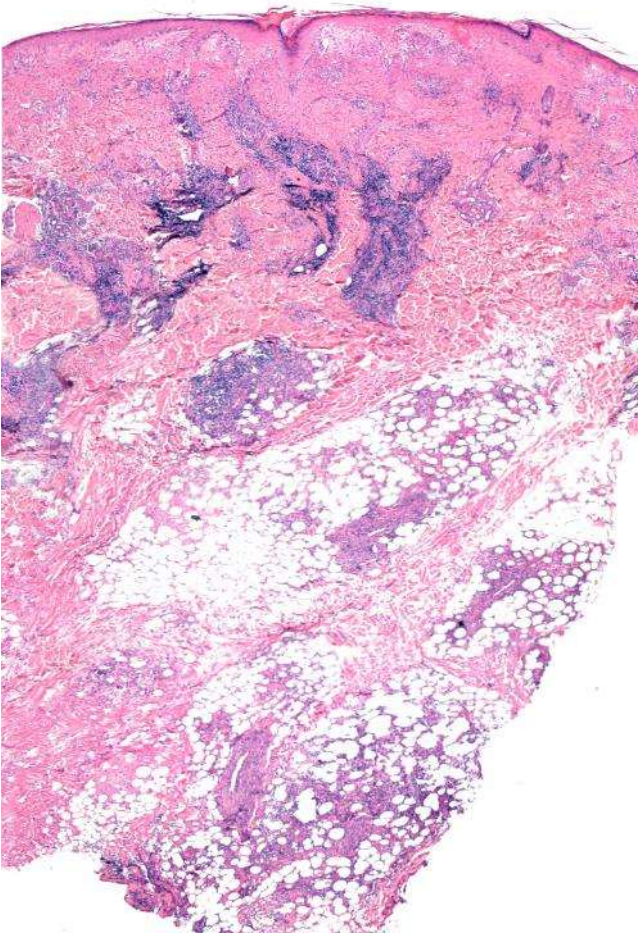
Lupus tumidus



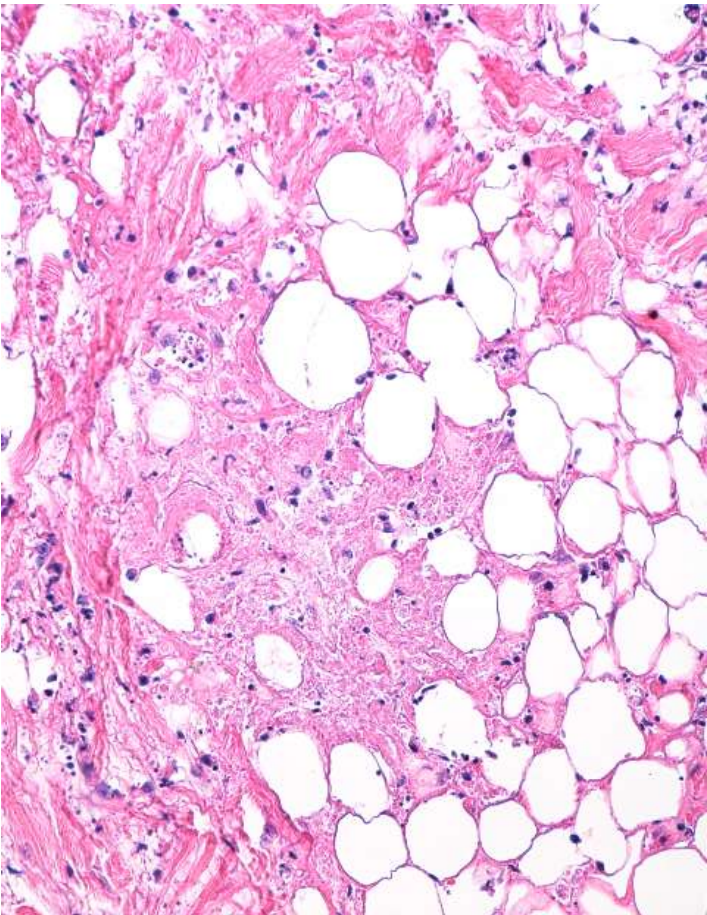
Lupus profundo lineal



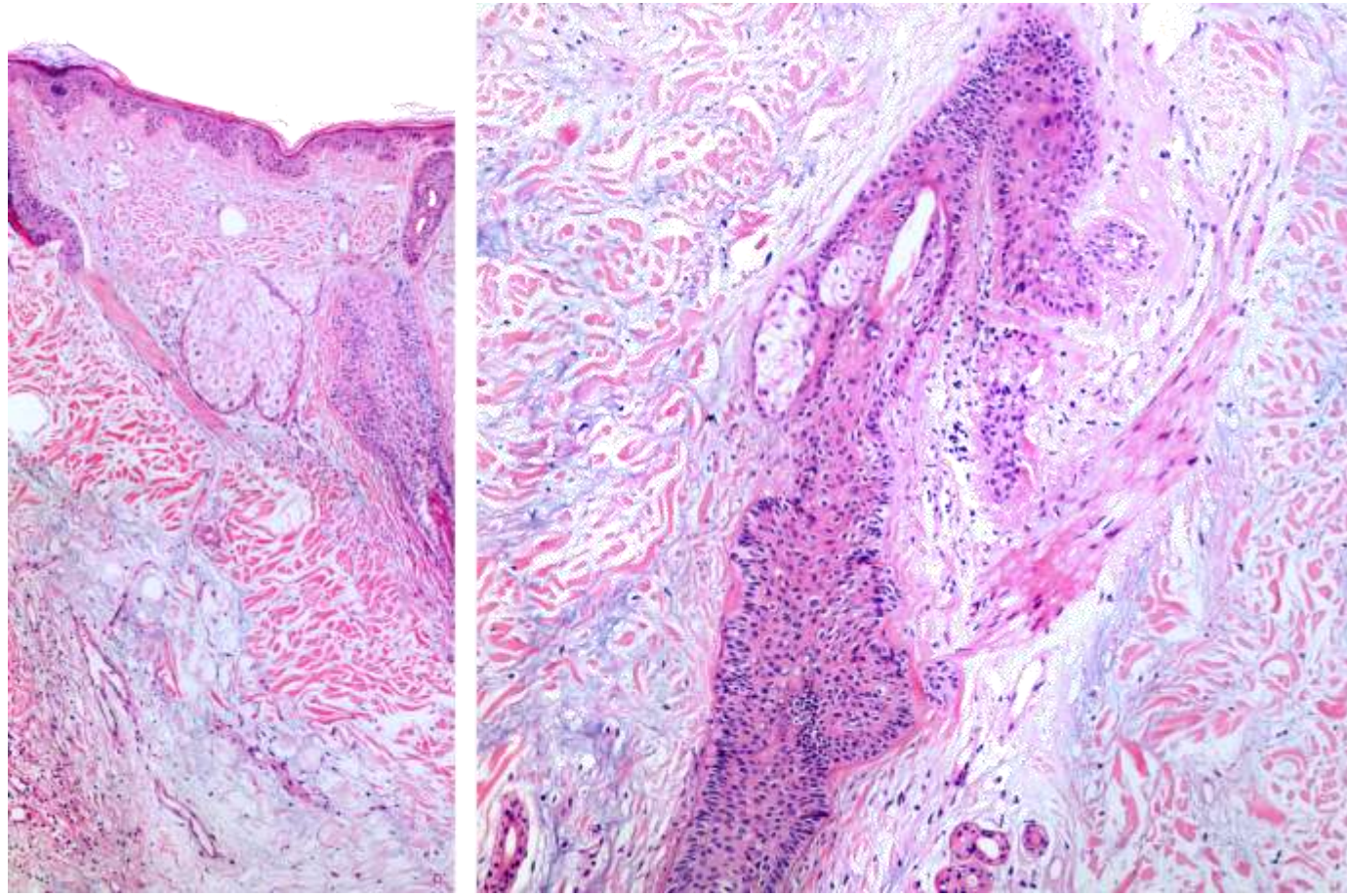
Alopecia areata



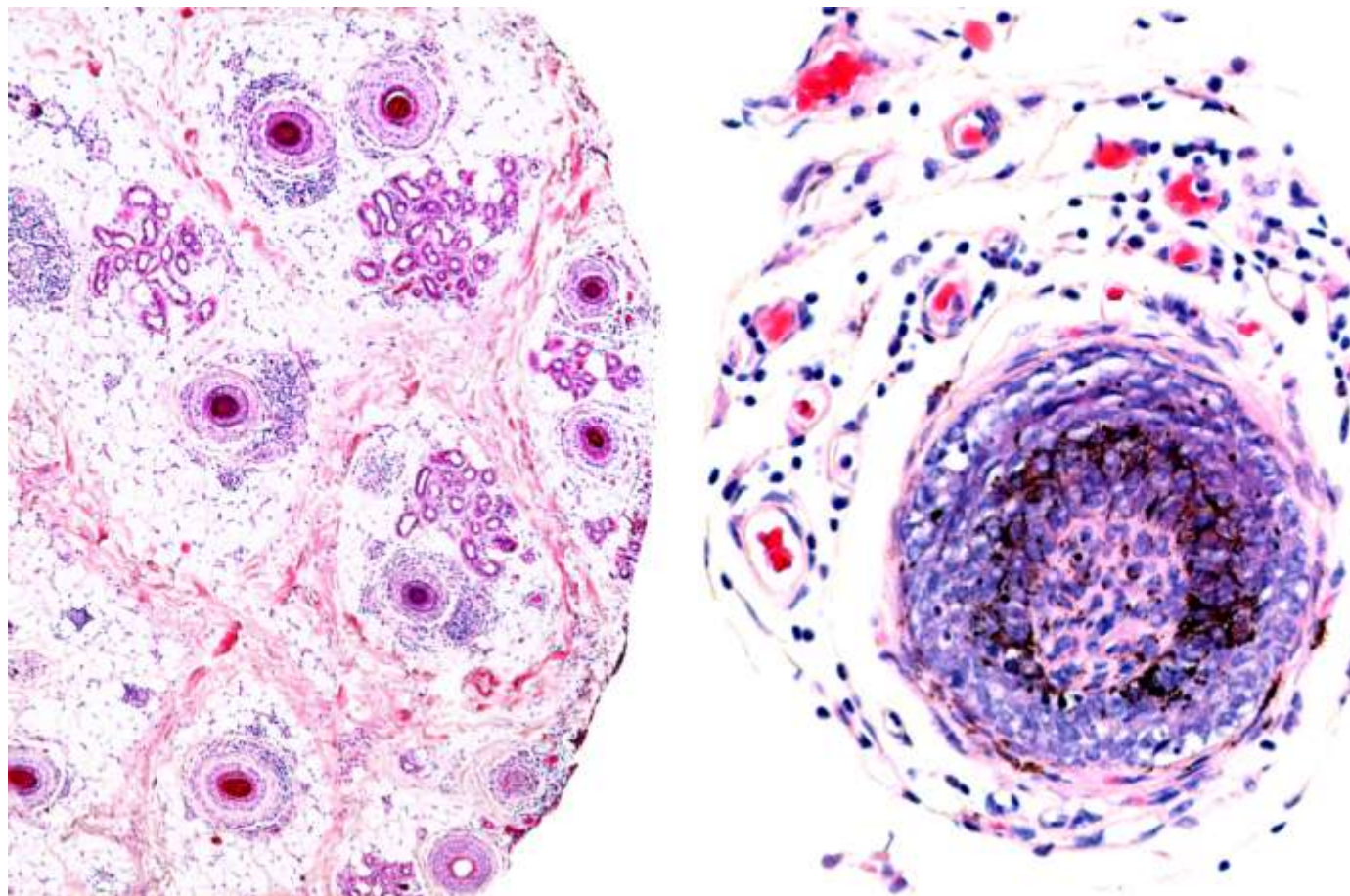
Lupus profundo



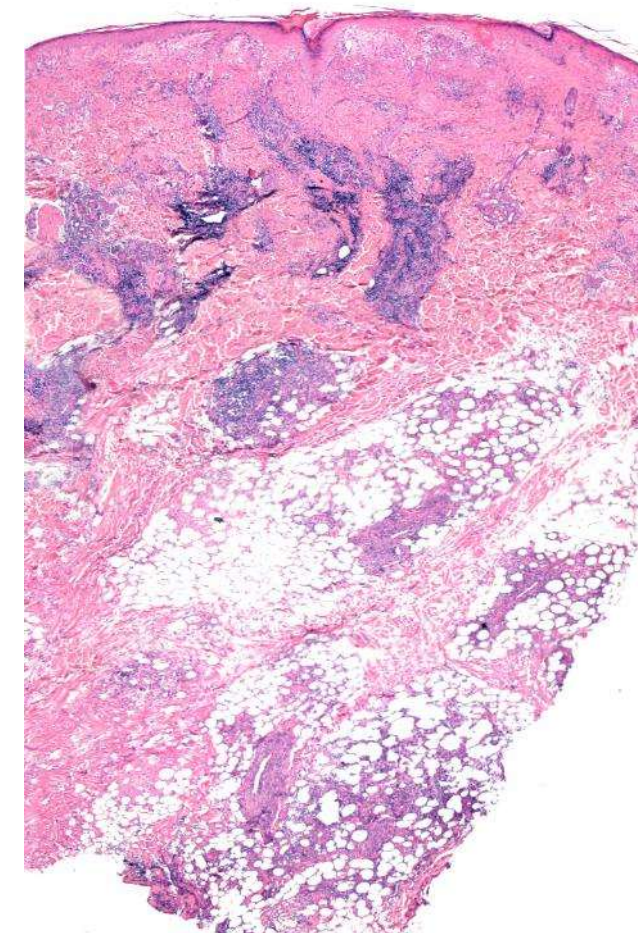
Lupus tumidus



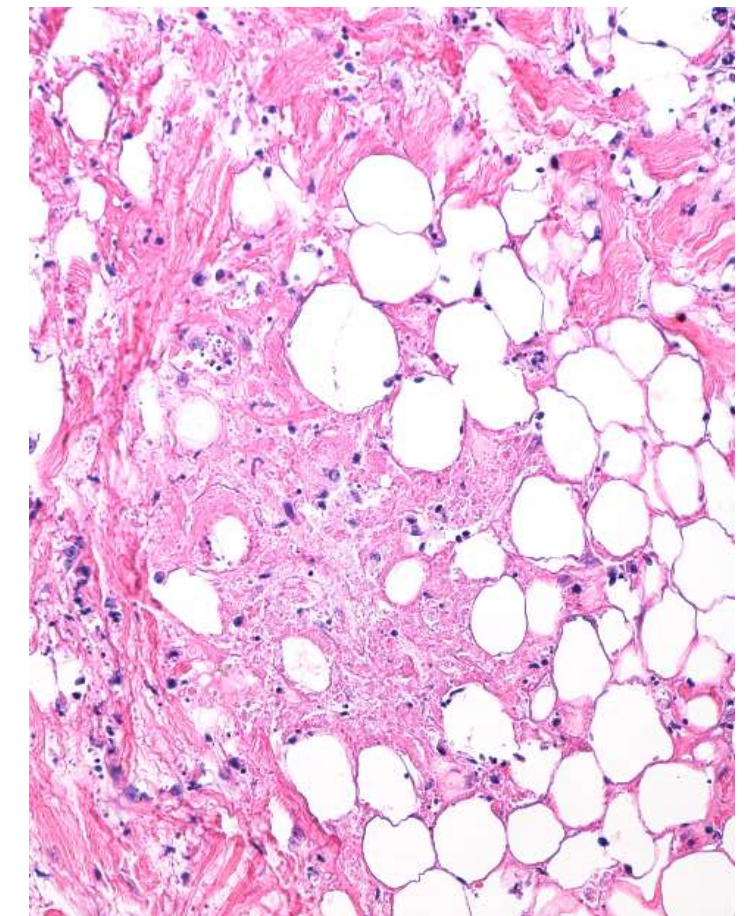
Lupus profundo lineal



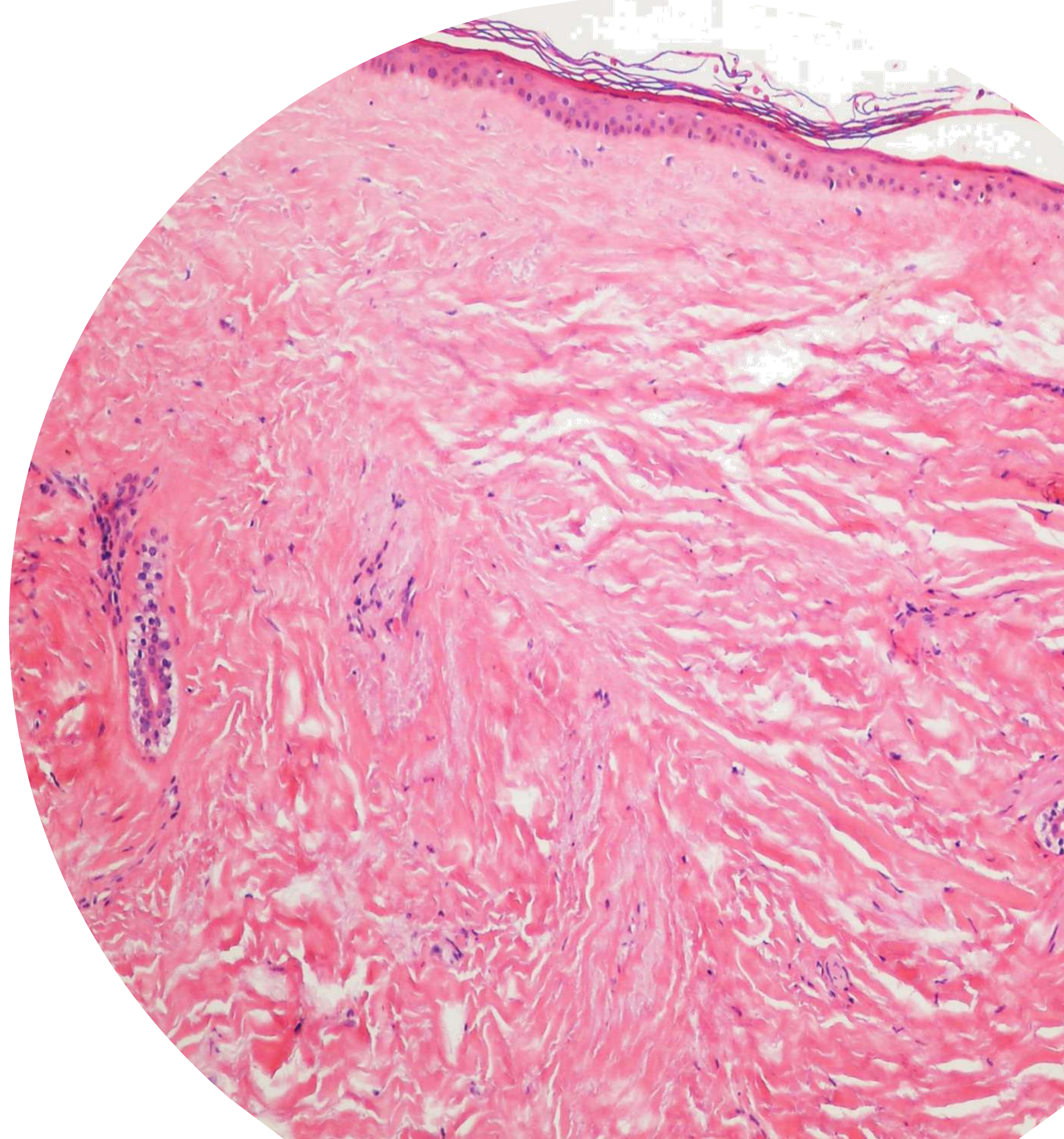
Alopecia areata



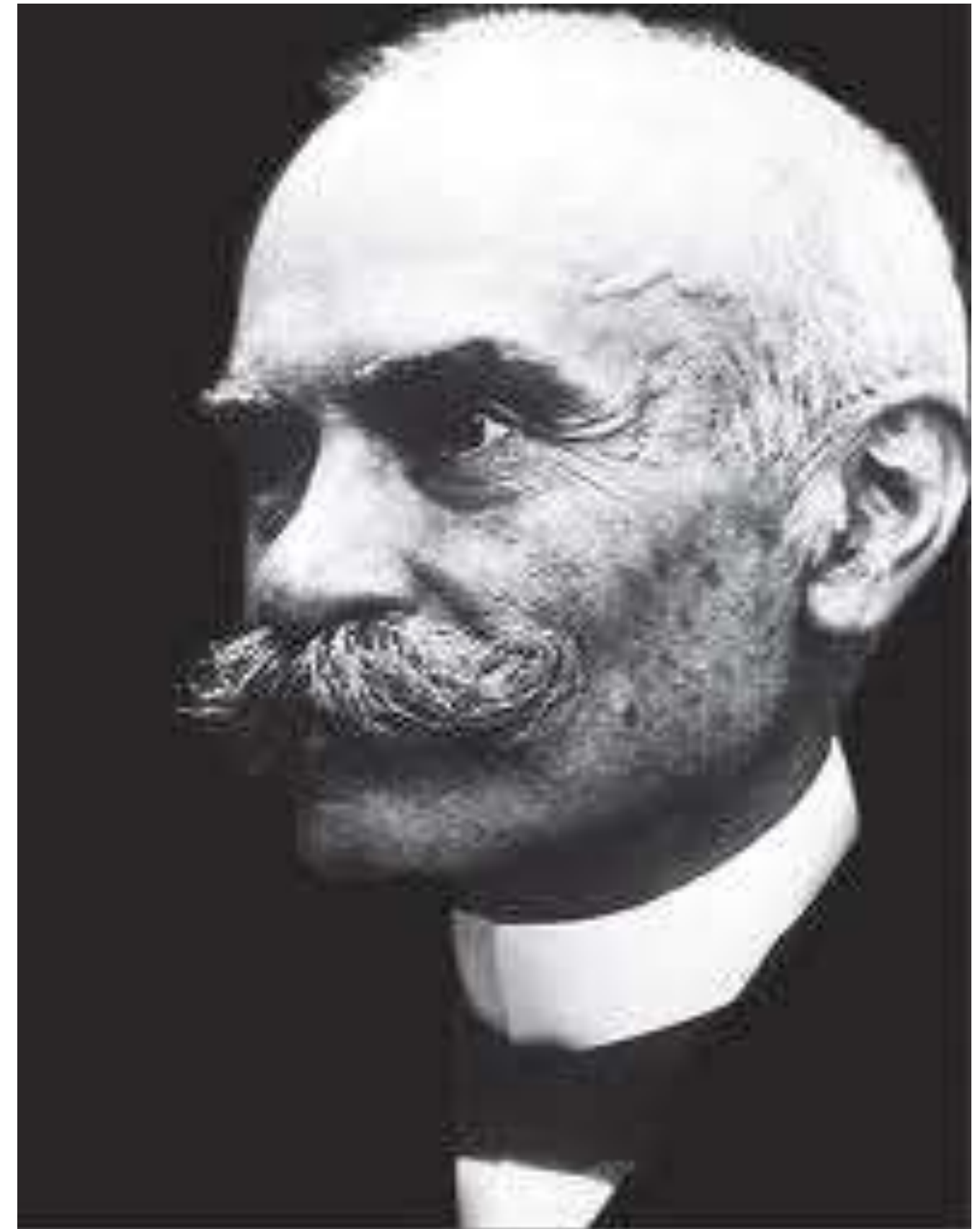
Lupus profundo

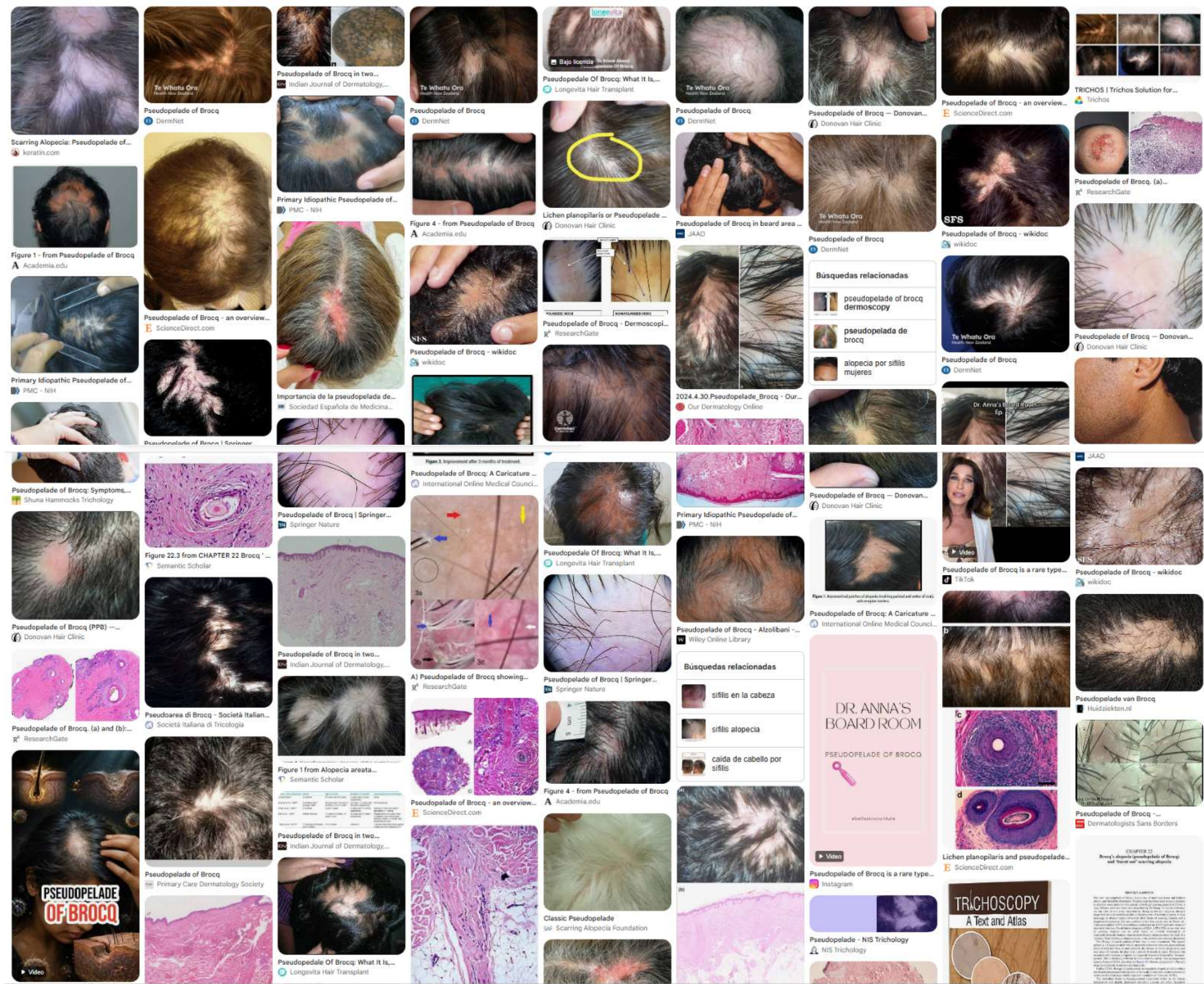


PSEUDOPELADA DE BROCQ (PB)



- En 1885, Louis-Anne-Jean Brocq describió una forma de alopecia cicatricial progresiva, idiopática y no inflamatoria, a la que llamó pseudopélade, caracterizada clínicamente por un patrón de pisadas en la nieve.
- Se trata de una entidad muy controvertida que ha sido objeto de un intenso debate durante casi 150 años.
- Actualmente, muchos de los casos descritos se consideran las etapas finales de diversas alopecias cicatriciales, incluyendo LED, LPP y ACCC.
- El término pseudopelada de Brocq debe restringirse a aquellos pacientes en los que un examen clínico e histológico exhaustivo, unido a pruebas de laboratorio relevantes ha podido excluir todas las demás formas de alopecia cicatricial.







PSEUDOPELADE DE BROCQ

a. Plaques lisses,

b. Bordures
folliculaires

a. Plaques lisses

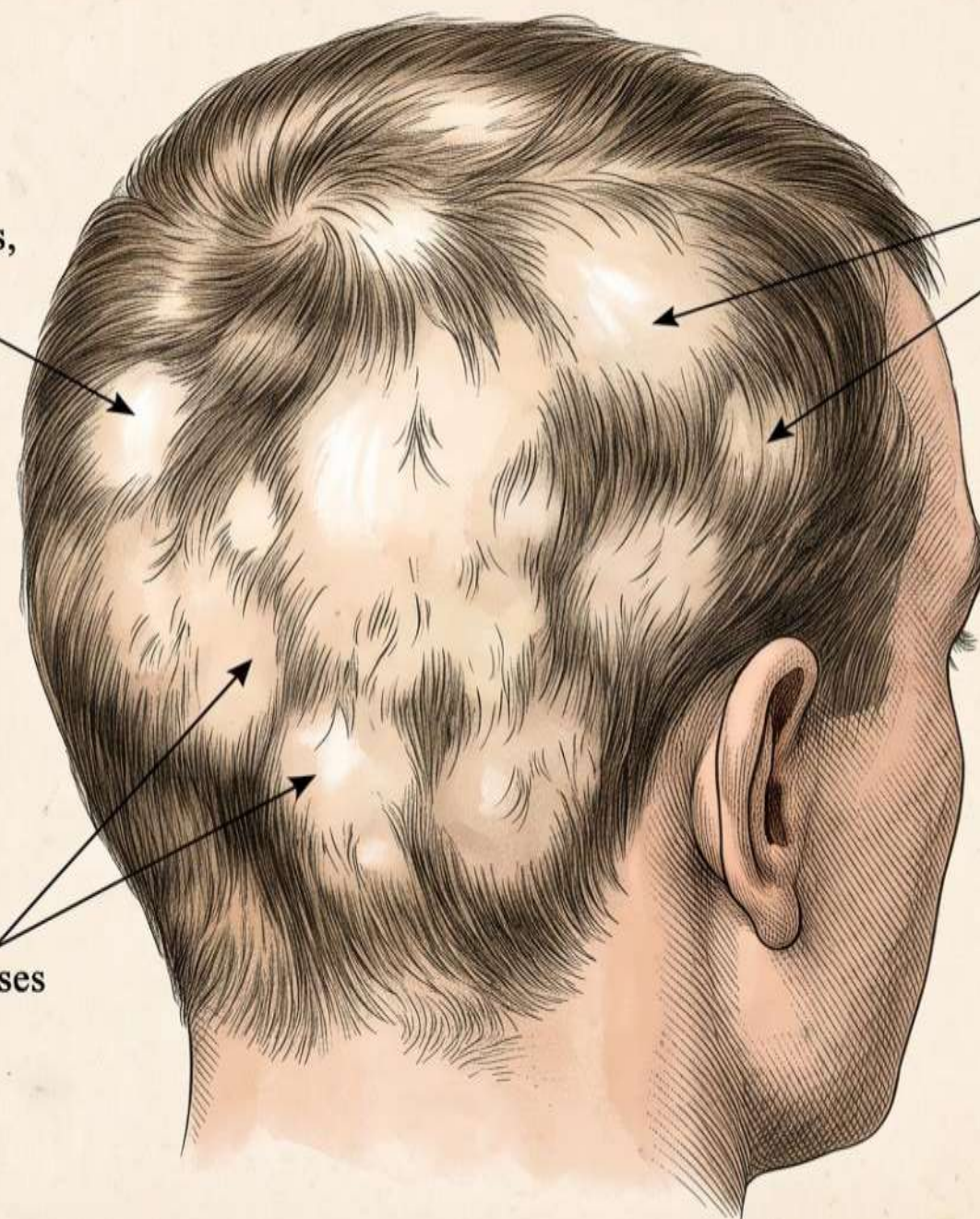


Fig. 1. Aspect clinique de l'alopecie cicatricielle.

PSEUDOPELADE DE BROCQ

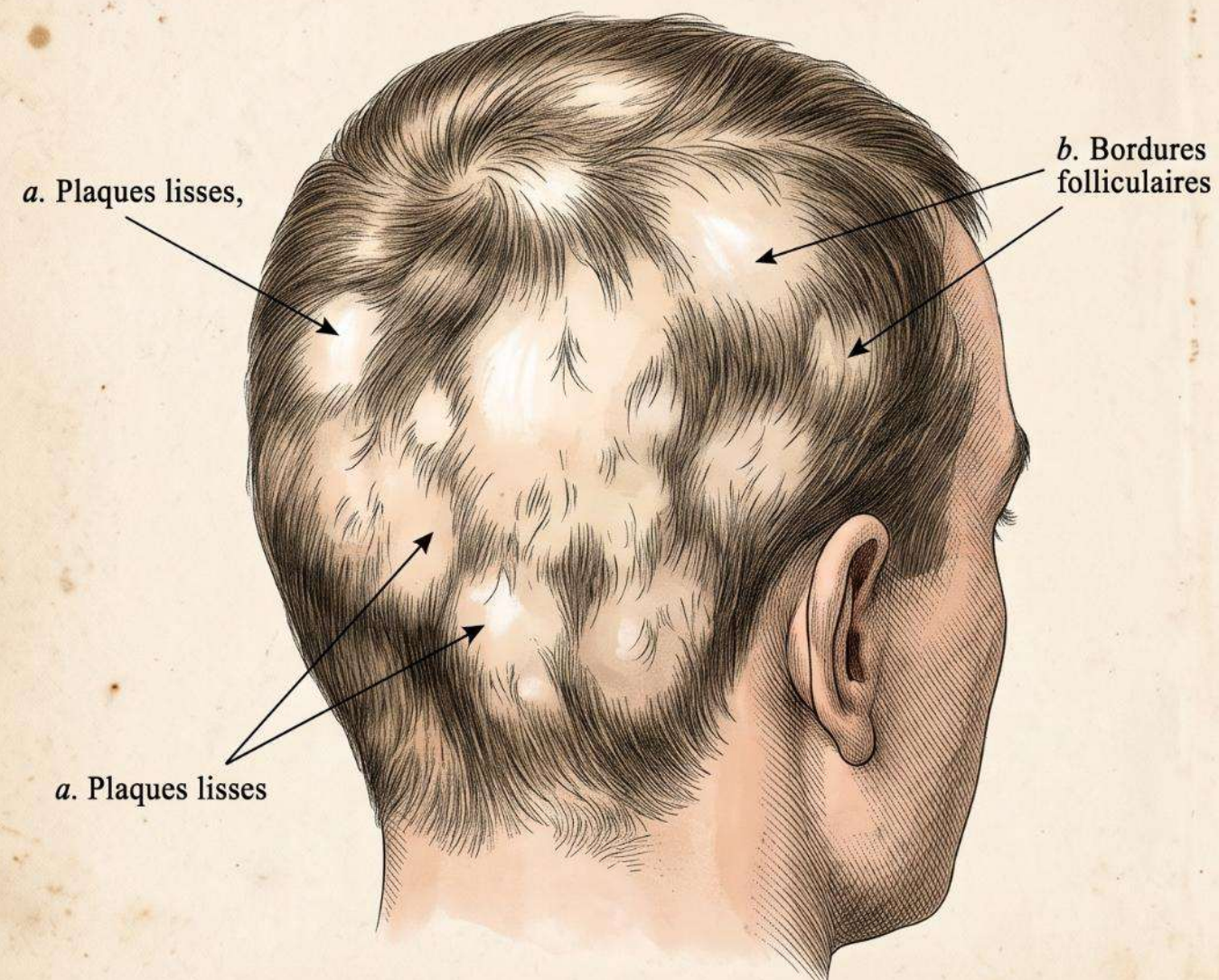
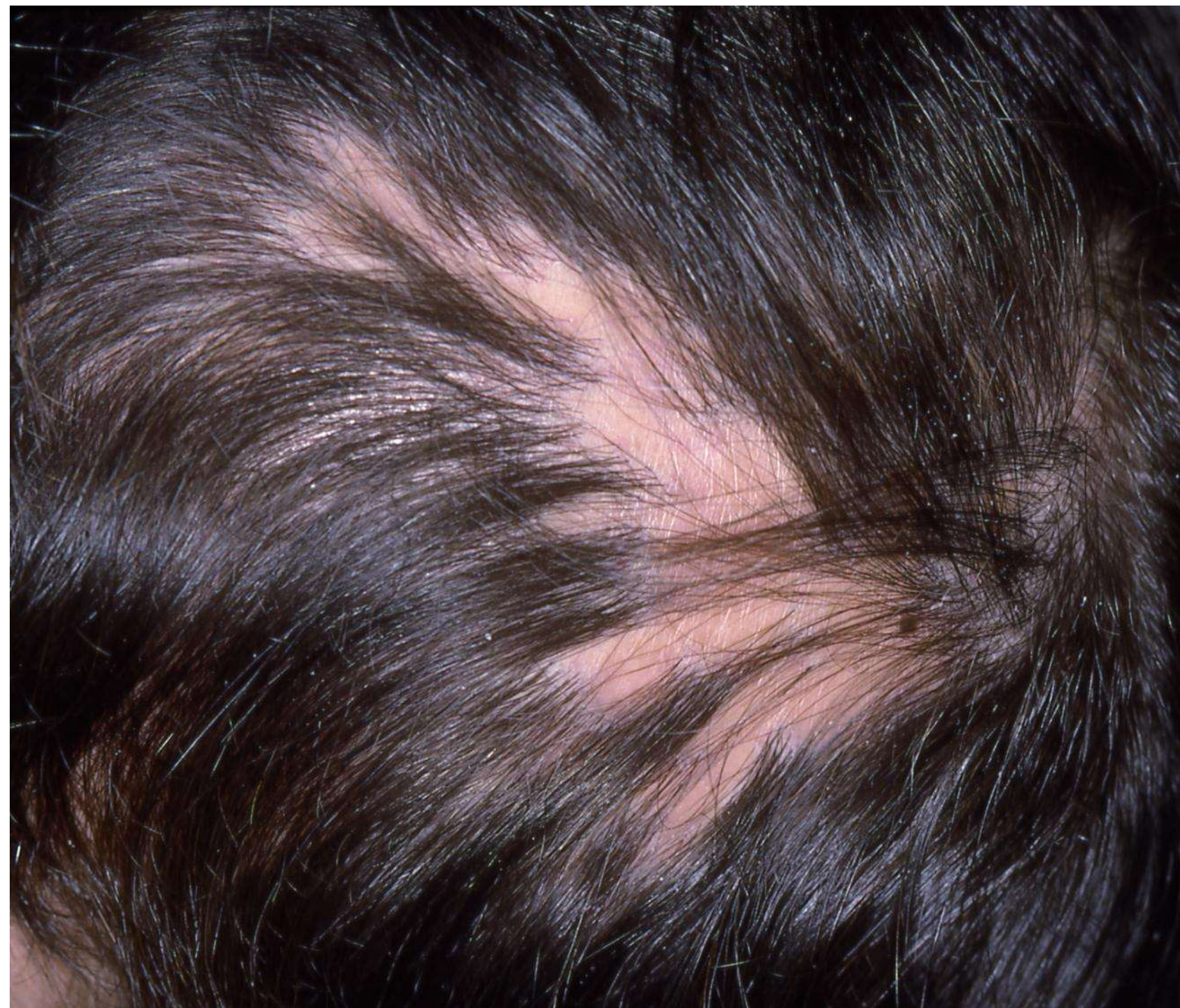


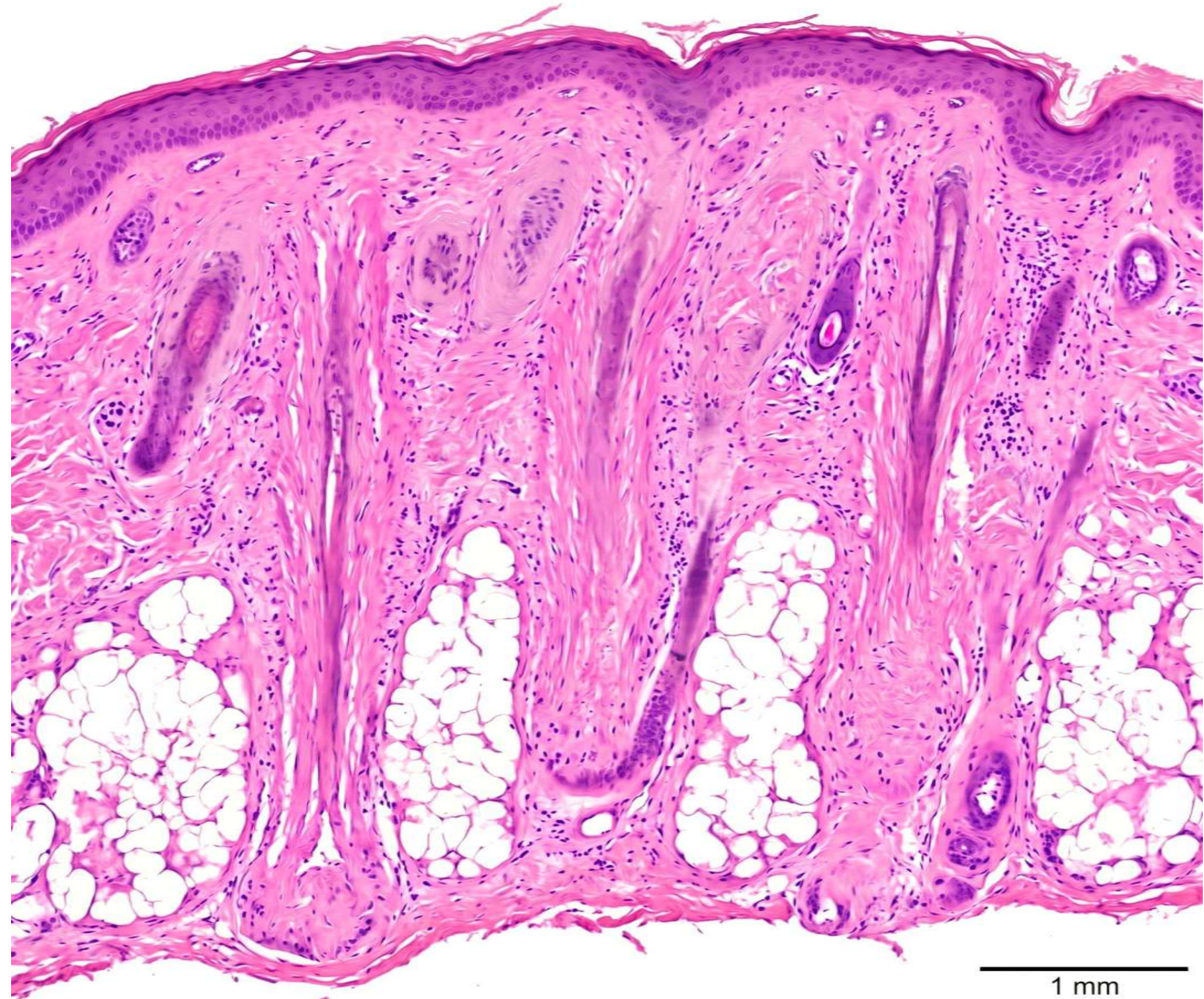
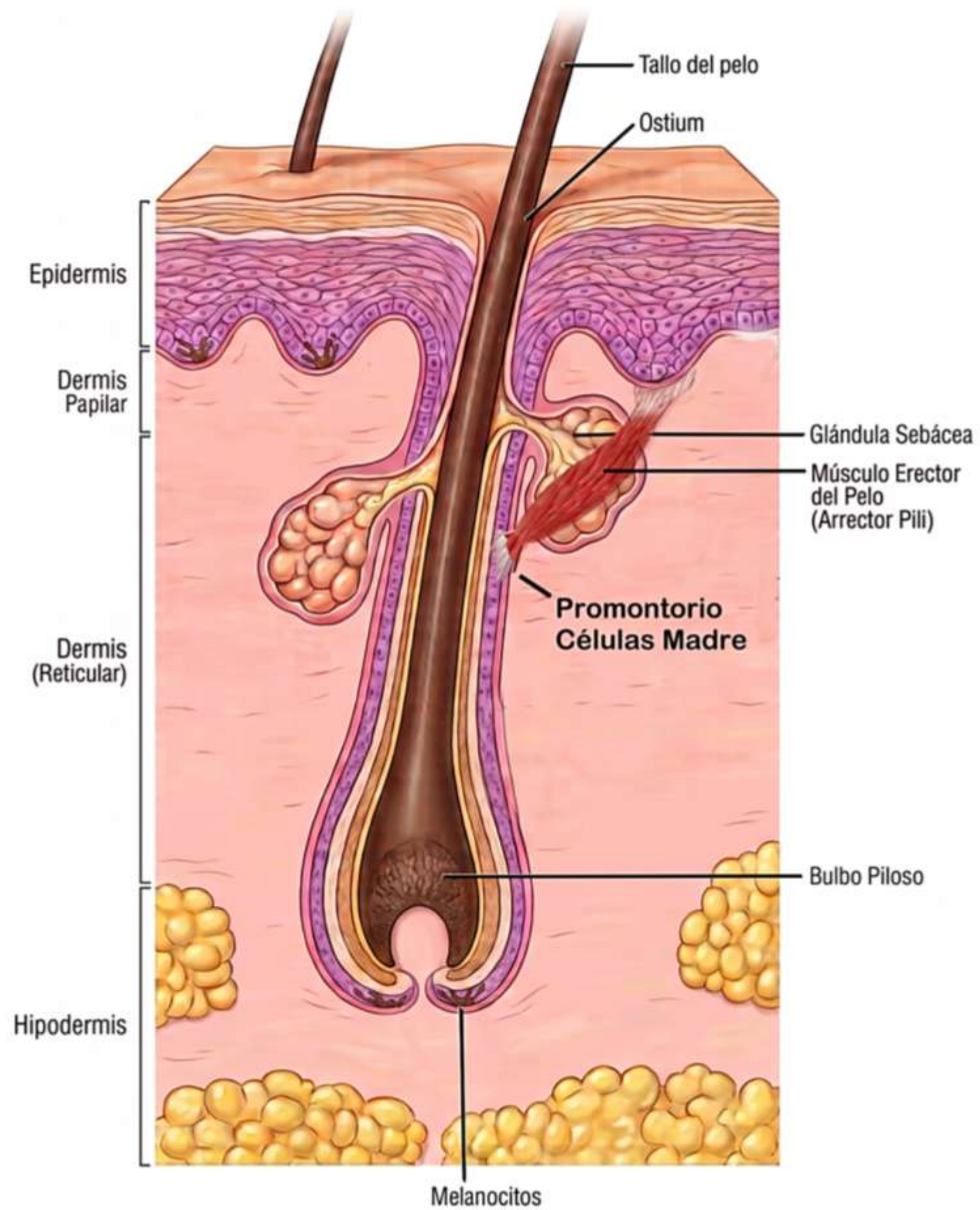
Fig. 1. Aspect clinique de l'alopecie cicatricielle.



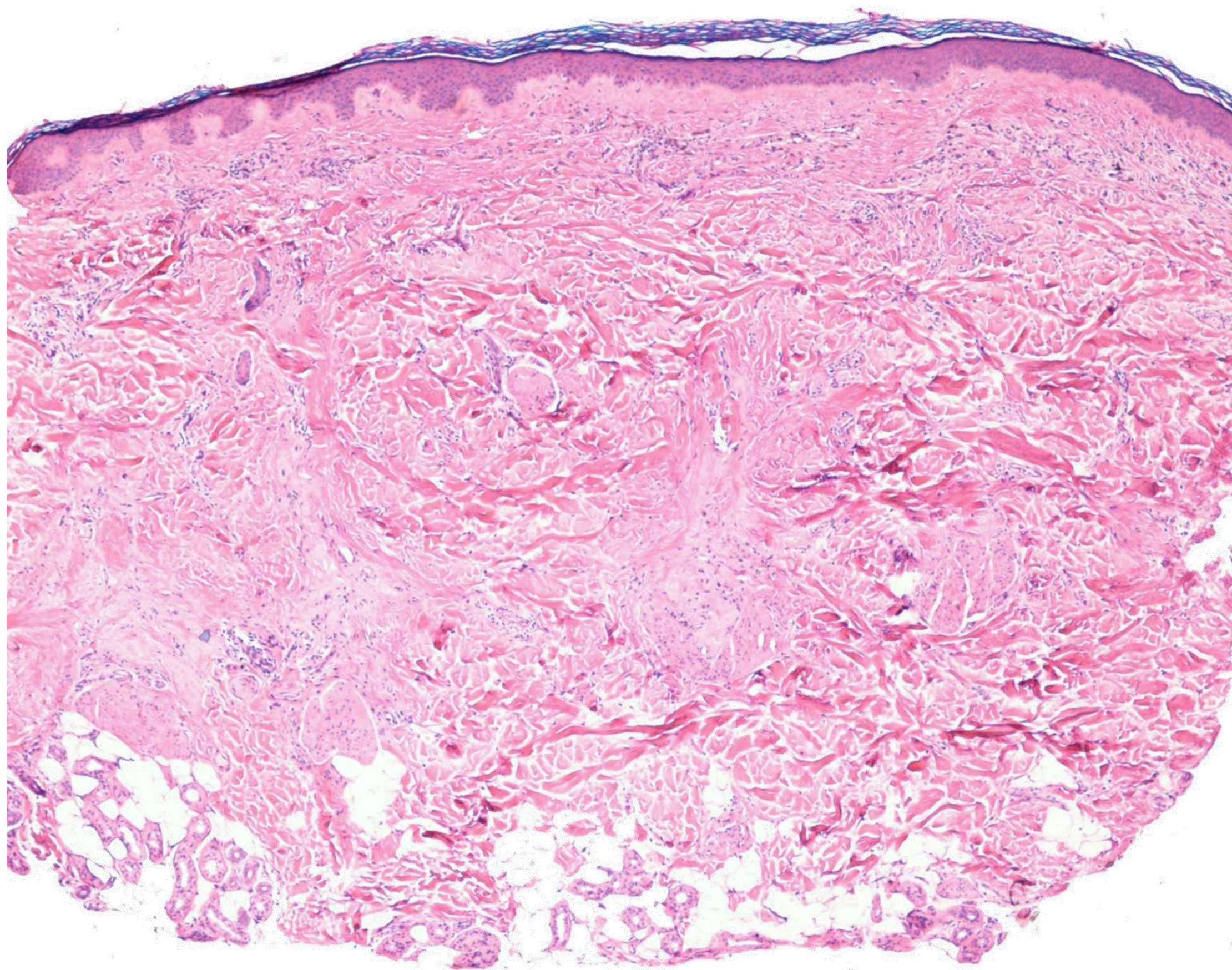


Pseudopelada de Brocq

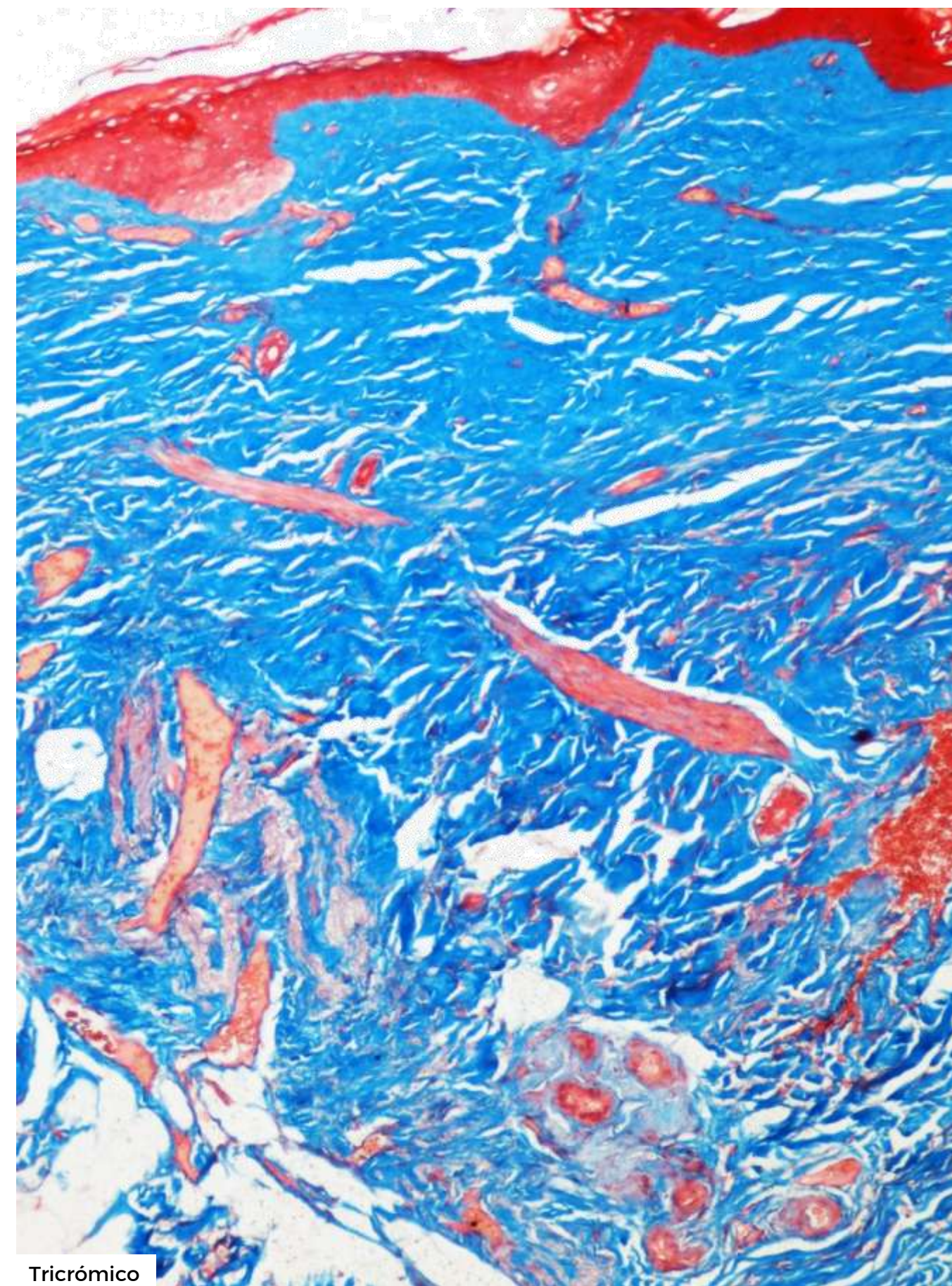
FOLÍCULO PILOSO HUMANO NORMAL: CORTE VERTICAL



Pseudopelada de Brocq



Pseudopelada de Brocq



Tricrómico

05

ALOPECIAS CICATRICIALES NEUTROFÍLICAS Y MIXTAS

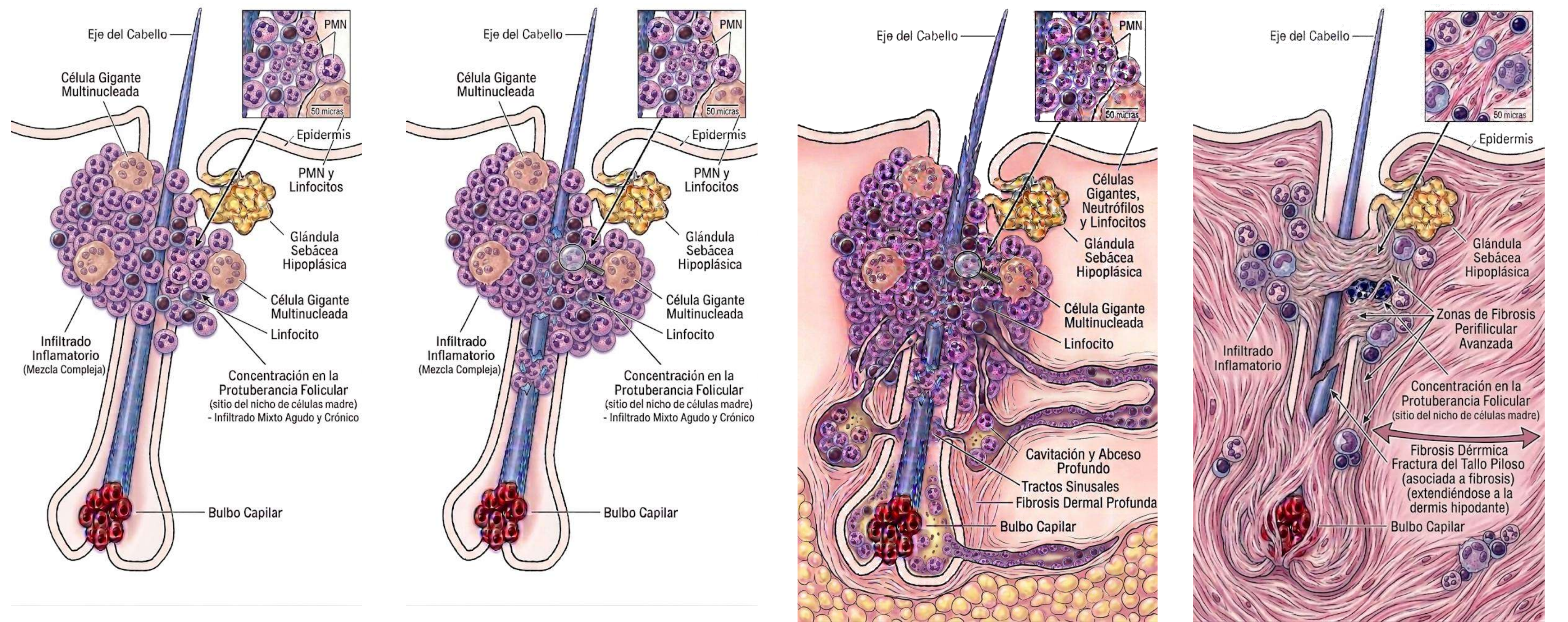
Neutrofílica

- Foliculitis decalvans
- Celulitis disecante

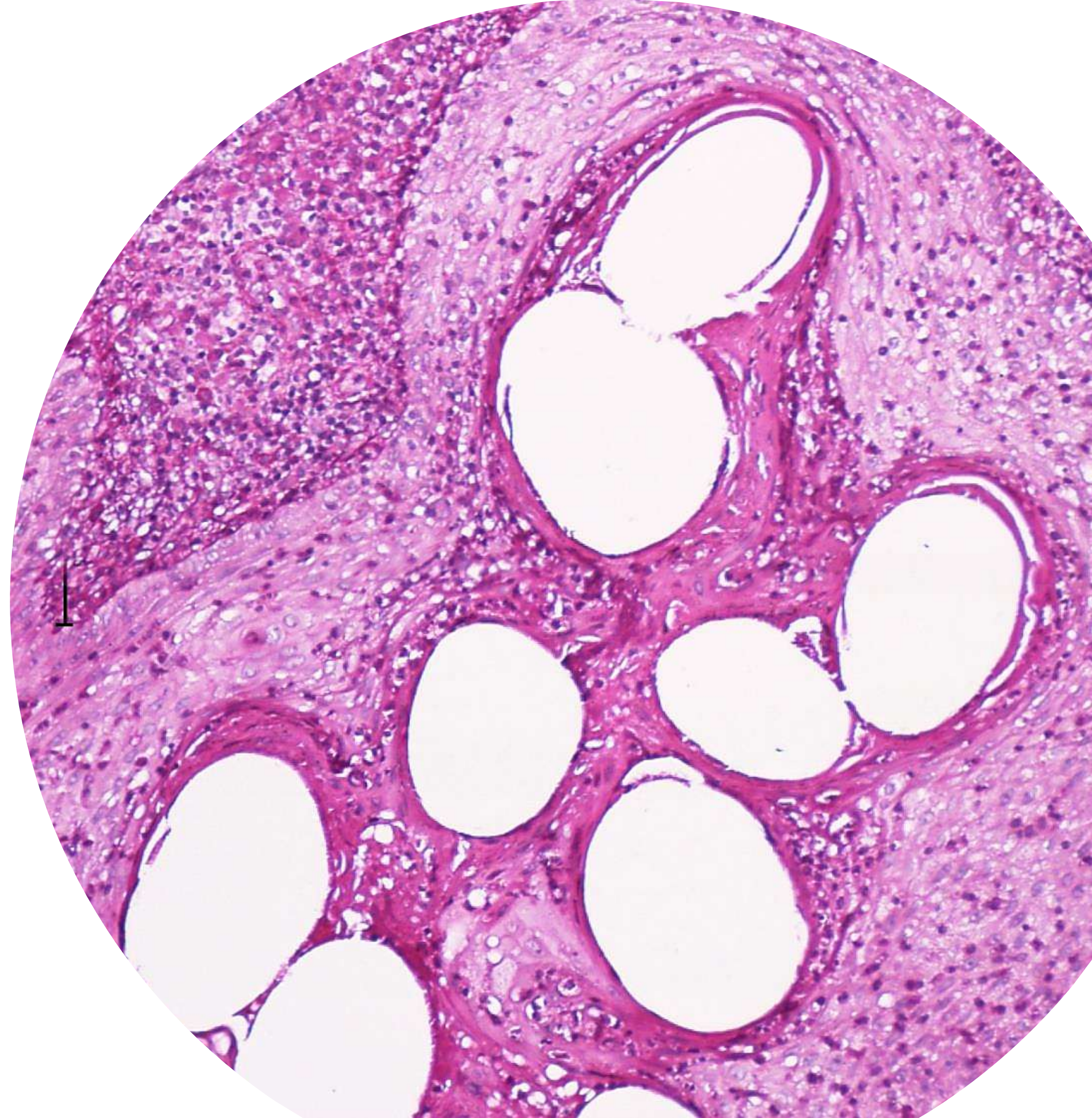
Mixta

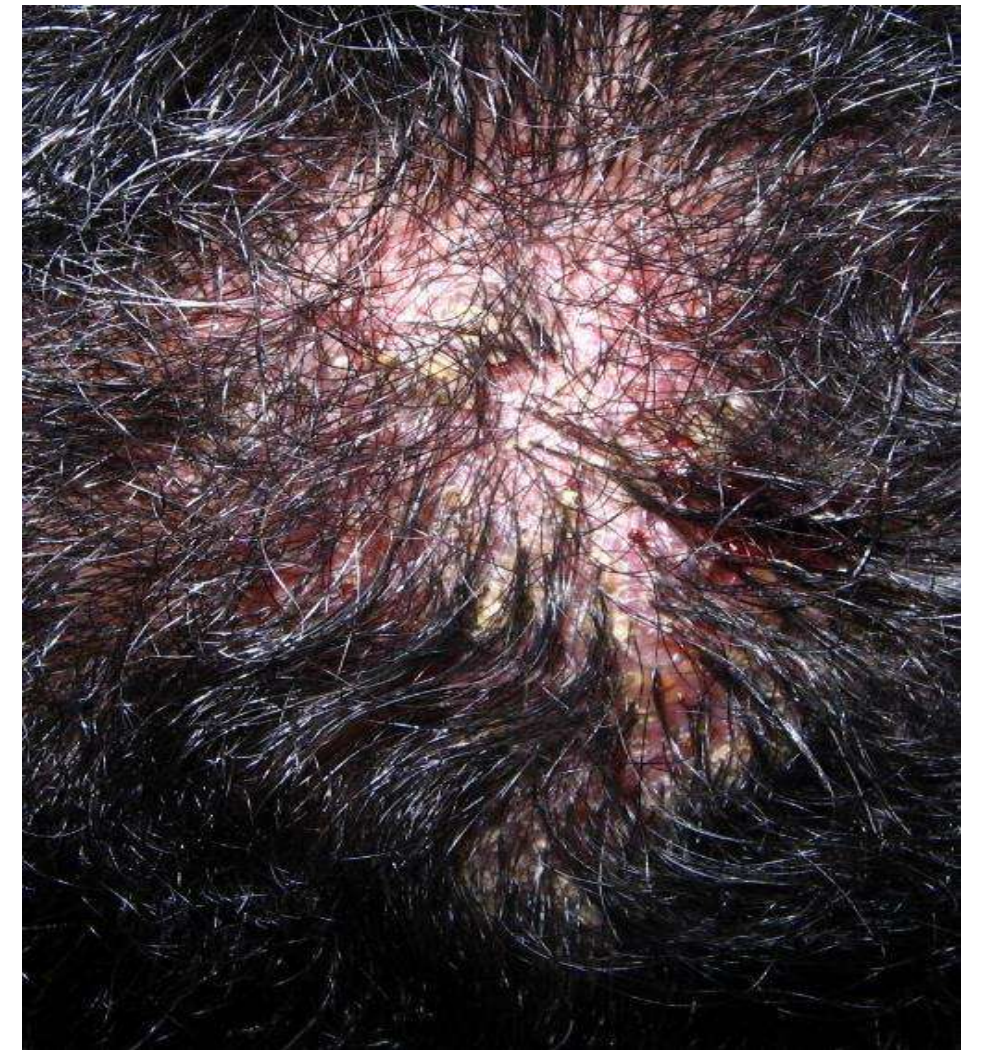
- Acné keloidalis
- Acné necrotica
- Dermatitis erosiva

Alopecias Cicatriciales Neutrofílicas y Mixtas

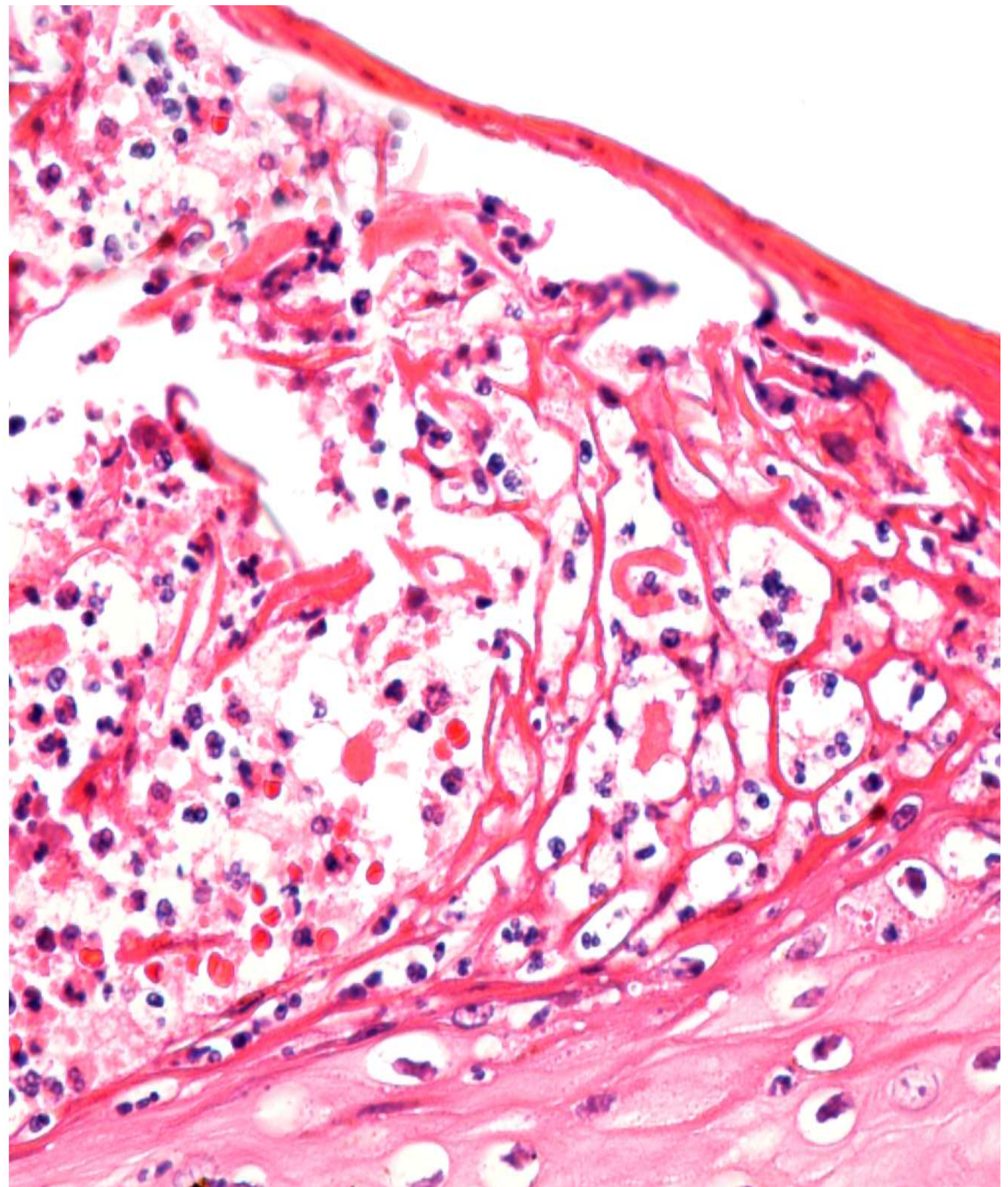
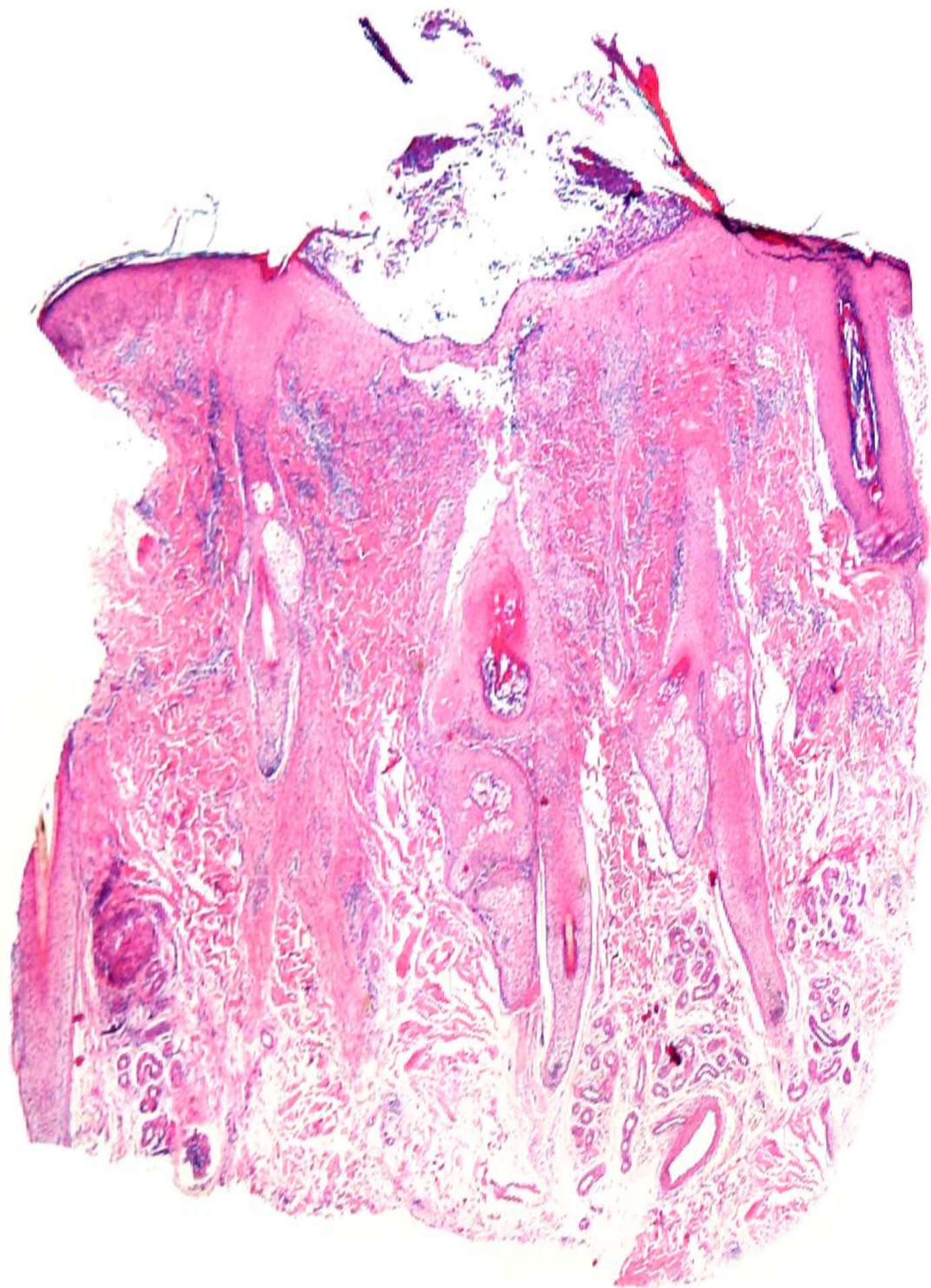


**FOLICULITIS
DECALVANS (FD)**
Foliculitis en penacho

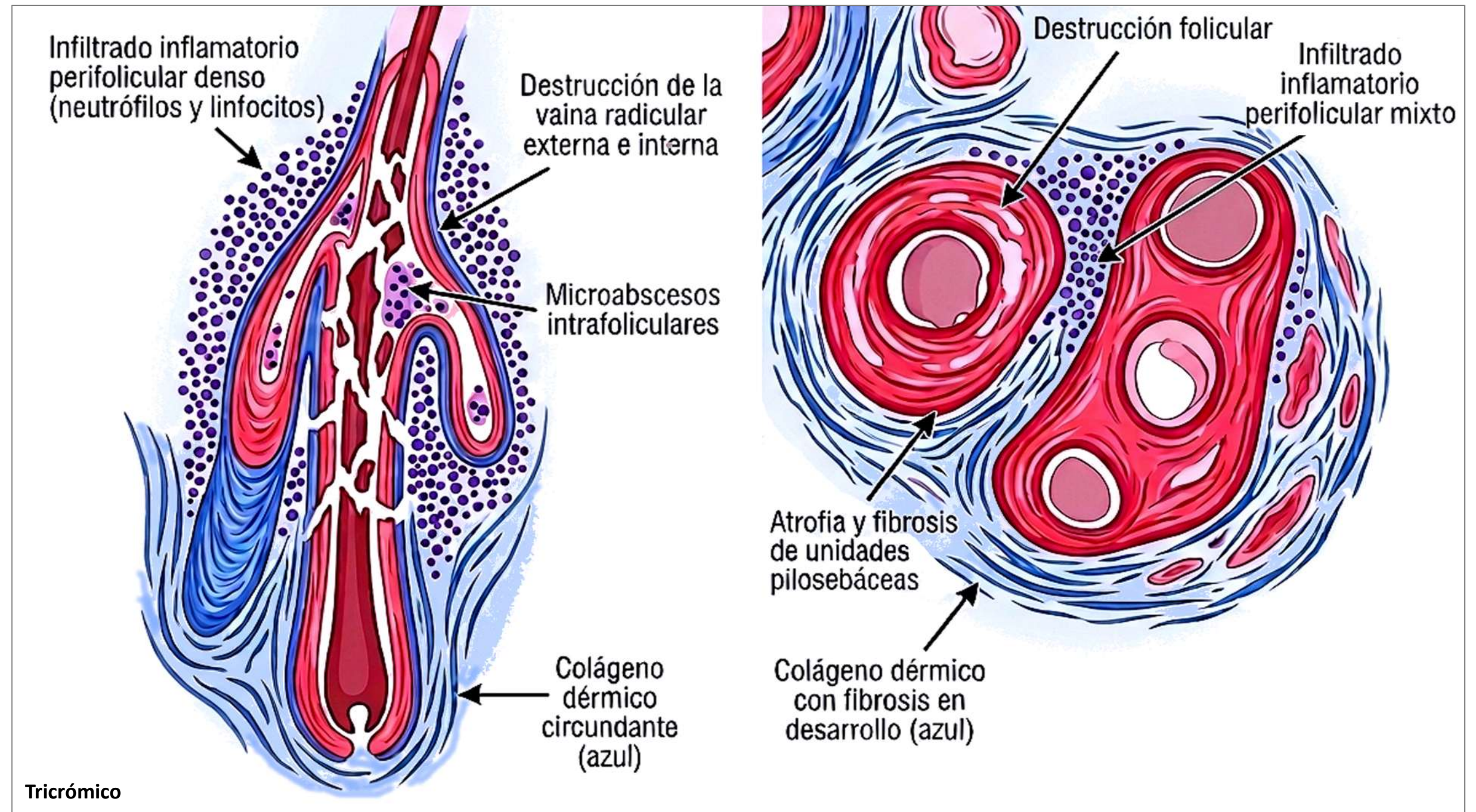
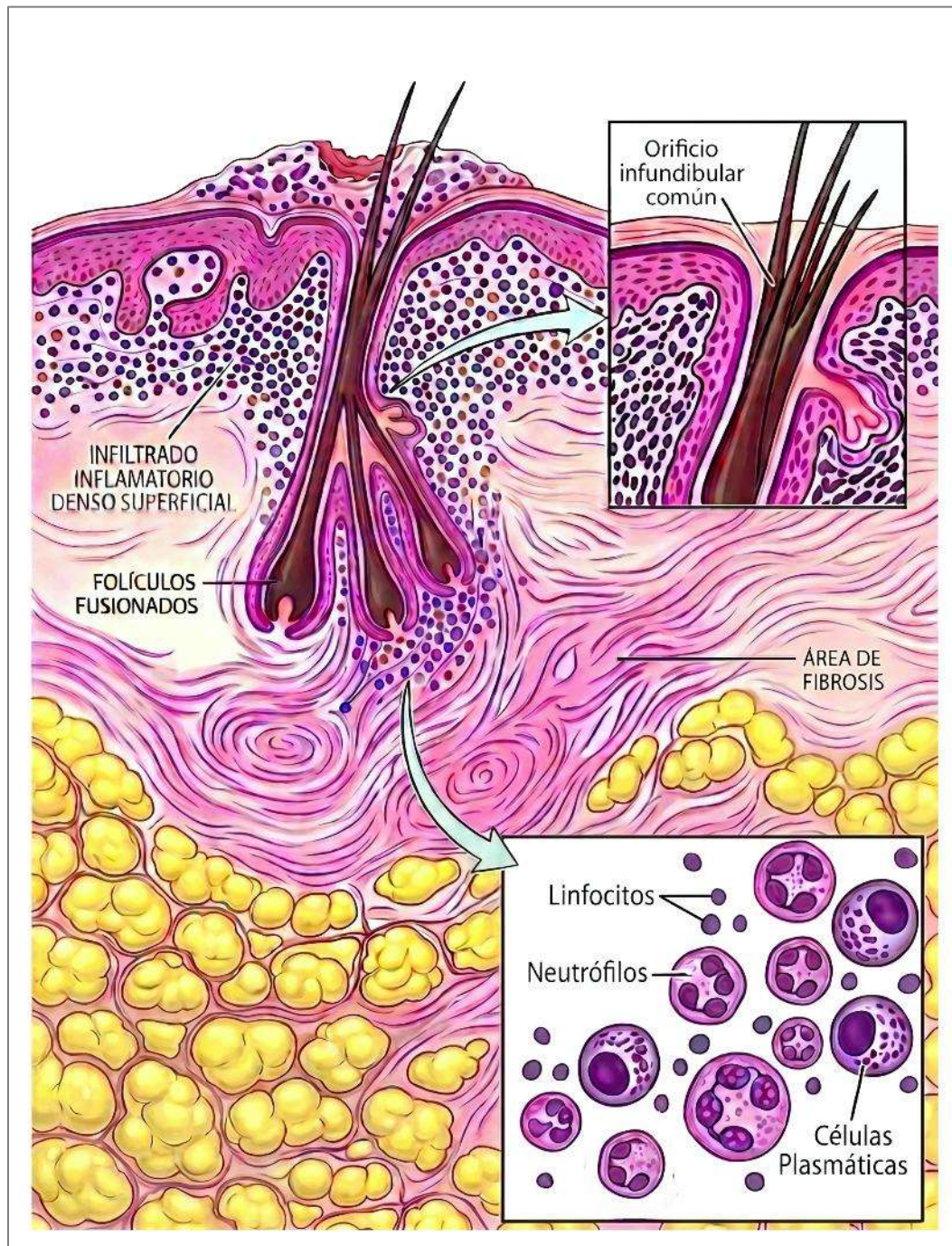


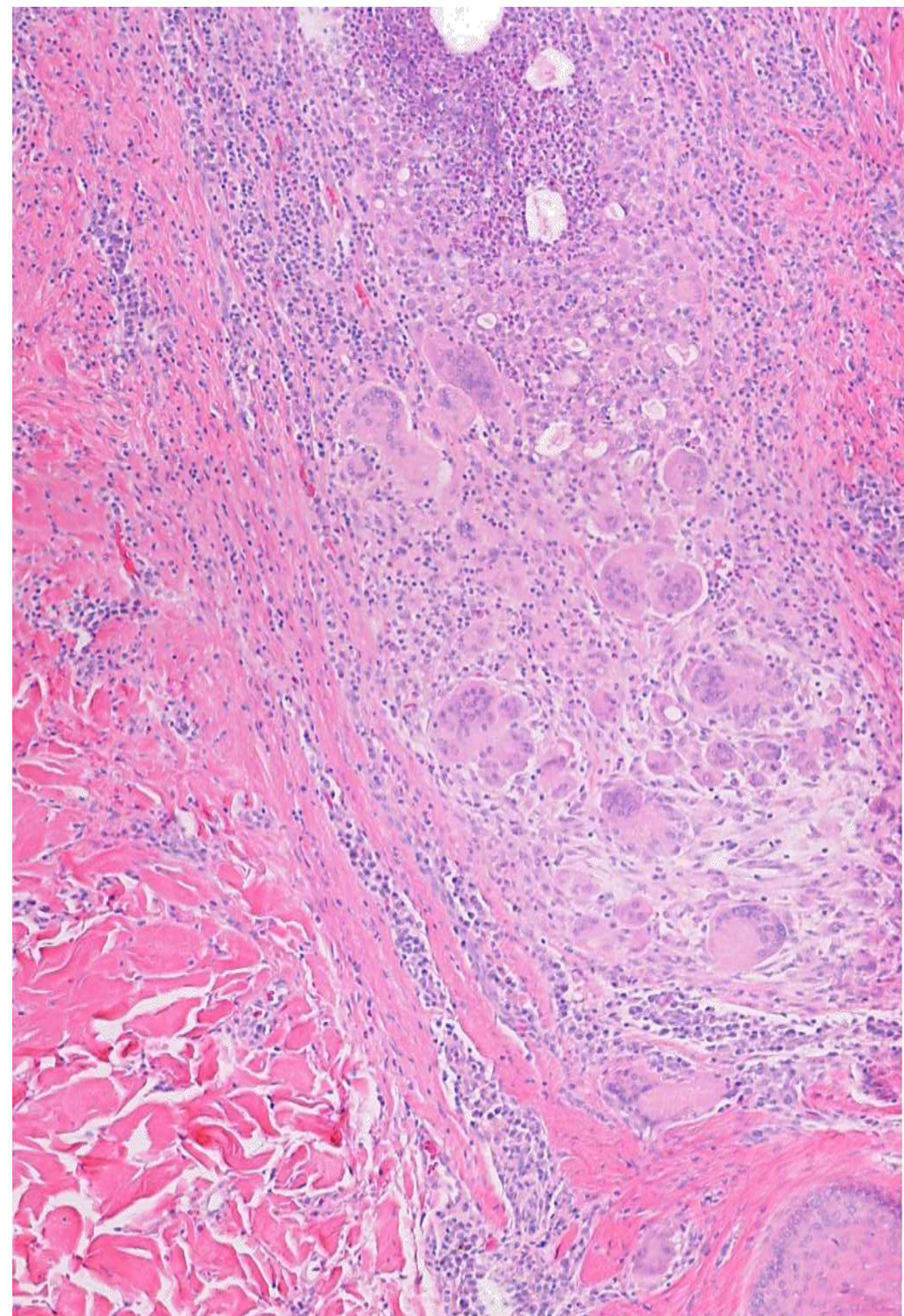
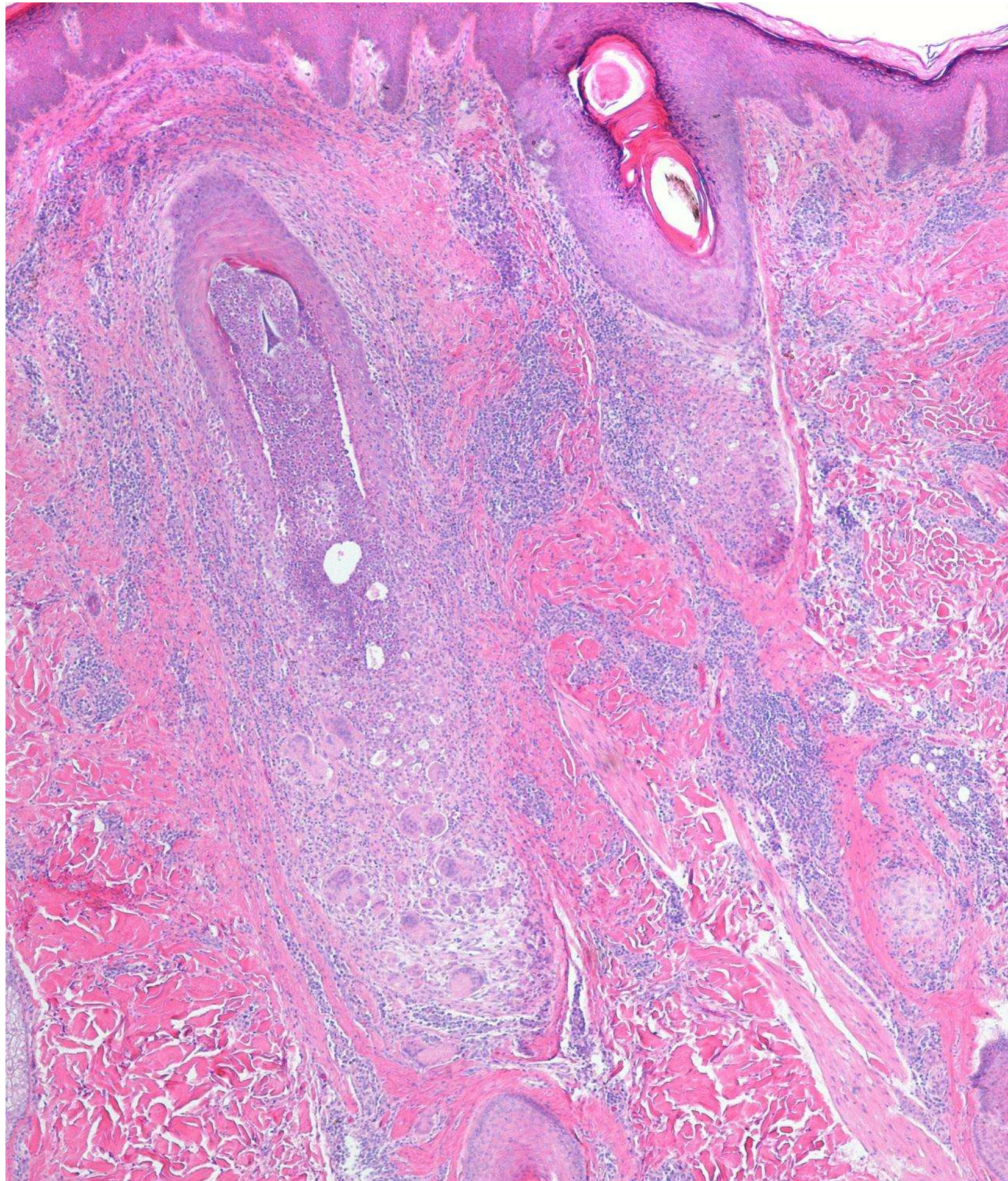


- La FD representa el prototipo de alopecias con infiltrado de neutrófilos, al menos al principio de su evolución. De hecho, casi nunca es la infiltración predominante.
- Clínicamente hay pústulas, costras y fusión de folículos pilosos en placas con cicatrices centrales hipertróficas.
- Hay más actividad inflamatoria en la periferia.

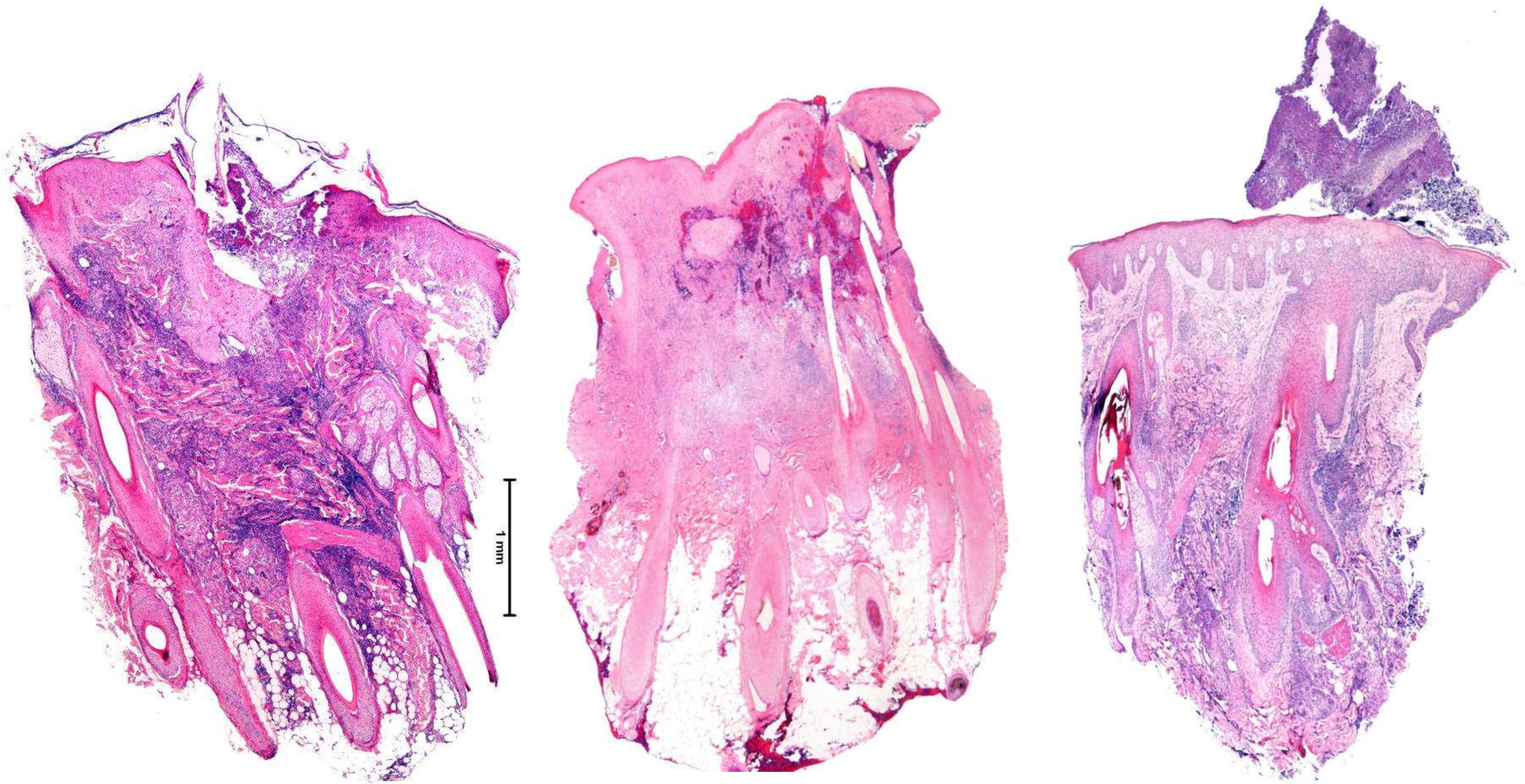


Folliculitis decalvans

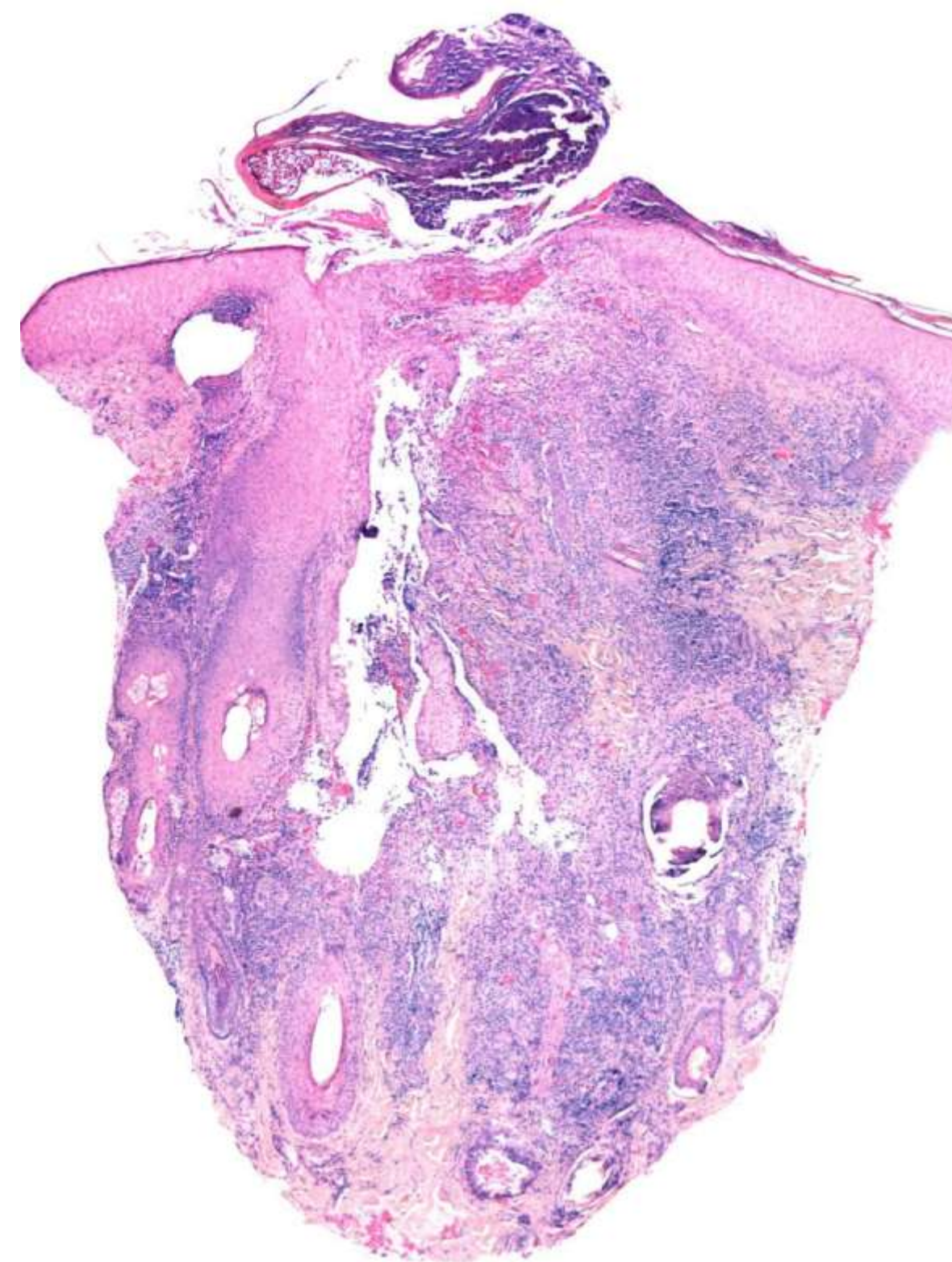
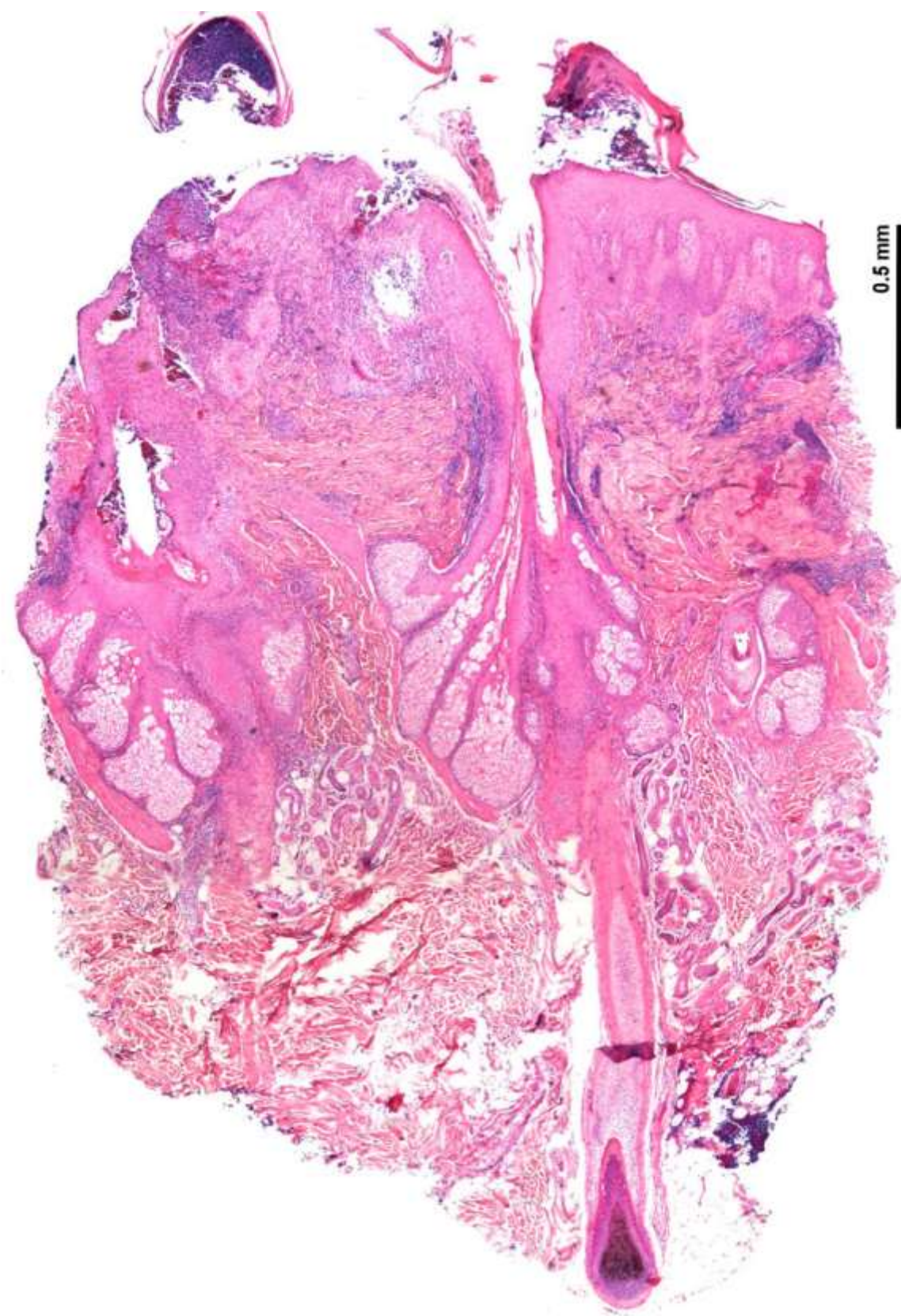




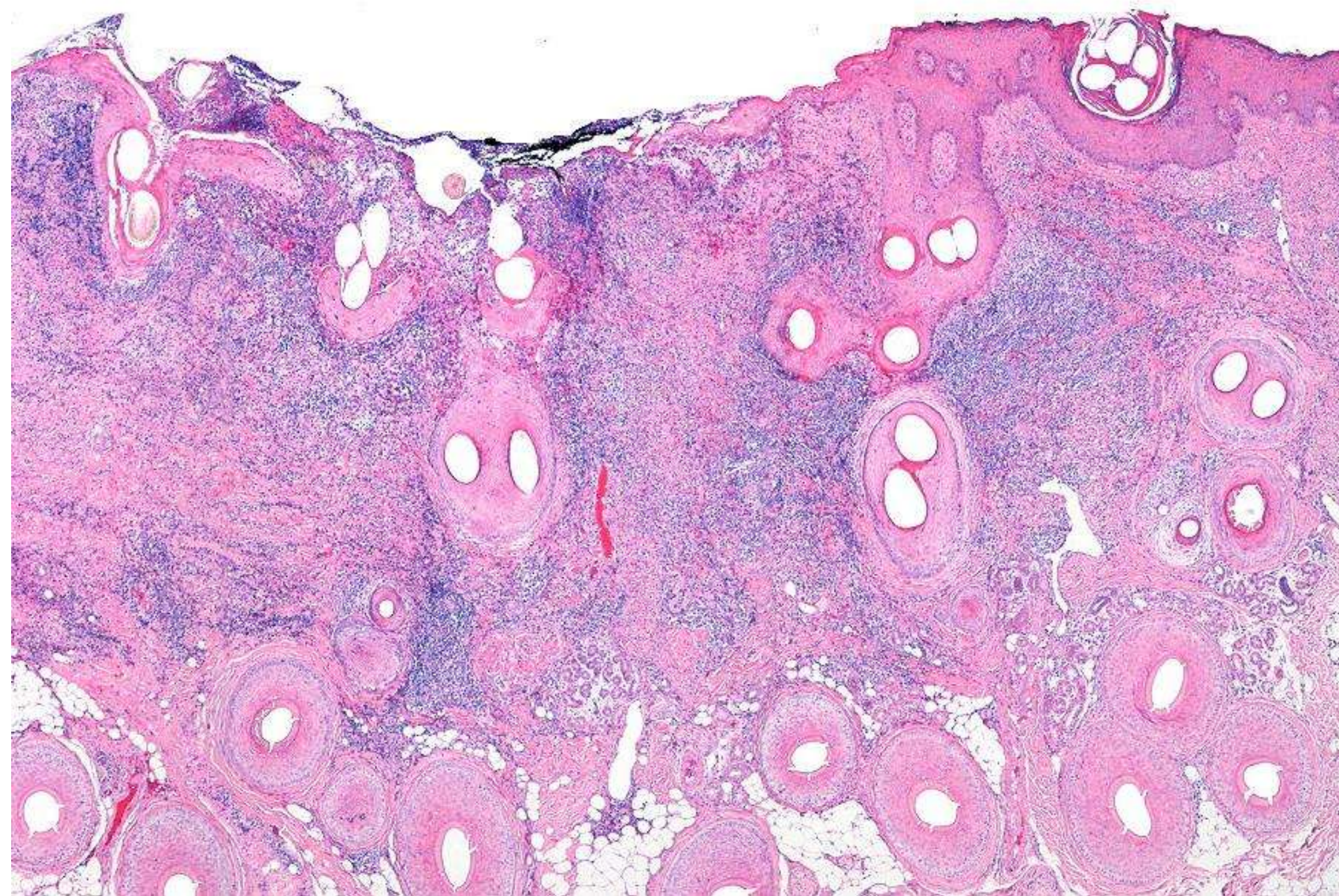
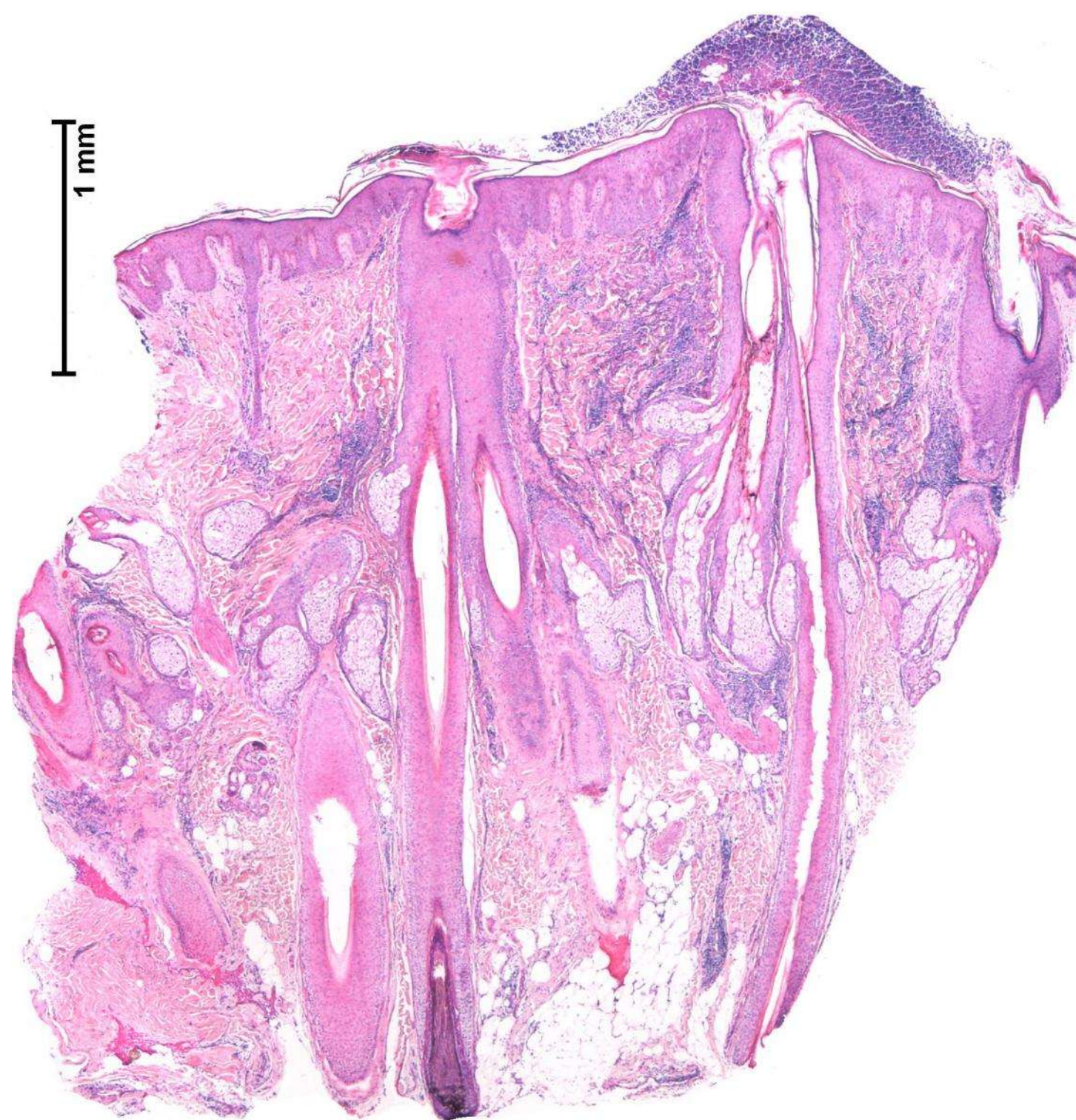
Folliculitis decalvans (Folliculitis granulomatosa)



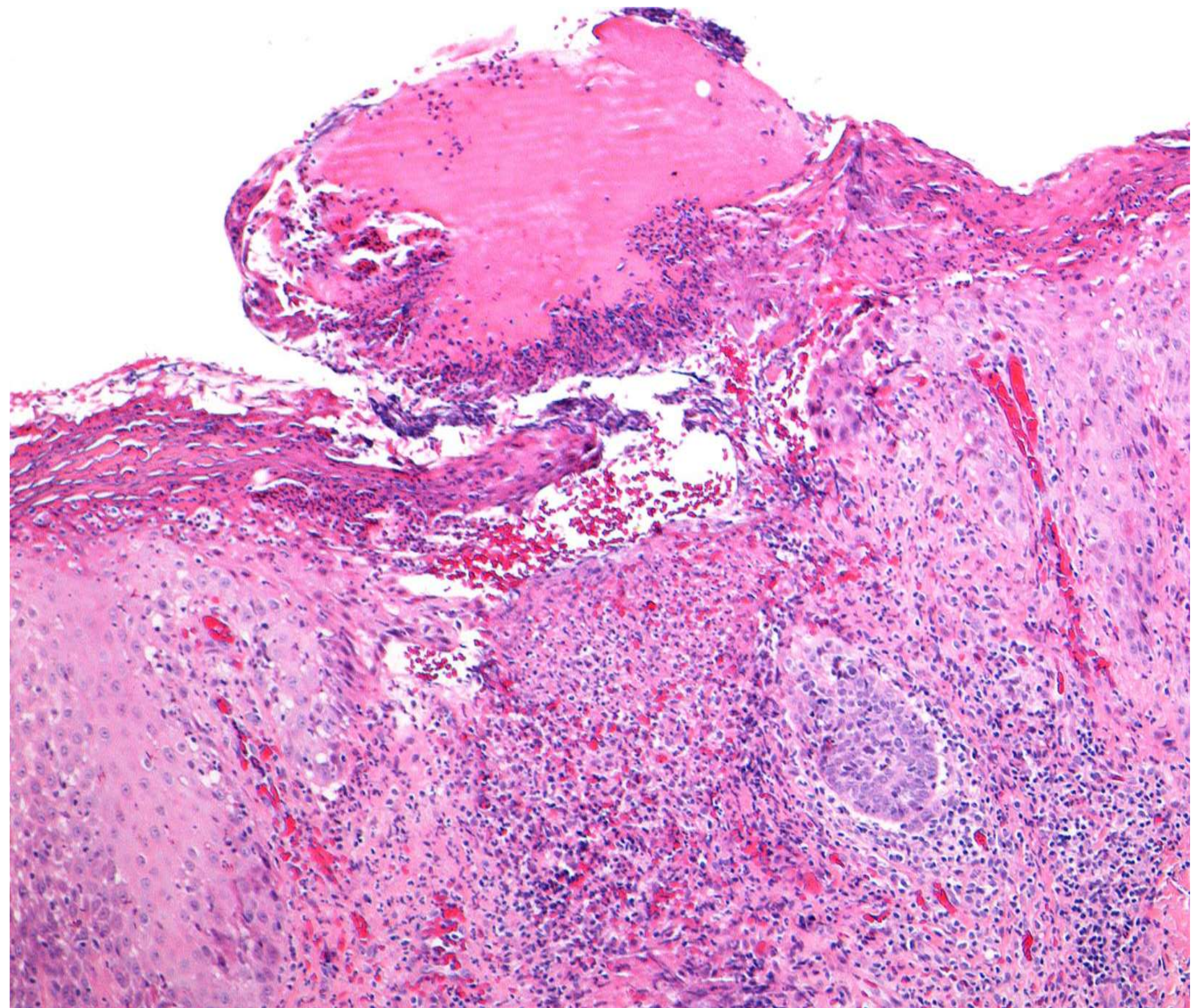
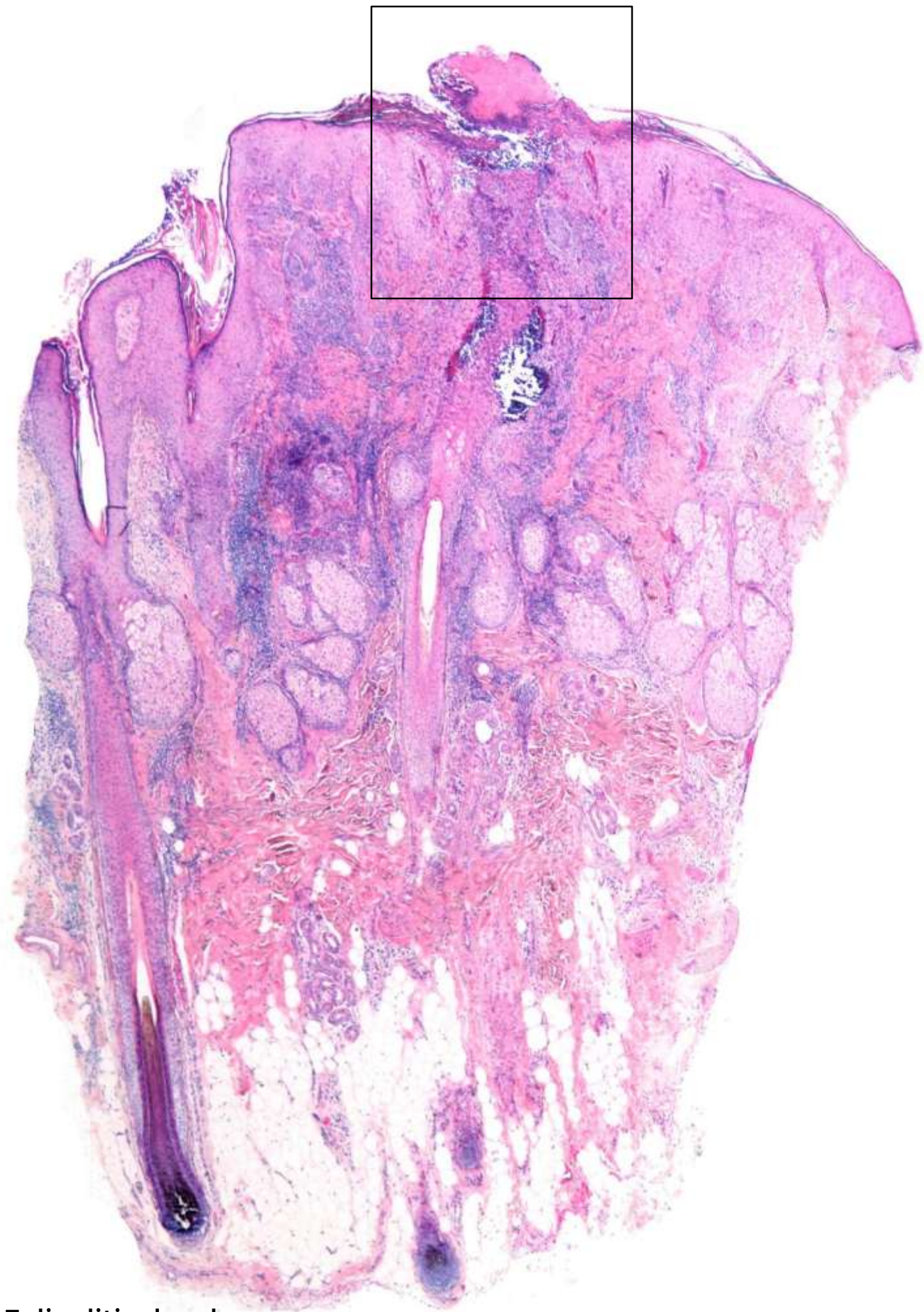
Folliculitis decalvans



Folliculitis decalvans



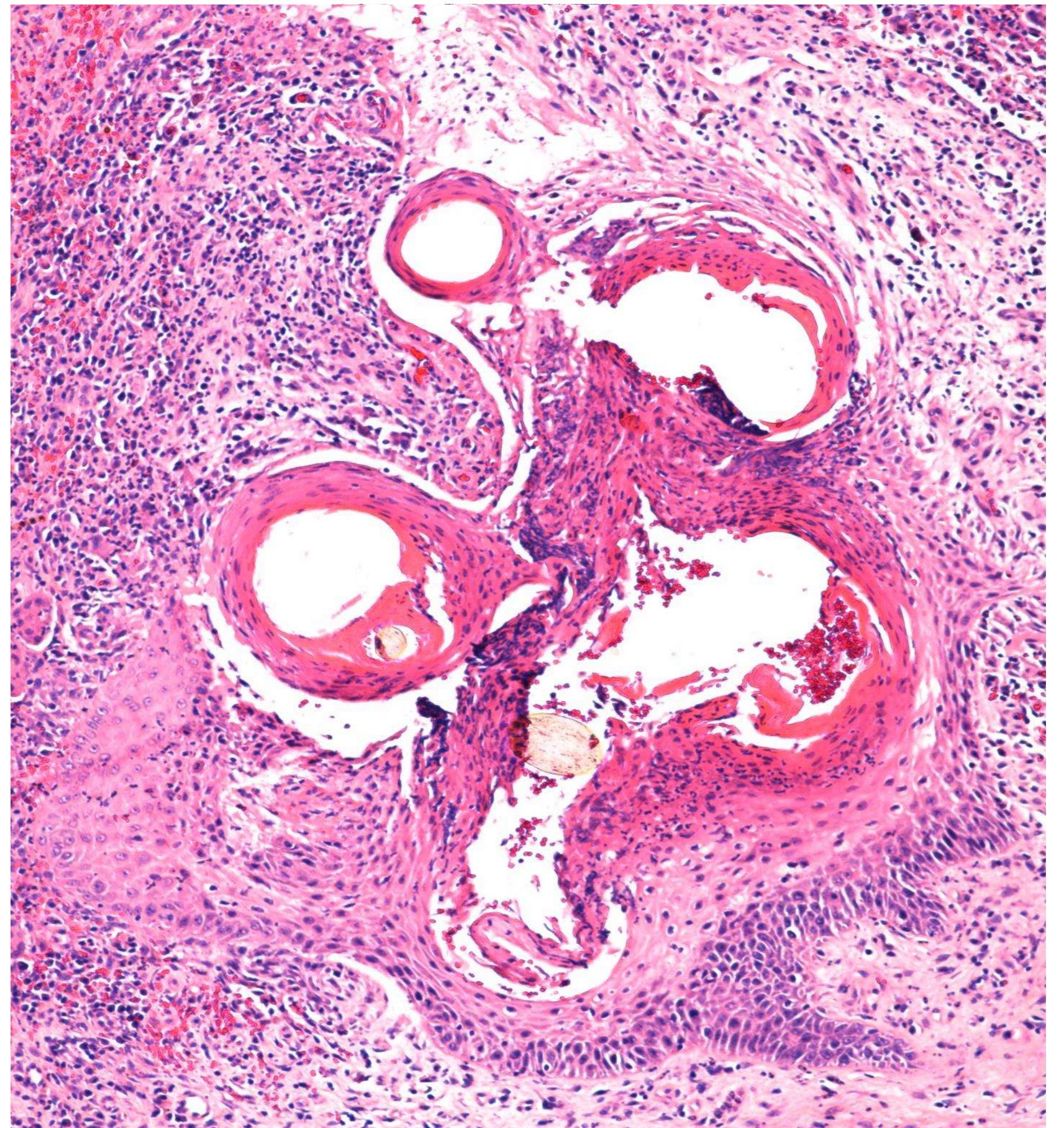
Folliculitis decalvans

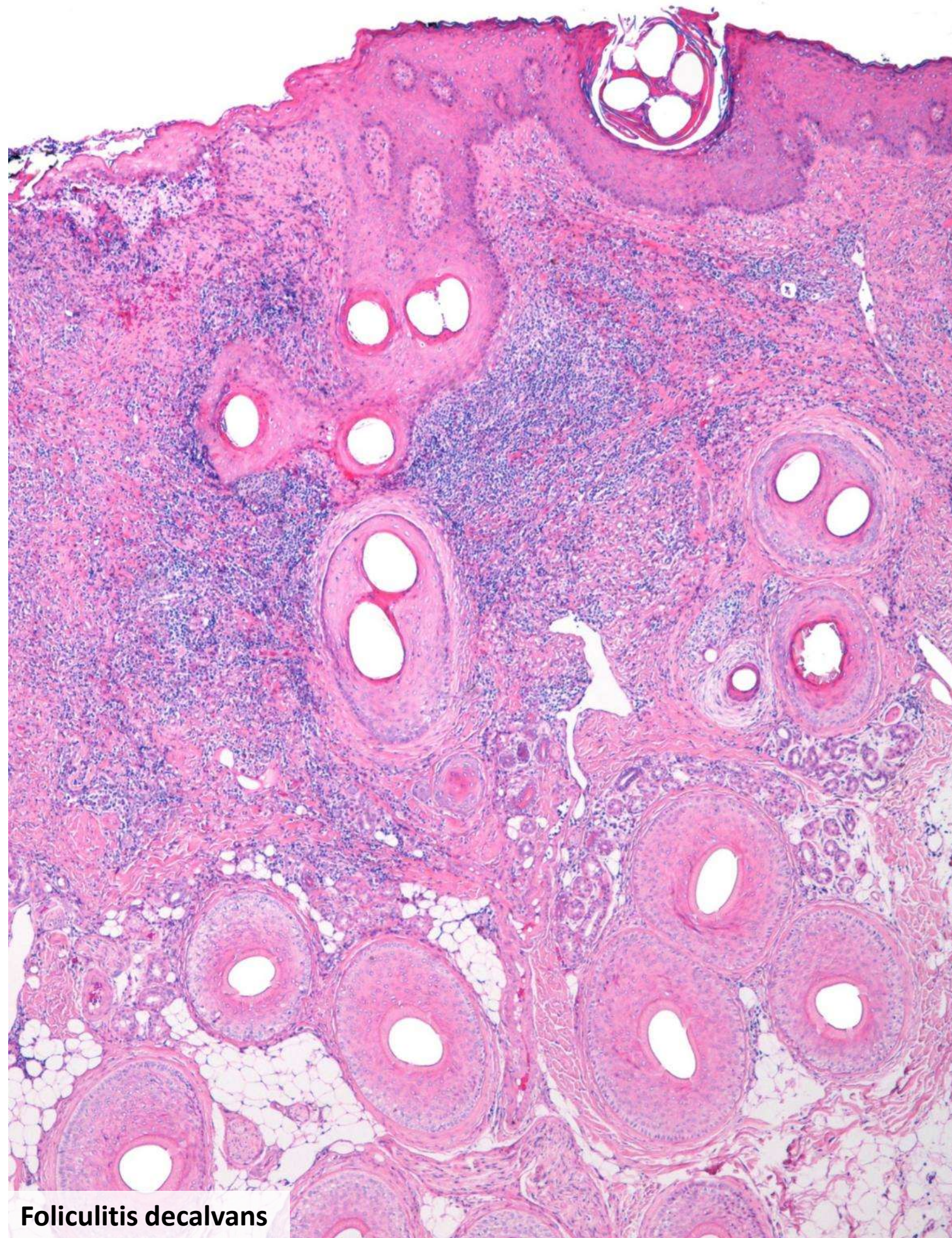


Folliculitis decalvans



Folliculitis decalvans





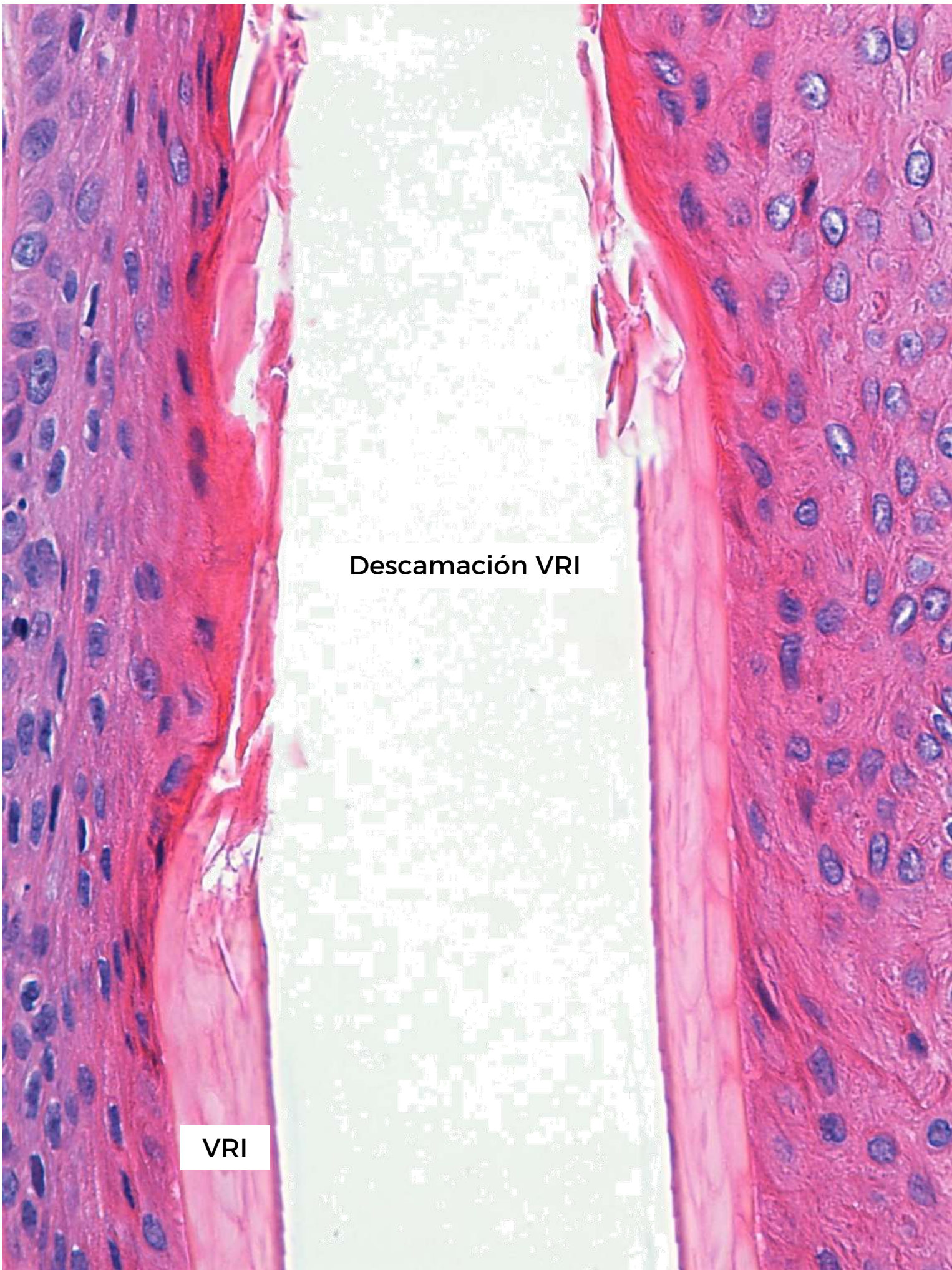
Folliculitis decalvans



Tricrómico



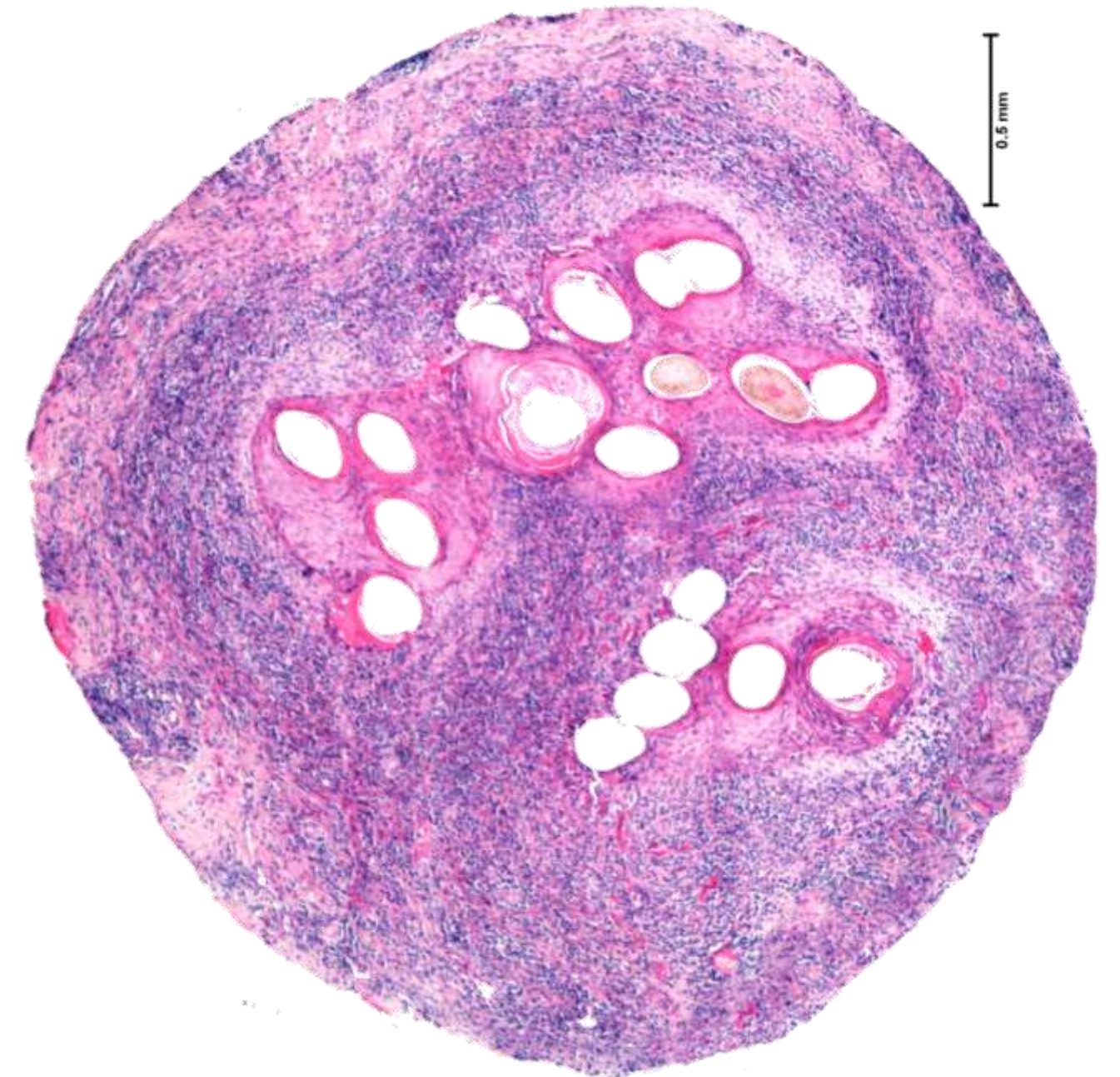
Foliculitis decalvans - Descamación VRI

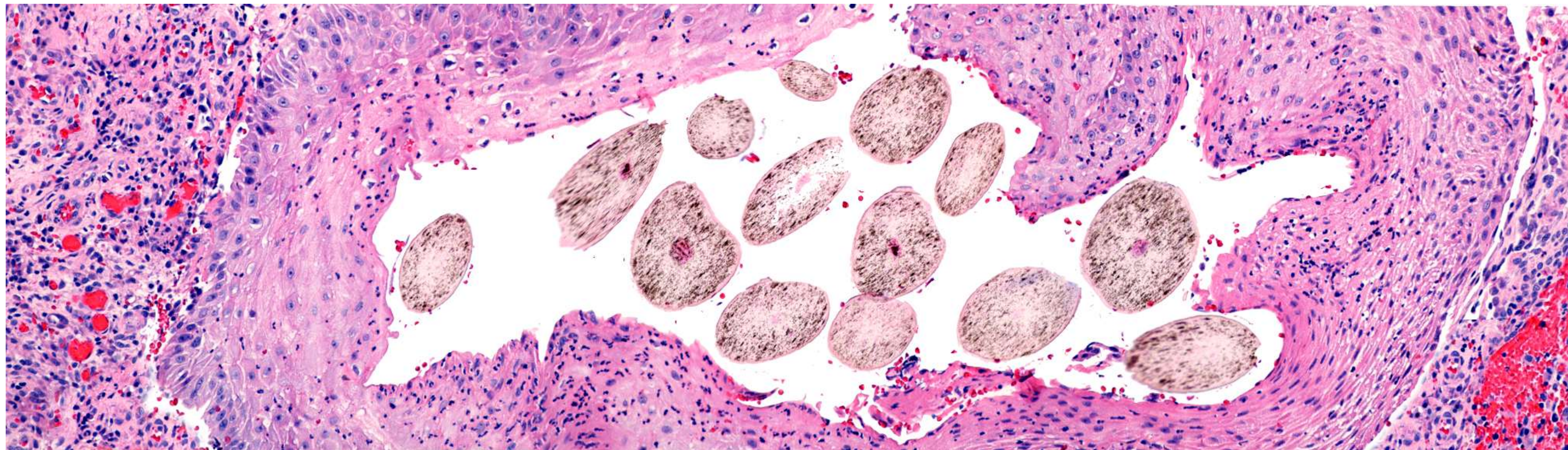


Descamación VRI

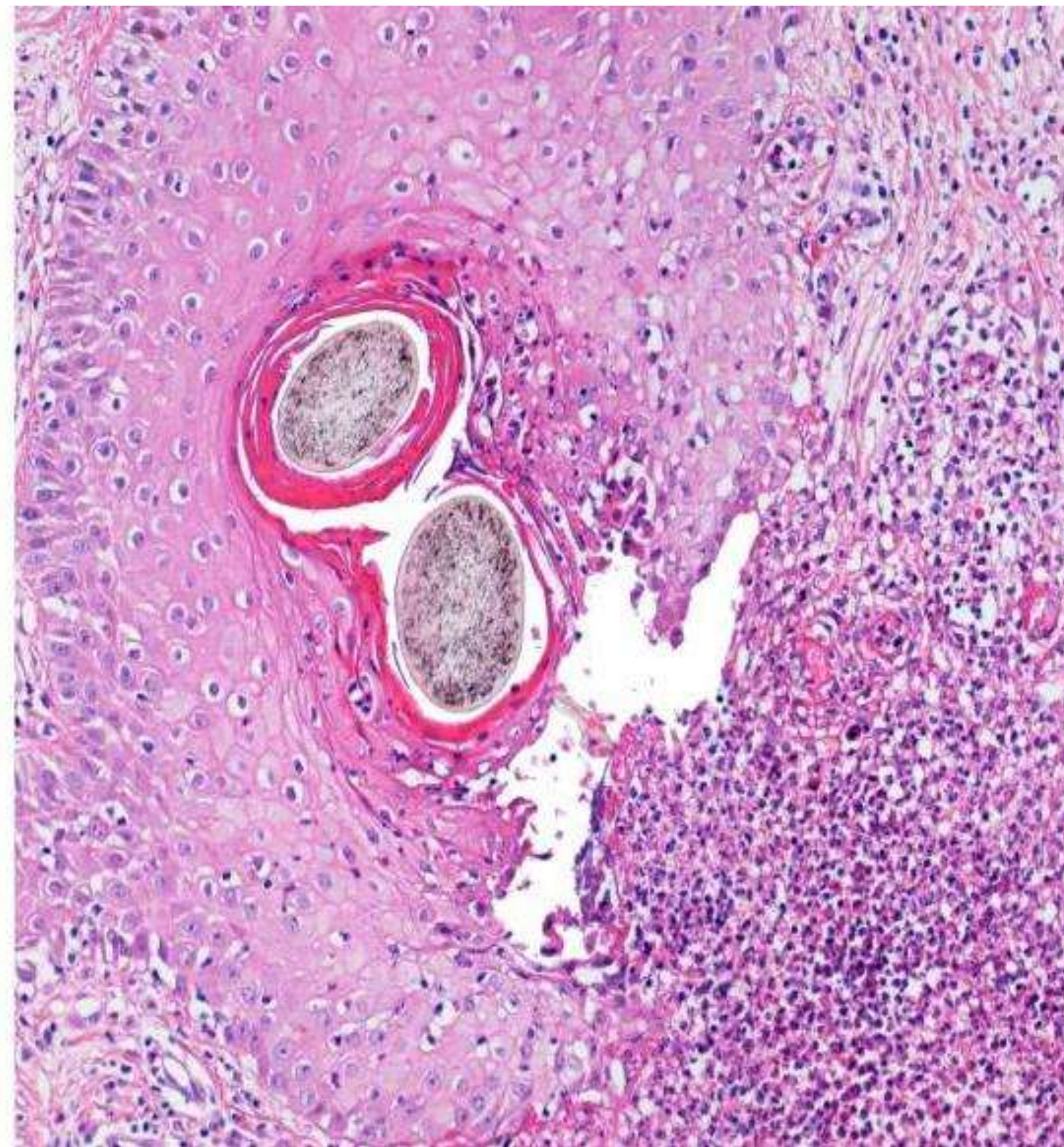
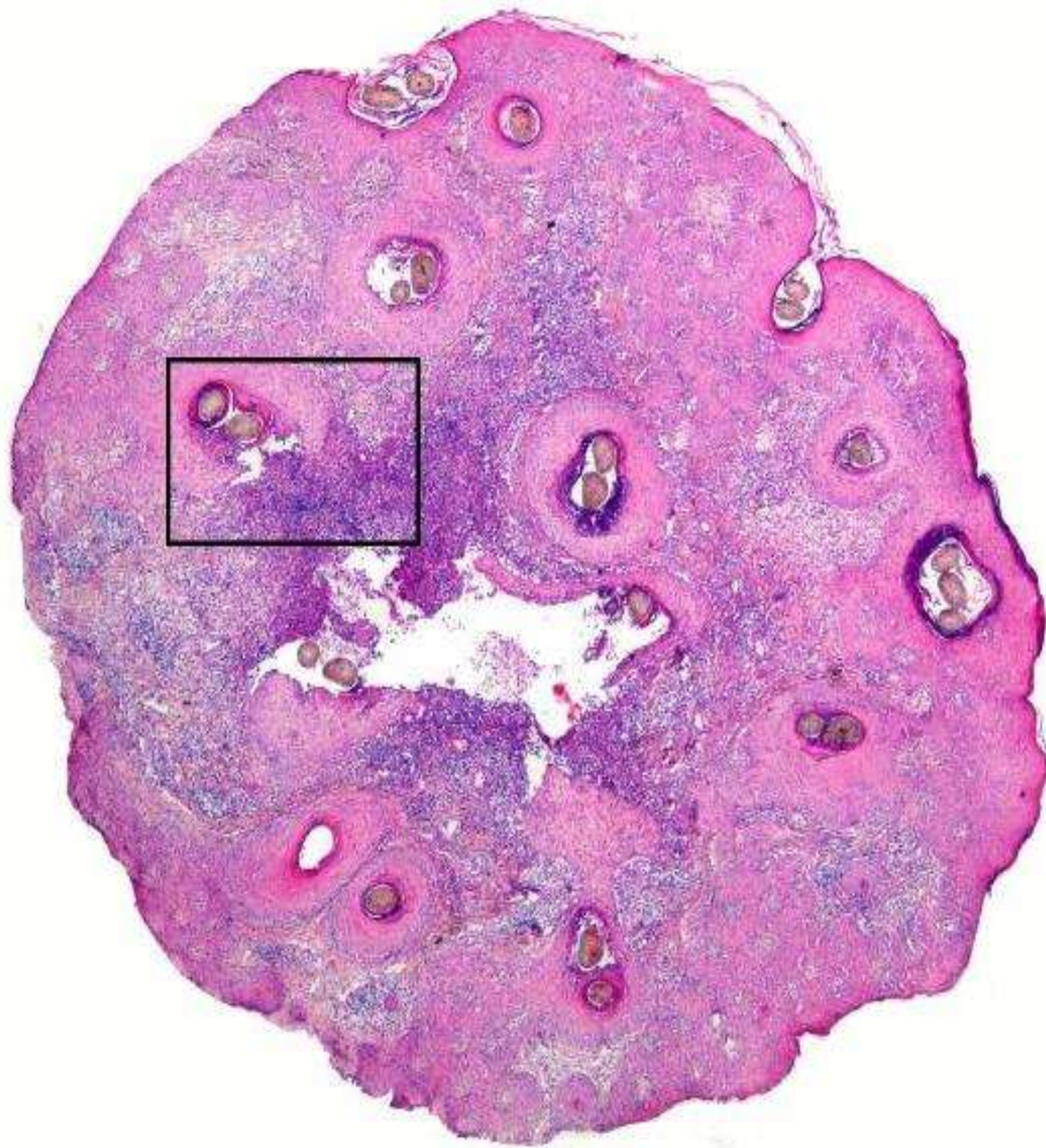
VRI

- Otro hallazgo característico es el “penacho o cabello de muñeca”, donde varios tallos emergen de una única abertura folicular.
- Ocurre cuando los folículos adyacentes se ven afectados por el proceso inflamatorio y sus aberturas se fusionan.
- Los grandes mechones de pelo pueden ser una pista de formas neutrófilicas y mixtas de alopecia, especialmente **foliculitis decalvans y acné queloidal**.





Folliculitis decalvans - Polytrophia



Foliculitis Decalvans

Hallazgos histológicos en secciones horizontales

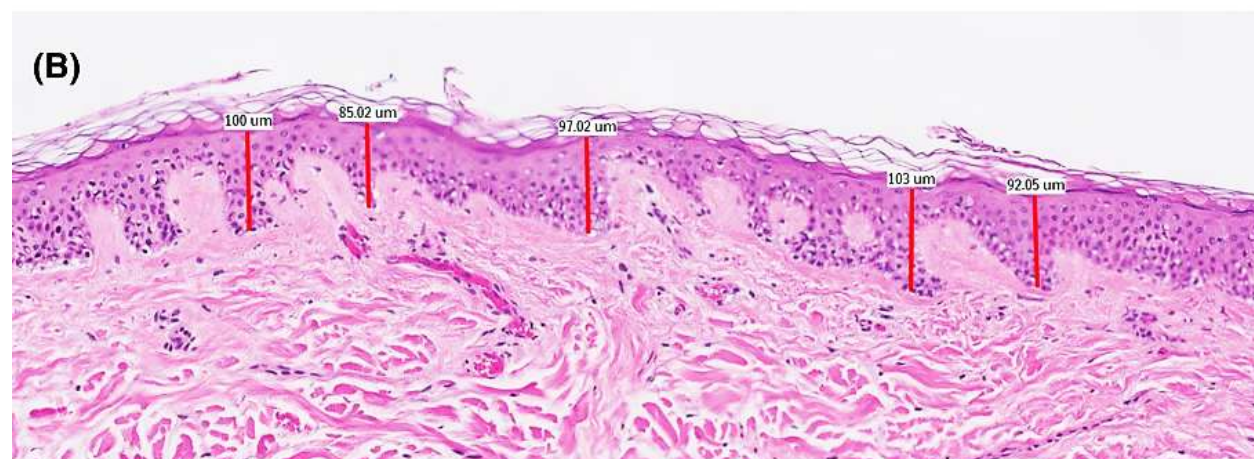
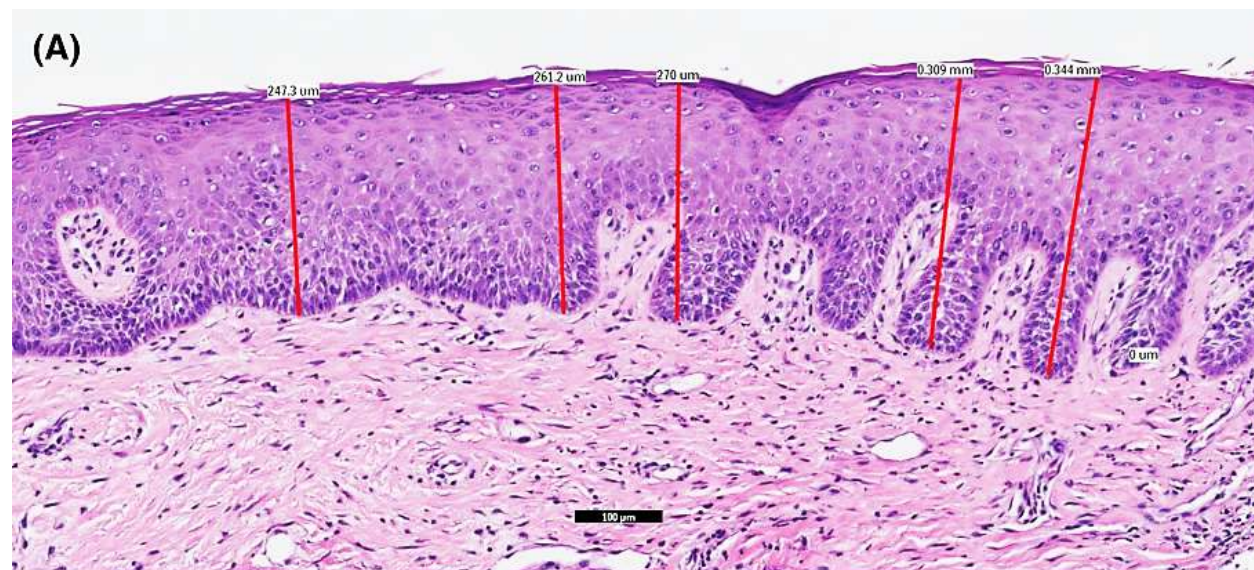


Bohnett MC, Kolivras A, Thompson AA, Thompson CT.

Epidermal thickness is useful in distinguishing lichen planopilaris from neutrophil-poor/lymphocyte-predominant folliculitis decalvans.

J Cutan Pathol. 2021 Jun;48(6):816-818

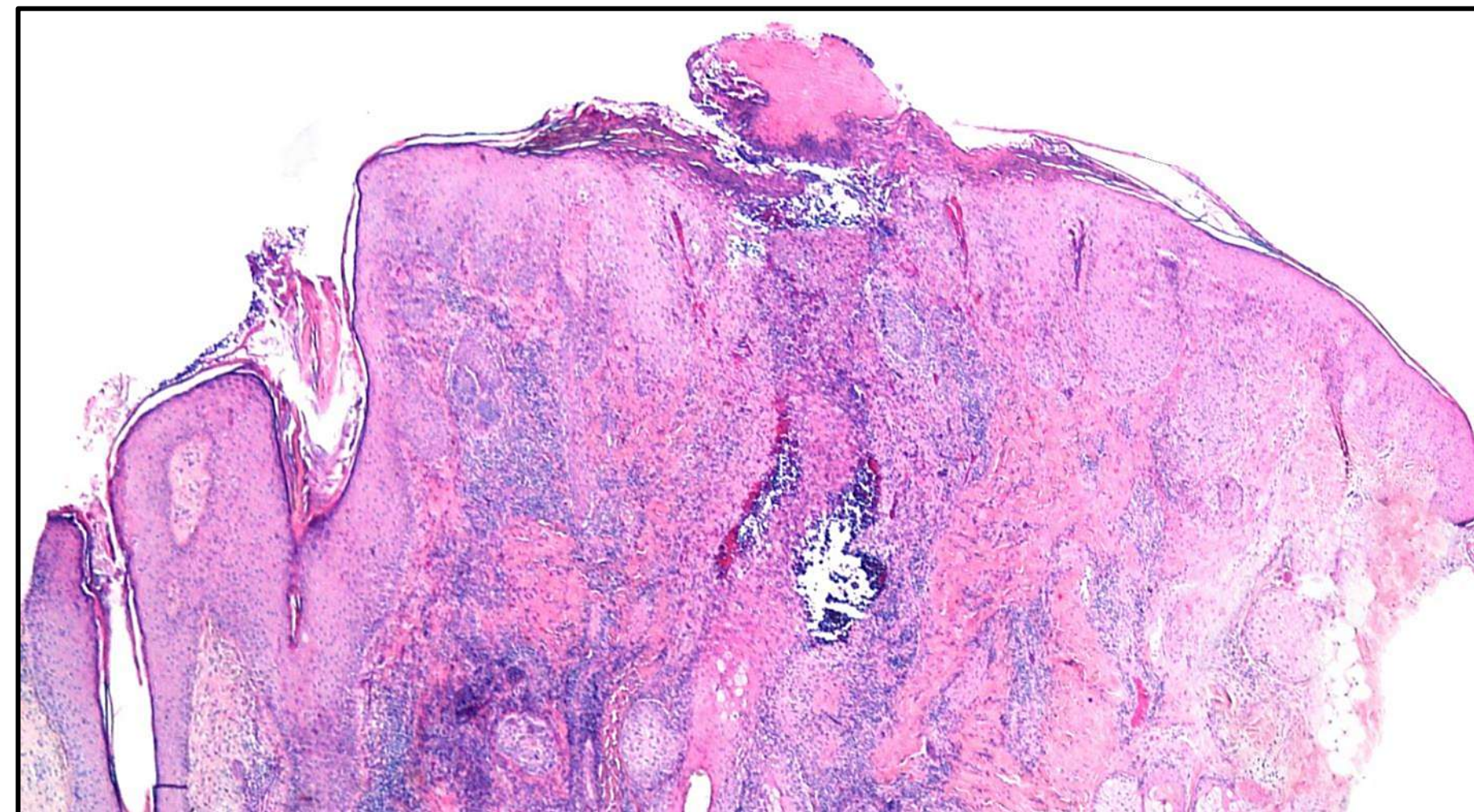
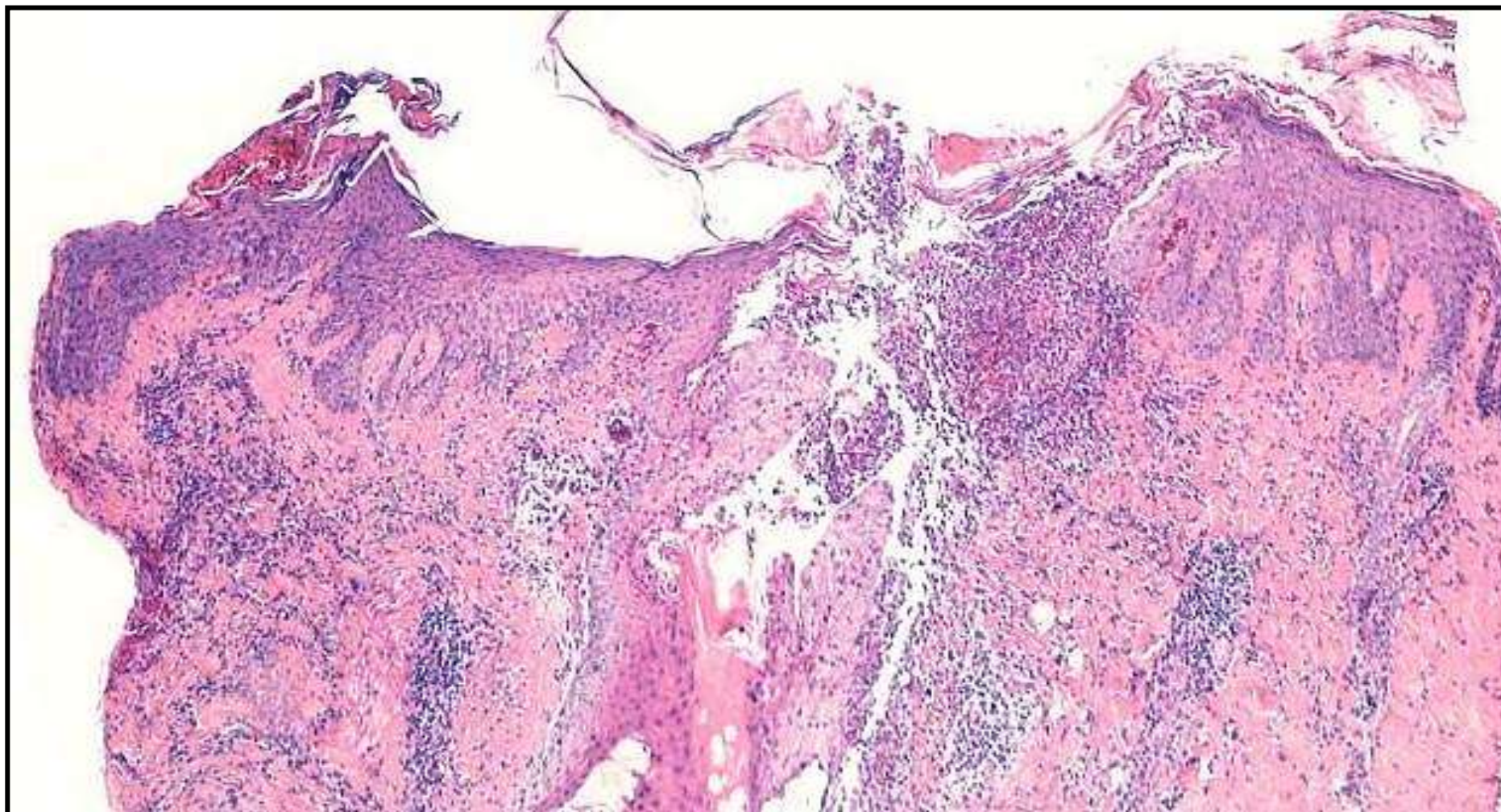
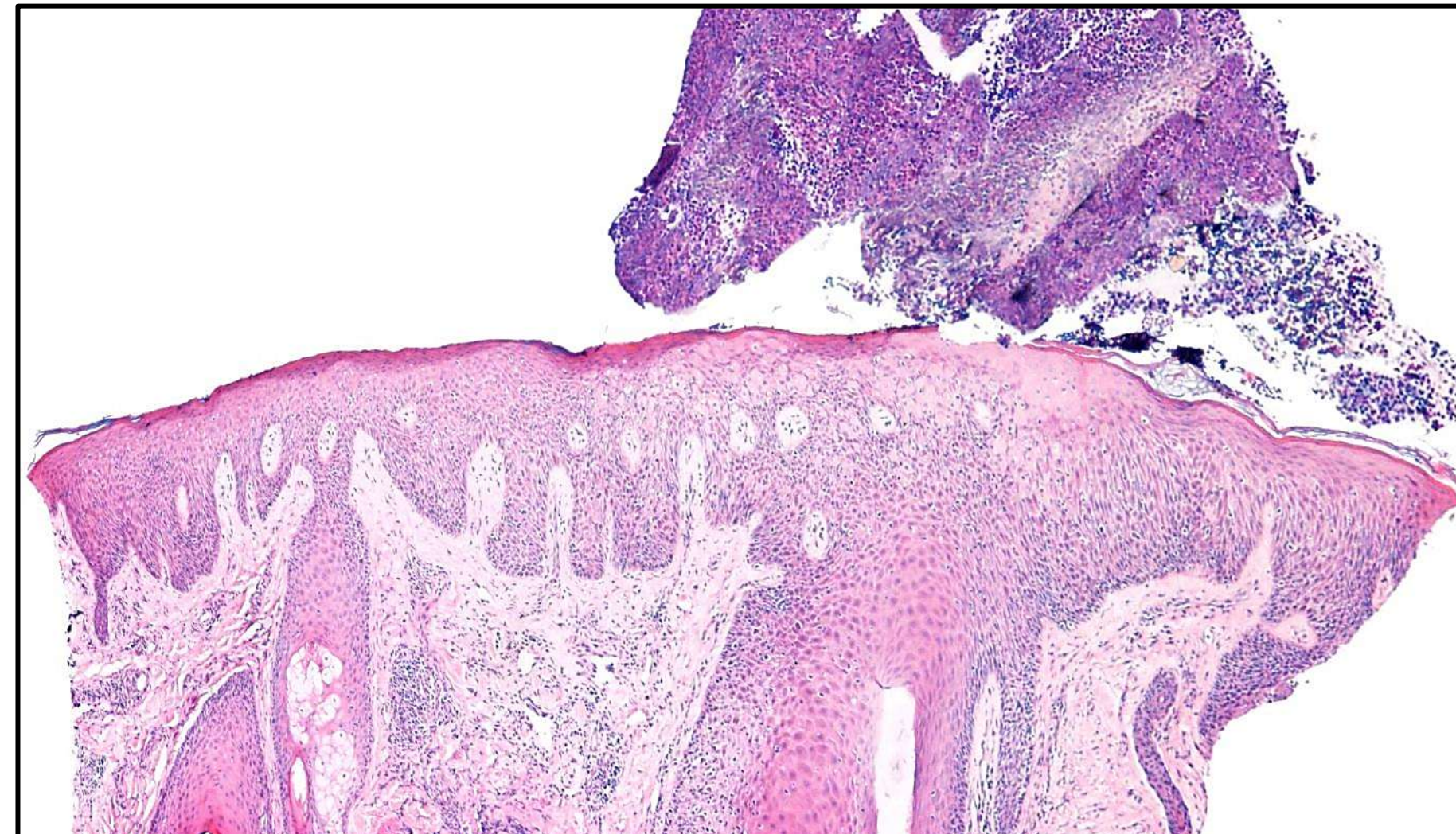
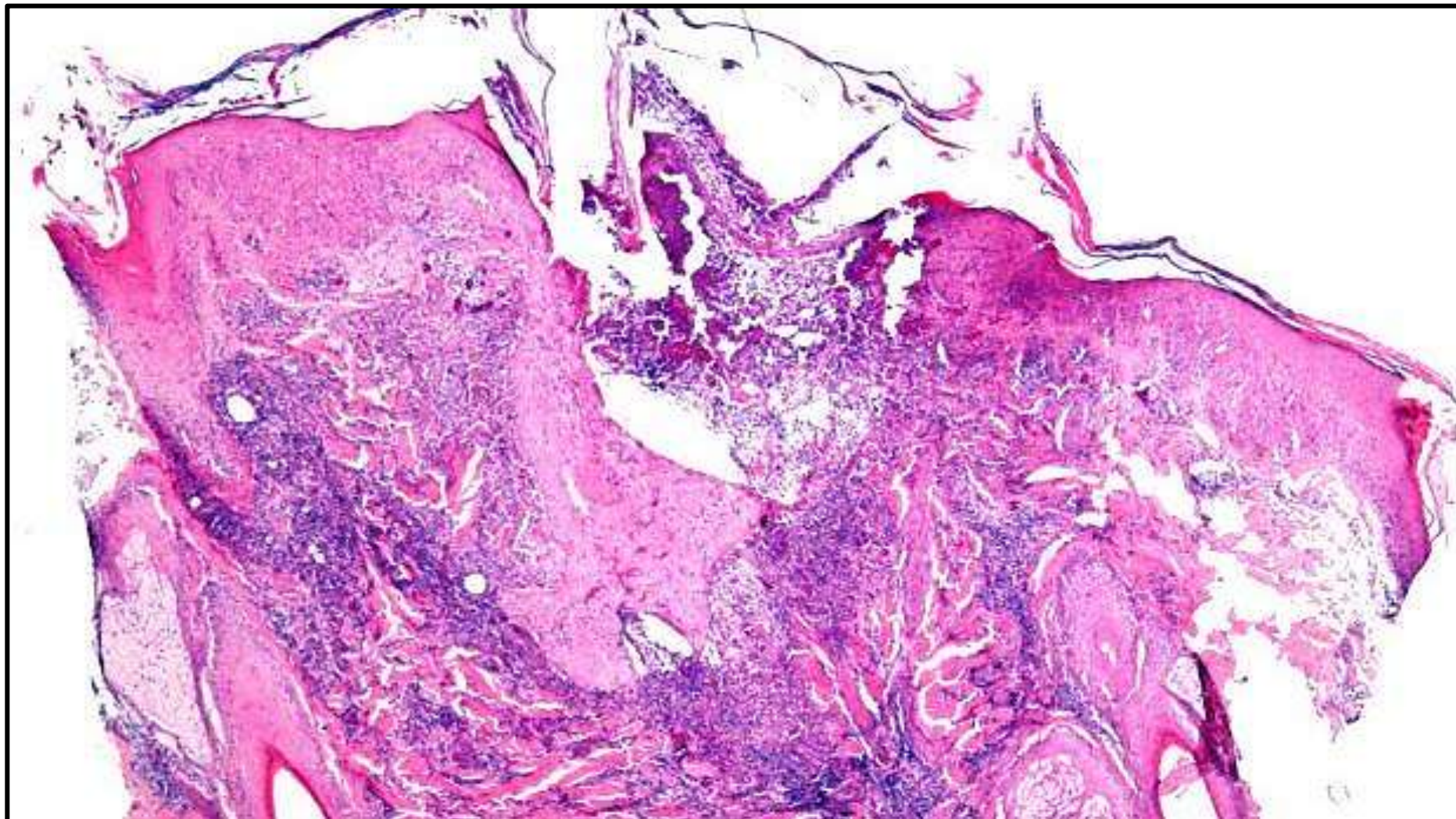
Matard B, Cavelier-Balloy B, Reygagne P. **Epidermal psoriasiform hyperplasia, an unrecognized sign of folliculitis decalvans: A histological study of 26 patients.** J Cutan Pathol. 2017 Apr;44(4):352-357.



Las lesiones avanzadas de FD pueden ser pobres en neutrófilos, presentando principalmente linfocitos y plasmocitos.

En estos casos, diferenciar de un LPP puede ser complicado, si no imposible. Una pista útil para distinguir la FD de la LPP es el número de folículos fusionados.

Recientemente, se describió la hiperplasia epidérmica previamente no reconocida en la FD, proporcionando así un nuevo criterio histopatológico para diagnosticar la FD.



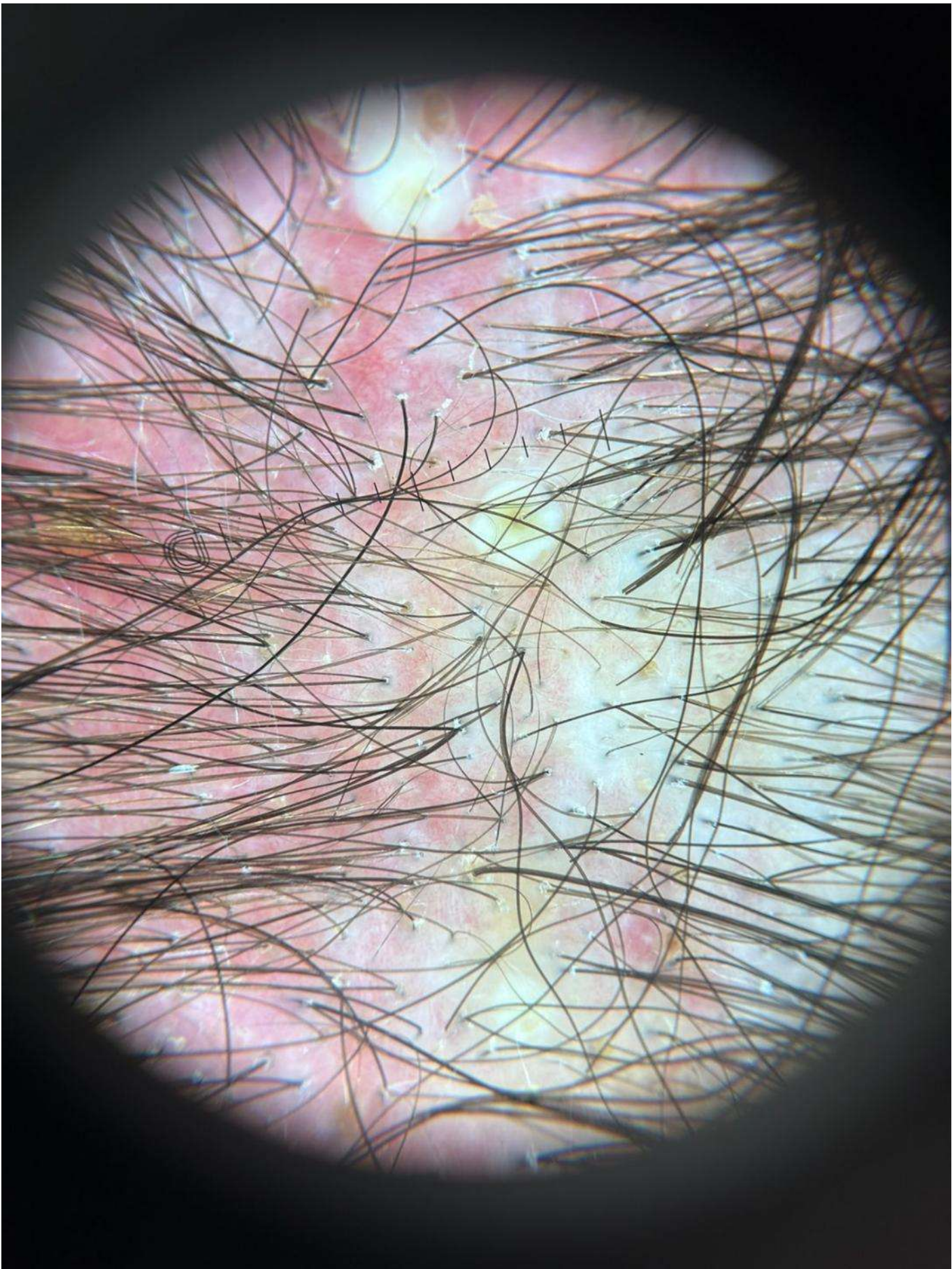
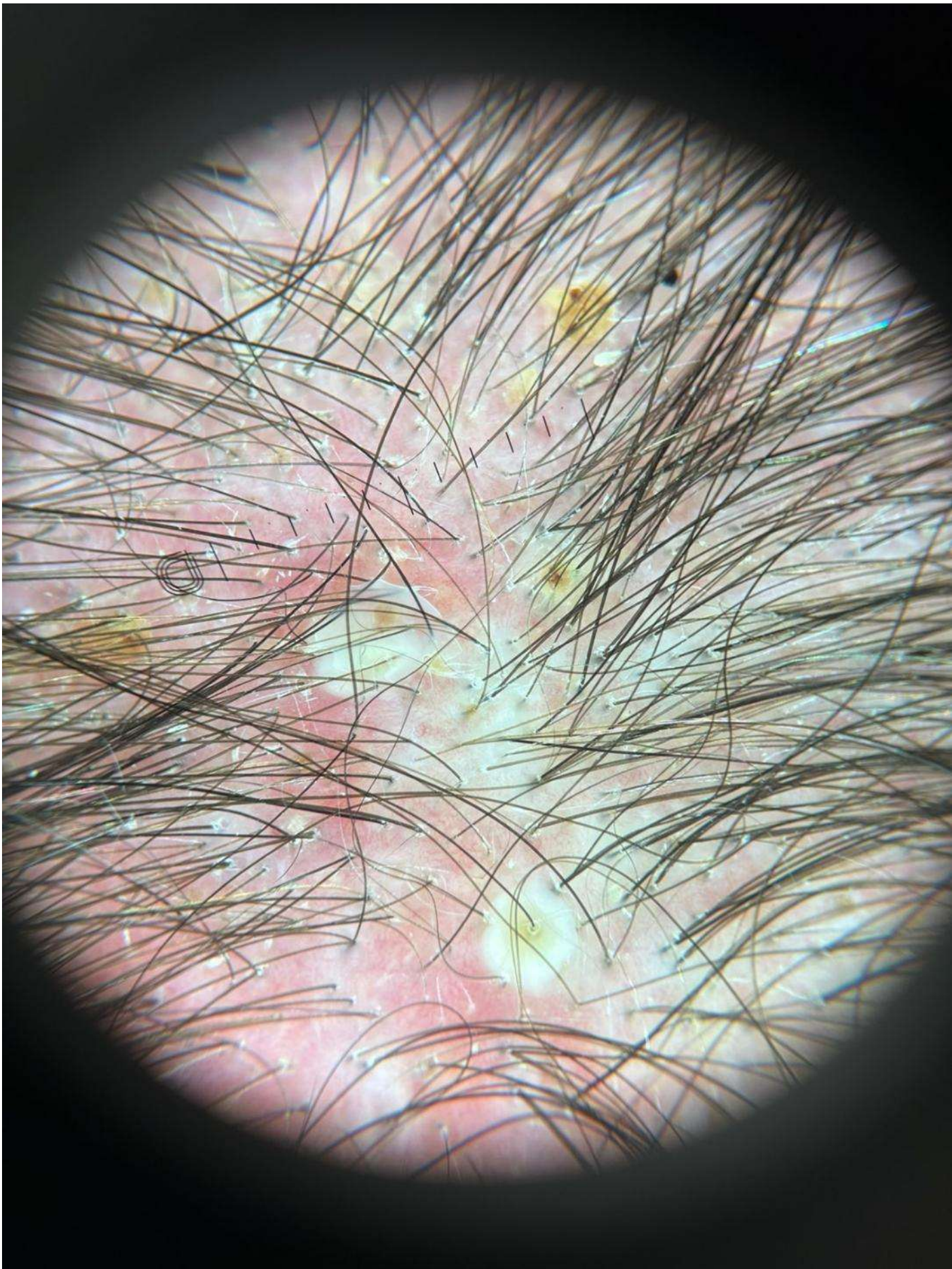
**ESPECTRO FENOTÍPICO DE
FOLICULITIS DECALVANS Y
LIQUEN PLANO PILAR
(FD/LPP)**





- Combina rasgos de folliculitis decalvante y liquen plano pilar.
- Puede ser concomitante o secuencial.
- Puede verse como “LPP con pústulas” o “FD crónica con cambios liquenoides”.
- La fase tardía puede perder los neutrófilos.
- No siempre encaja en la clasificación clásica según el infiltrado predominante.
- Requiere una estrecha correlación clínica, tricoscópica e histológica.

Tricoscopia



¿Cuándo se empezó a sospechar y describir?

La idea surge de casos con transición FD → LPP

2003

NAHRS

2018

Trüeb et al, tricoscopia
dinámica

2019/2020

Yip et al.

2020

Egger / Miteva

2024–2026

Series recientes

Clasificación de alopecias cicatriciales por infiltrado predominante: linfocítico, neutrofílico o mixto. FD y LPP quedan como prototipos separados.

Seguimiento tricoscópico secuencial, algunos casos de foliculitis decalvante pueden desarrollar características de liquen plano pilar, generando confusión

Serie de 13 pacientes con rasgos concomitantes o secuenciales; se propone el concepto de espectro fenotípico FD–LPP.

Serie de 7 casos con foco histopatológico: folículos compuestos, plasmocitos, granulomas y utilidad de antimicrobianos.

31 pacientes adultos y 14 pediátricos: entidad infrecuente, probablemente subdiagnosticada, heterogénea y con posible curso agresivo.

Histopatología: claves para pensar en el espectro

El diagnóstico se fortalece cuando coexisten rasgos cicatriciales linfocíticos y supurativos/neutrofílicos.

Rasgos LPP

Inflamación linfocítica perifolicular

Daño de interfase folicular

Fibrosis perifolicular lamelar

Pérdida de glándulas sebáceas

Tractos fibrosos

Rasgos FD

Pústulas o neutrófilos intra o perifoliculares

Costras amarillas o hemorrágicas

Politriquia / penachos foliculares

Ruptura folicular

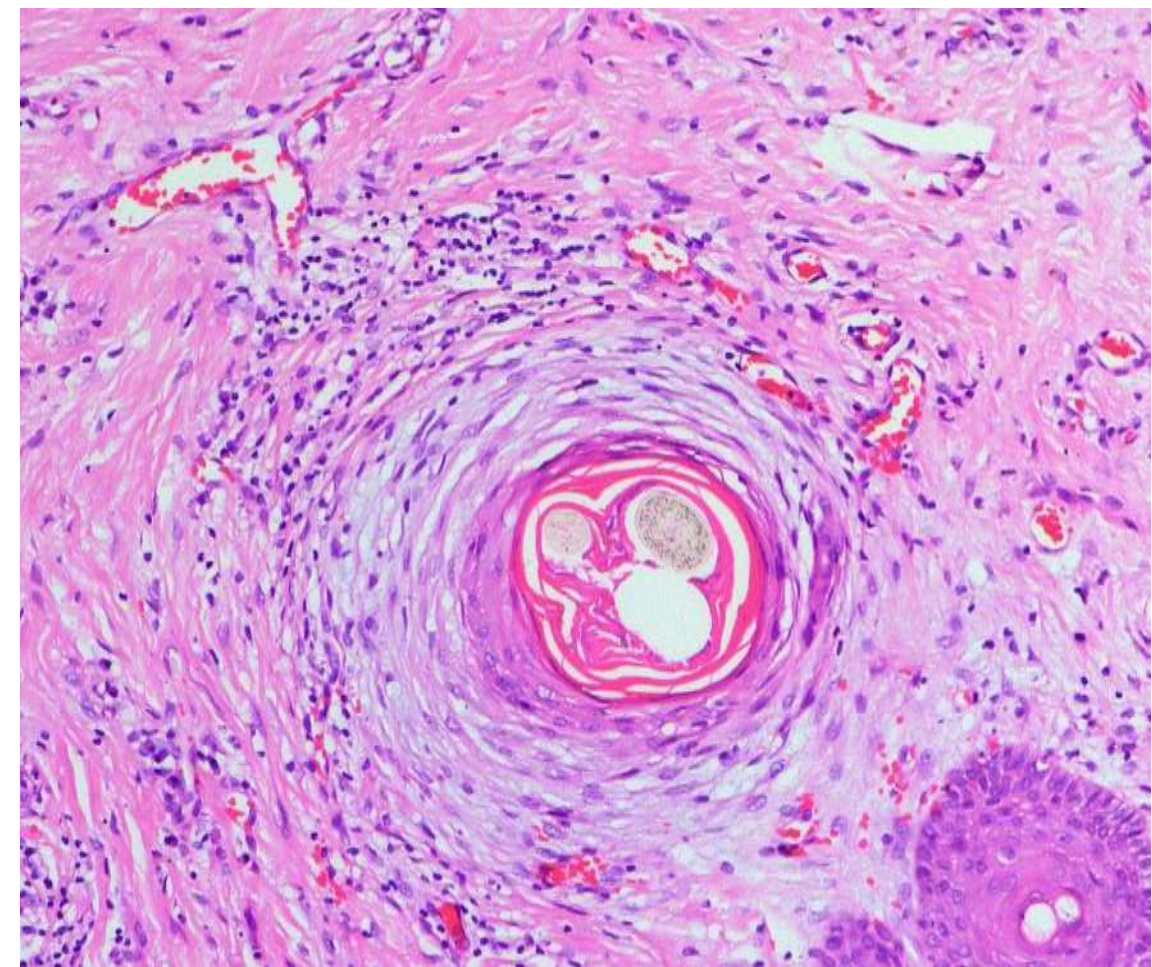
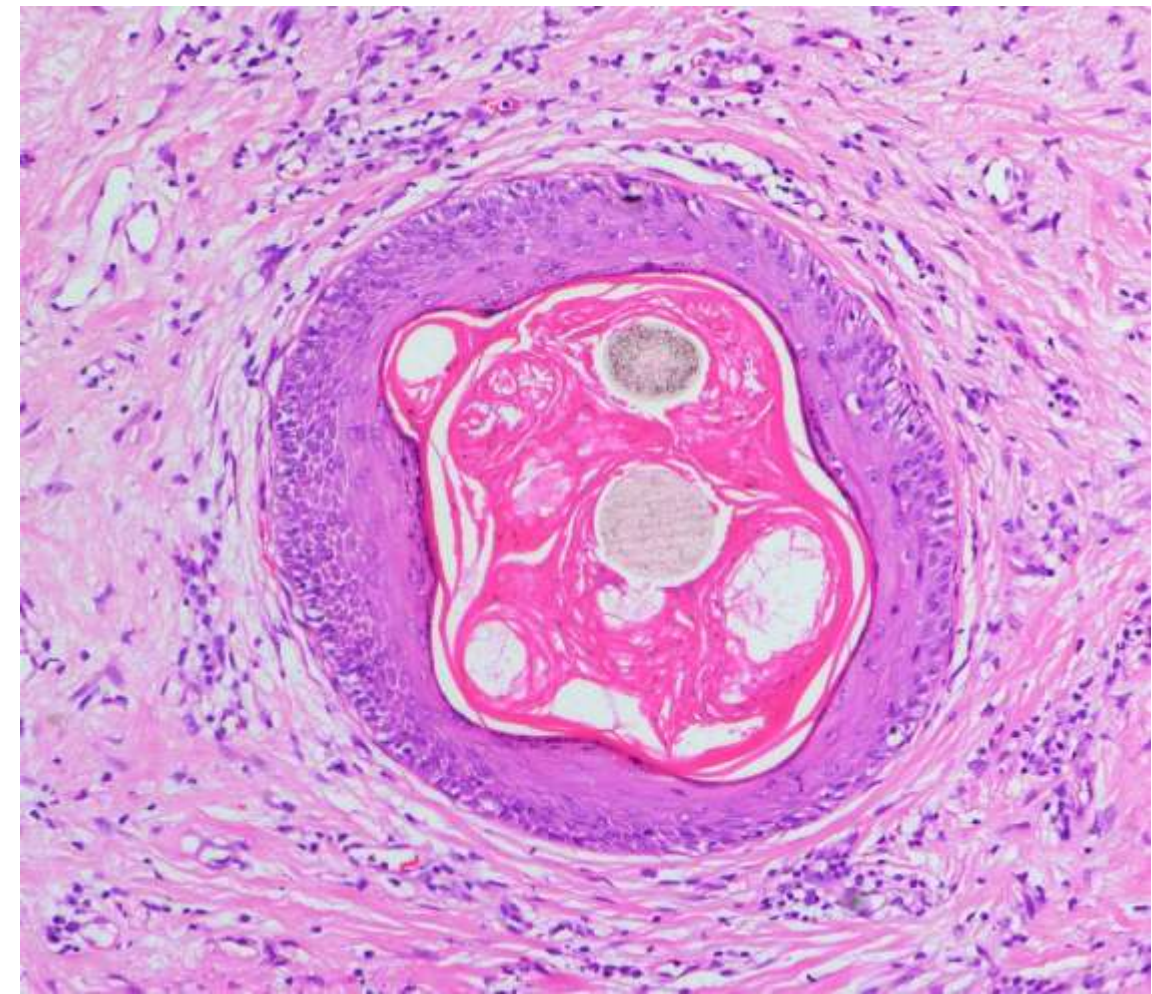
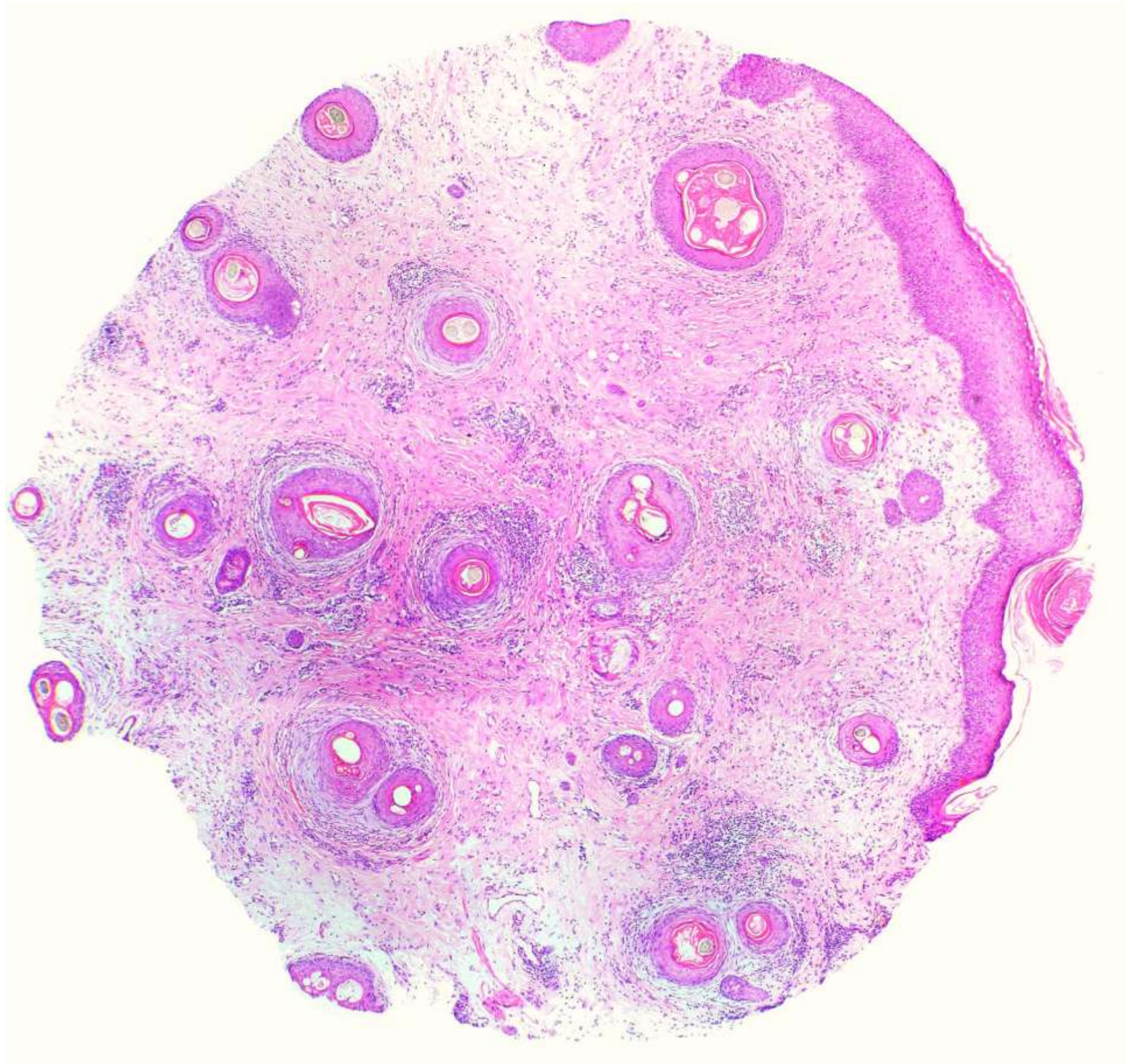
Granulomas a cuerpo extraño

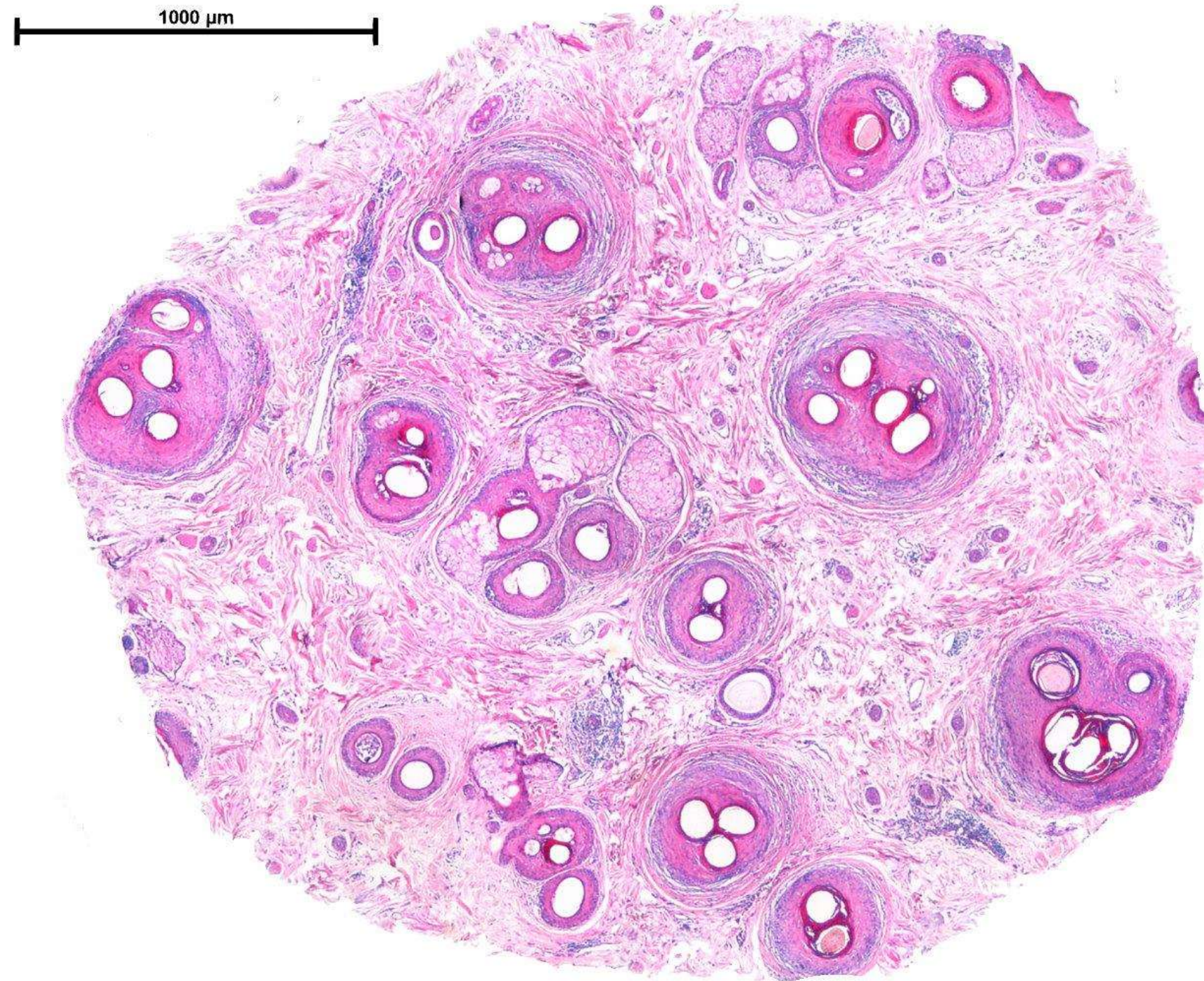
Solapamiento útil

Fusion folicular

Plasmocitos prominentes

Inflamación mixta o cambiante





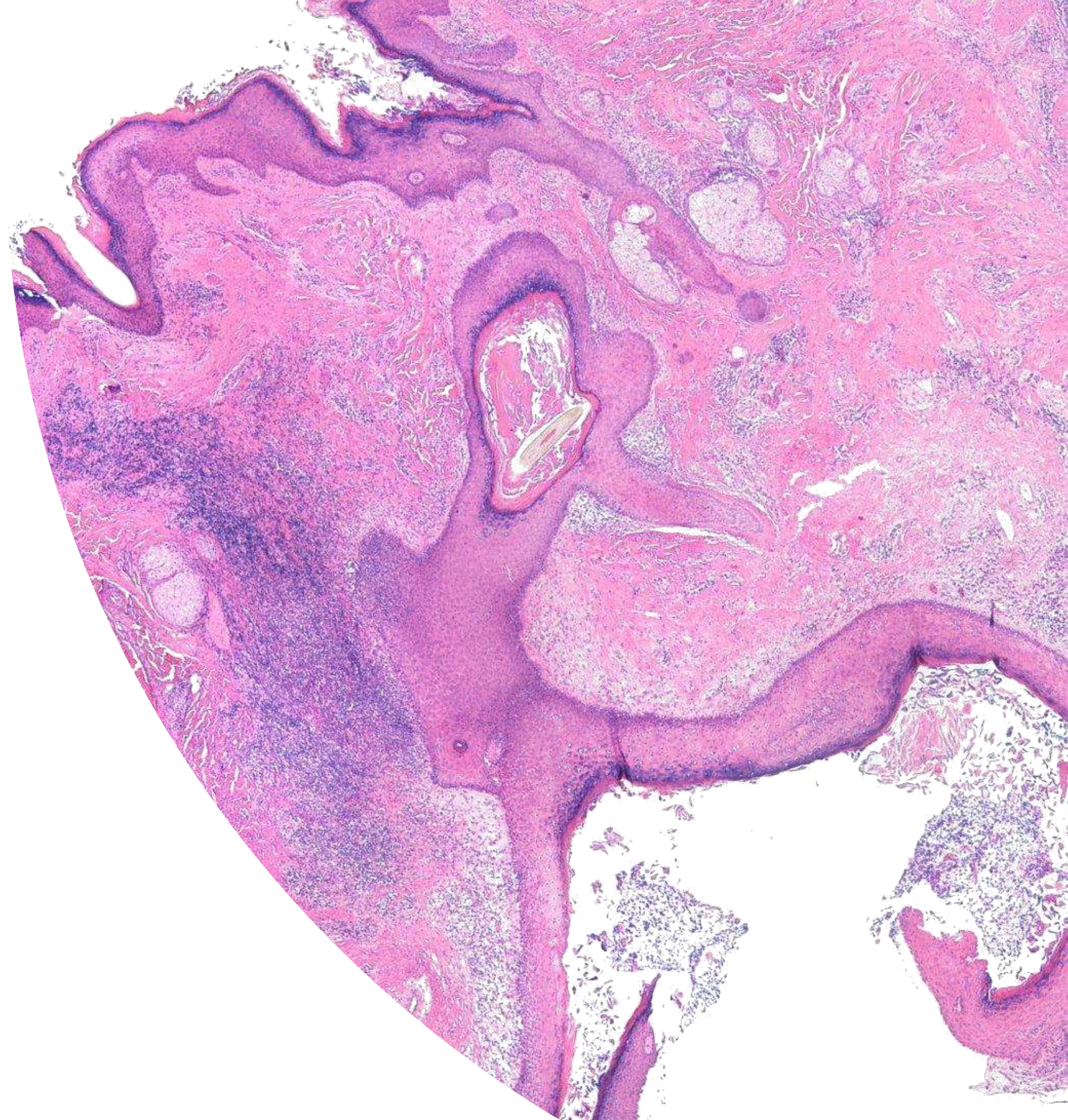
- No es solo una suma de dos diagnósticos.
- Es un patrón de AC en el que la inflamación folicular puede expresar rasgos mixtos neutrofílicos y linfocíticos en el mismo paciente.





- El espectro FD-LPP no depende de una sola imagen: es una correlación de patrón.
- Curso recalcitrante si se trata como una sola entidad
- La histología debe buscar arquitectura folicular alterada, pérdida sebácea, fibrosis, folículos fusionados, plasmocitos, granulomas y/o neutrófilos.
- Reconocerlo puede orientar manejo combinado antiinflamatorio e antimicrobiano según actividad y contexto clínico.

**CELULITIS / FOLICULITIS DISECANTE
DEL CUERO CABELLUDO (CD)**
Perifoliculitis capitis abscedens
et suffodiens



- Es una enfermedad rara que afecta a hombres jóvenes de ascendencia africana, aunque cada vez se describen más casos en hombres blancos.
- Afecta predominantemente el vértice y se va extendiendo centrífugamente.
- La presentación típica consiste en nódulos fluctuantes e interconectados que progresivamente confluyen, se rompen y drenan pus.

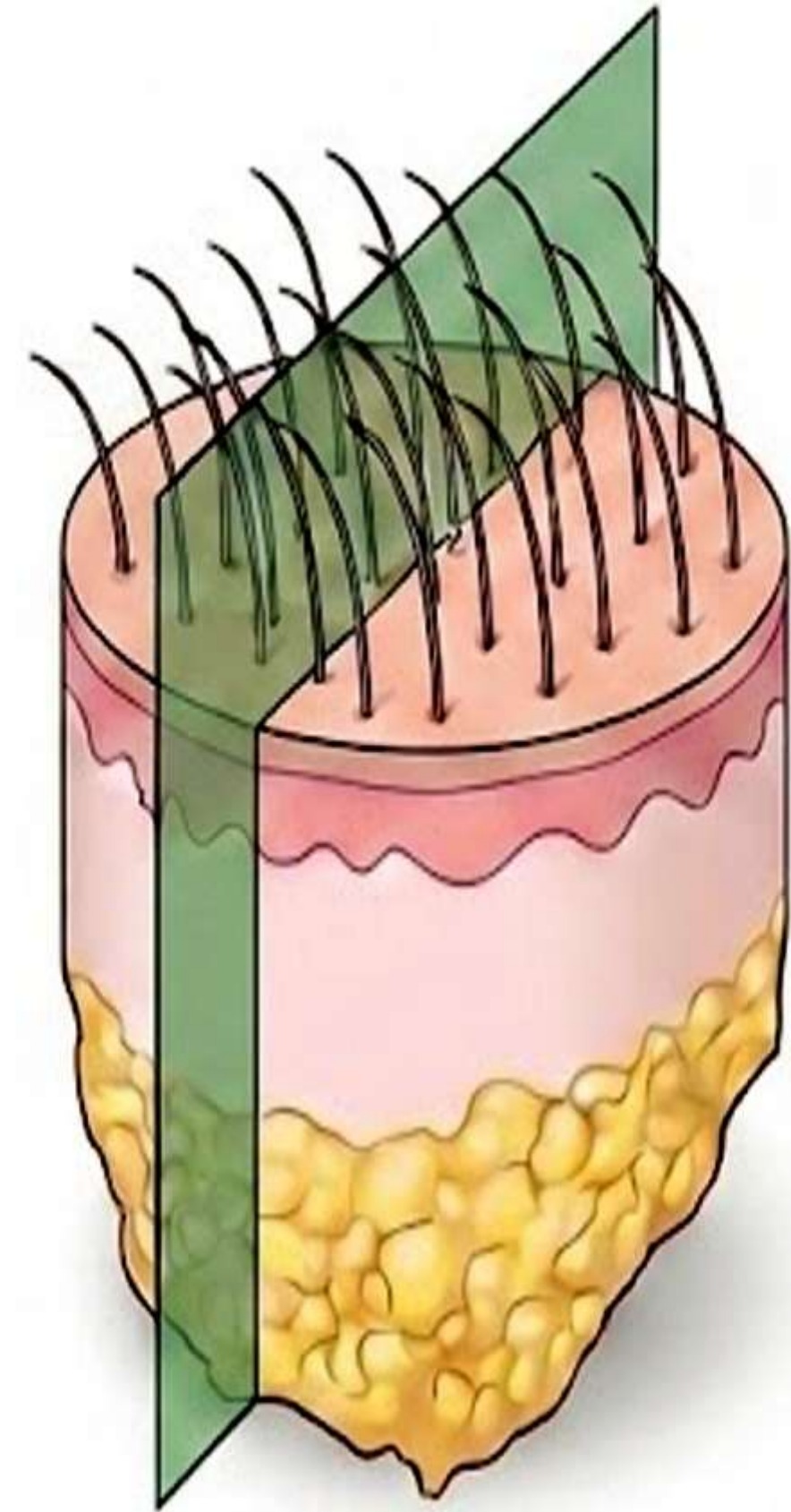


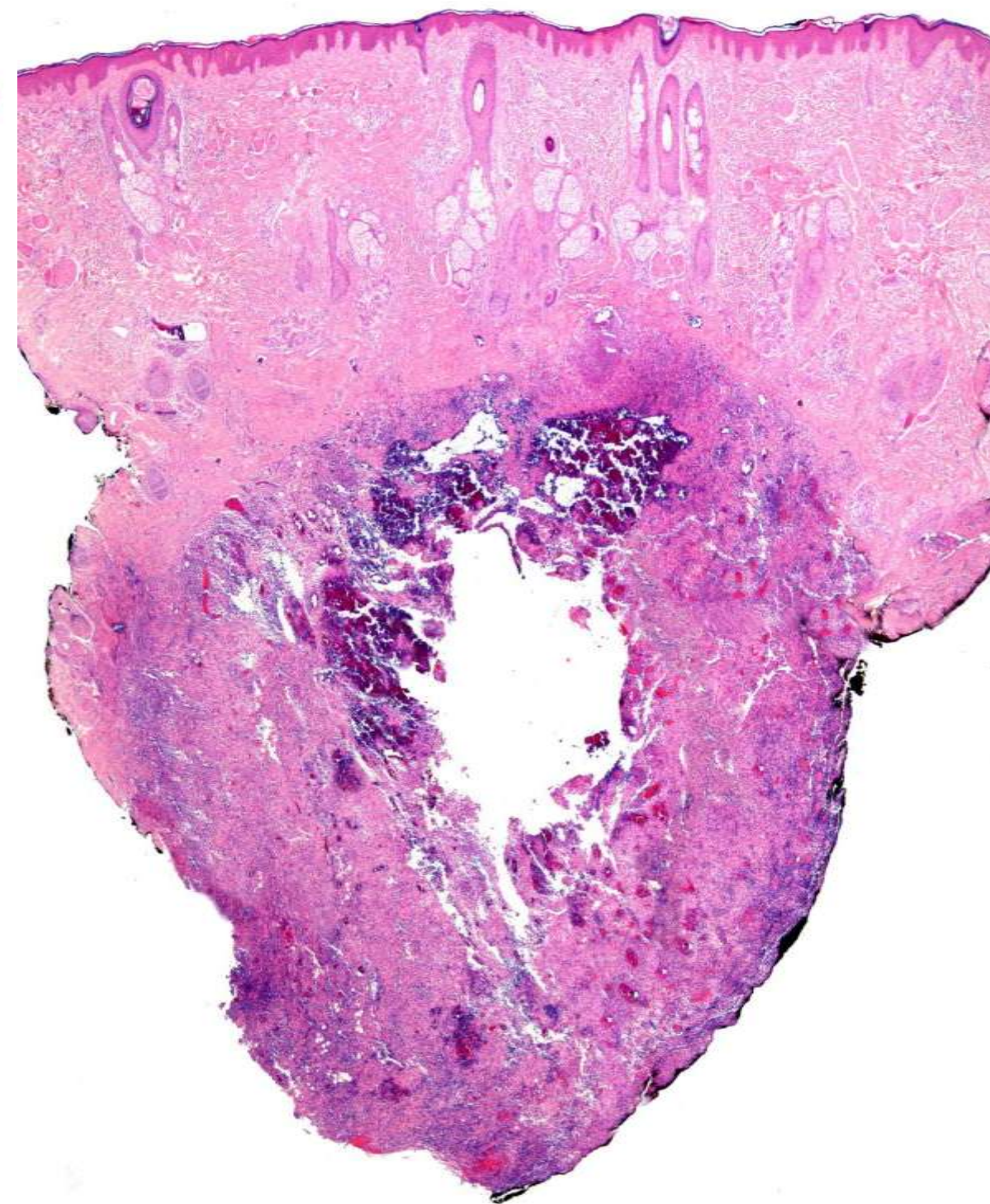
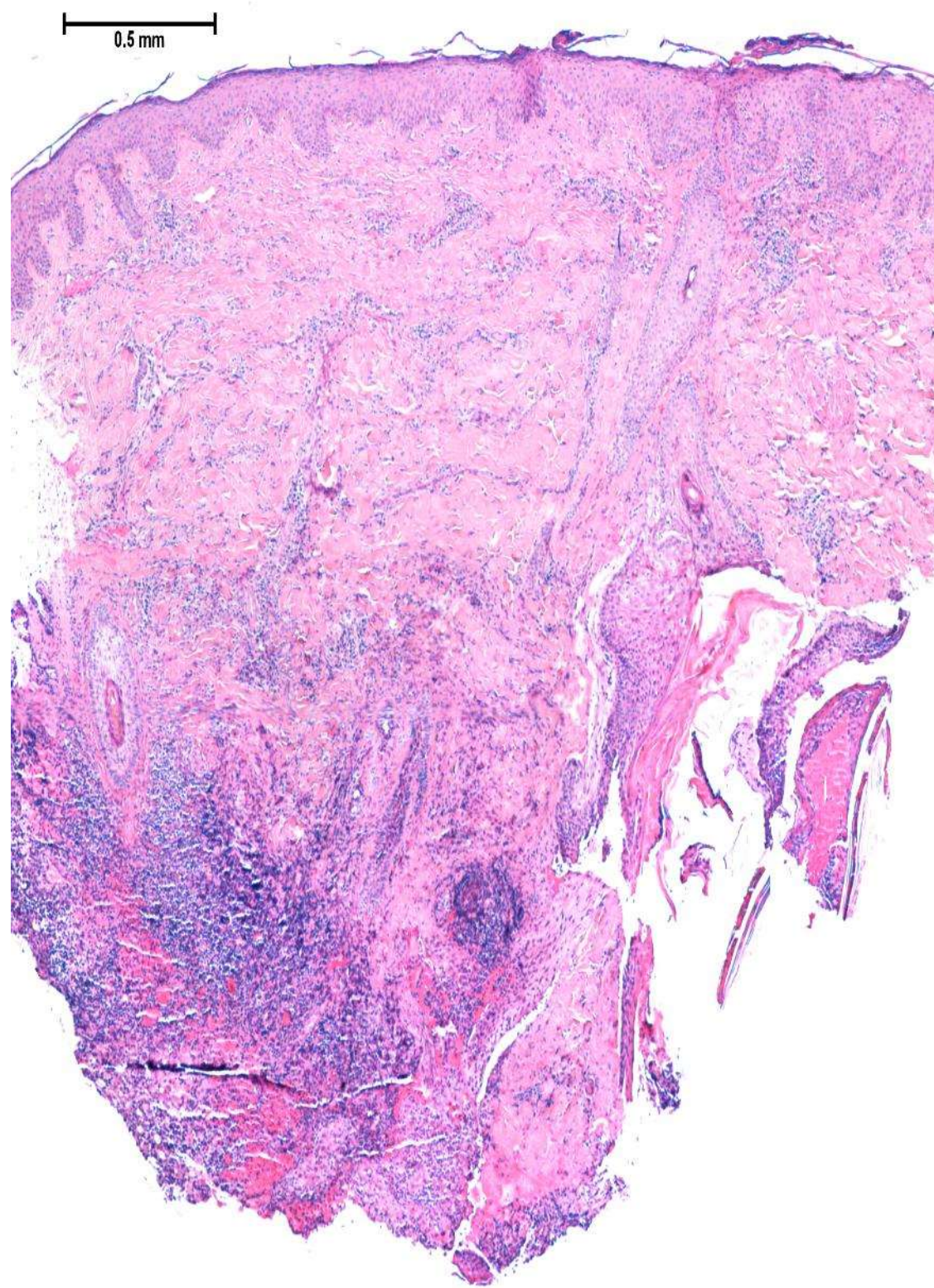
- Debido a amplia interconexión de los nódulos en el cuero cabelludo, la descarga de material purulento en un lugar lejano cuando se pinza un nódulo es un hallazgo clínico característico



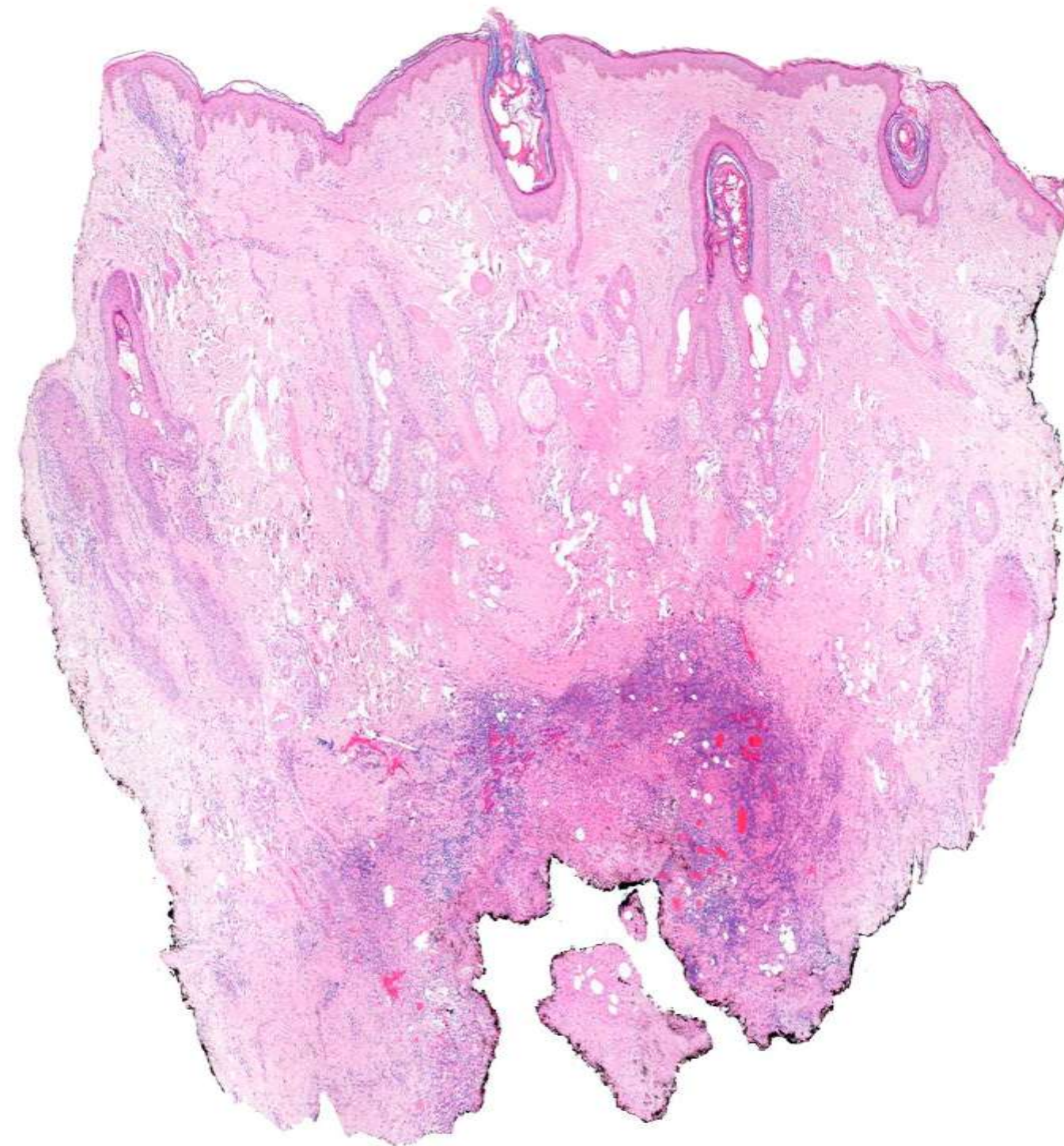
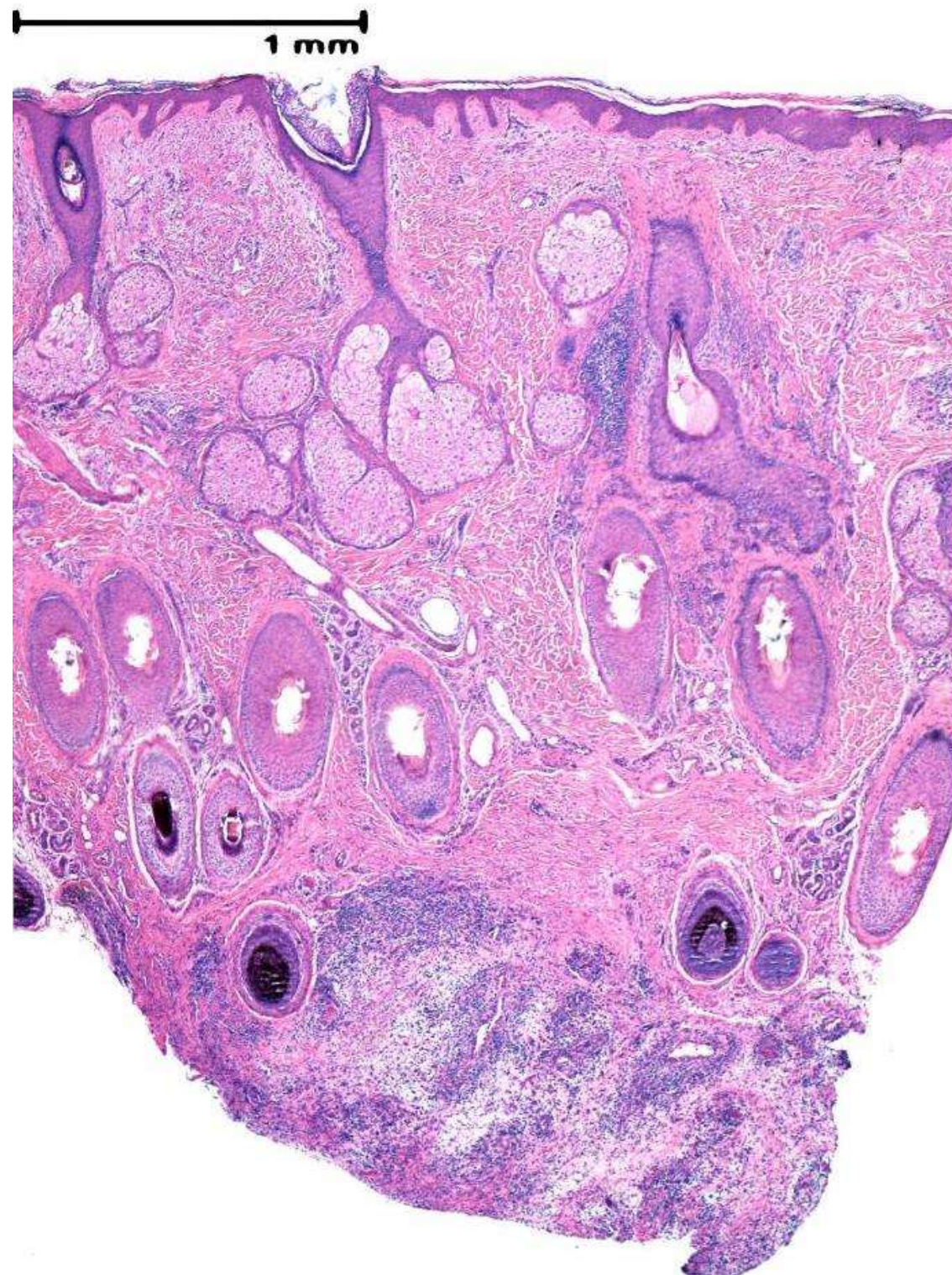
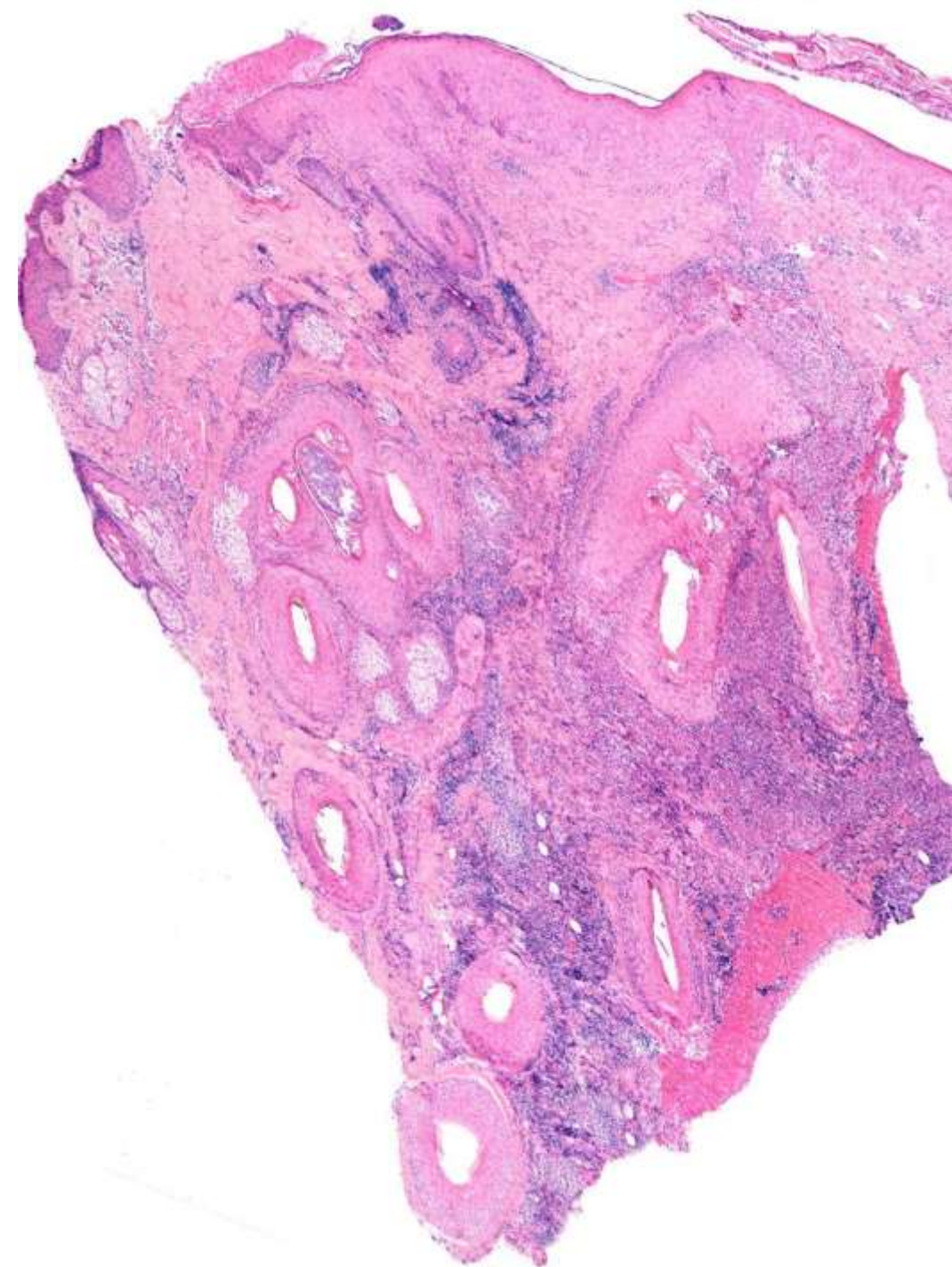
BIÓPSIA

- La CD se estudia mejor con secciones verticales tradicionales, ya que permite una visualización adecuada de la dermis profunda y del tejido subcutáneo.

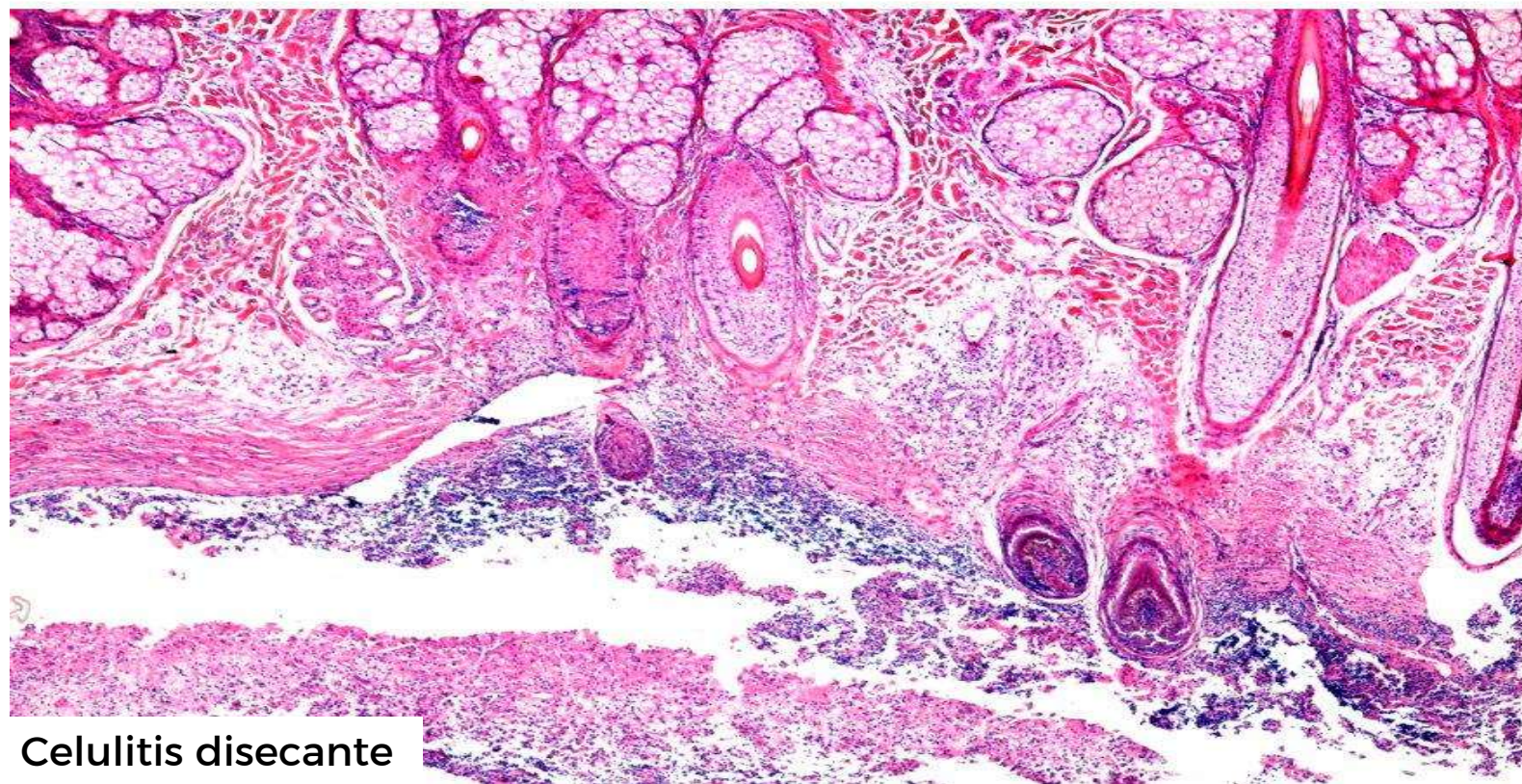
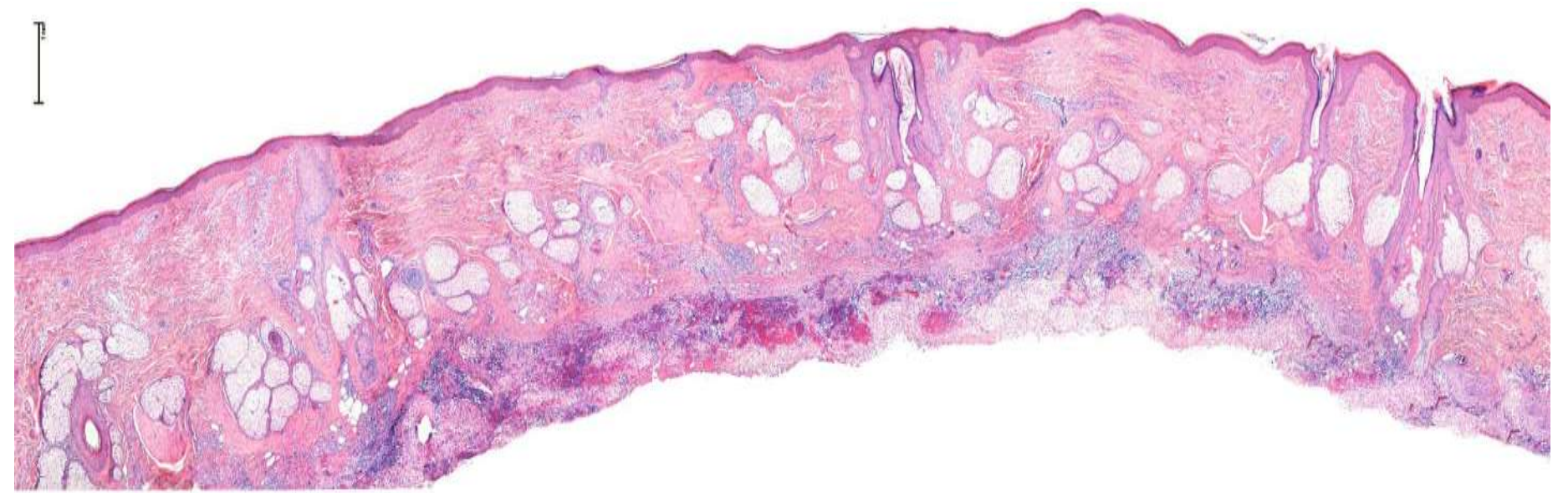
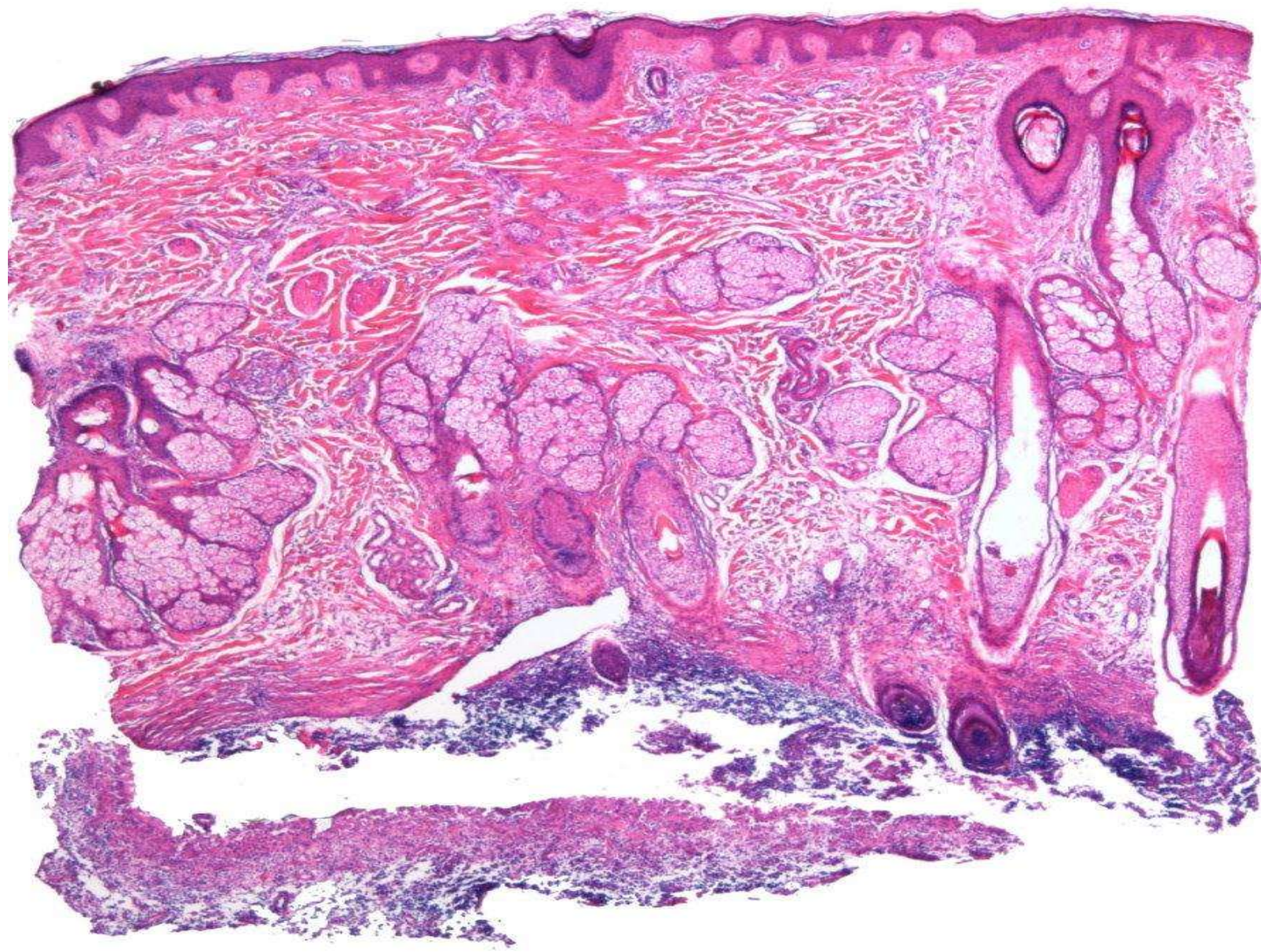




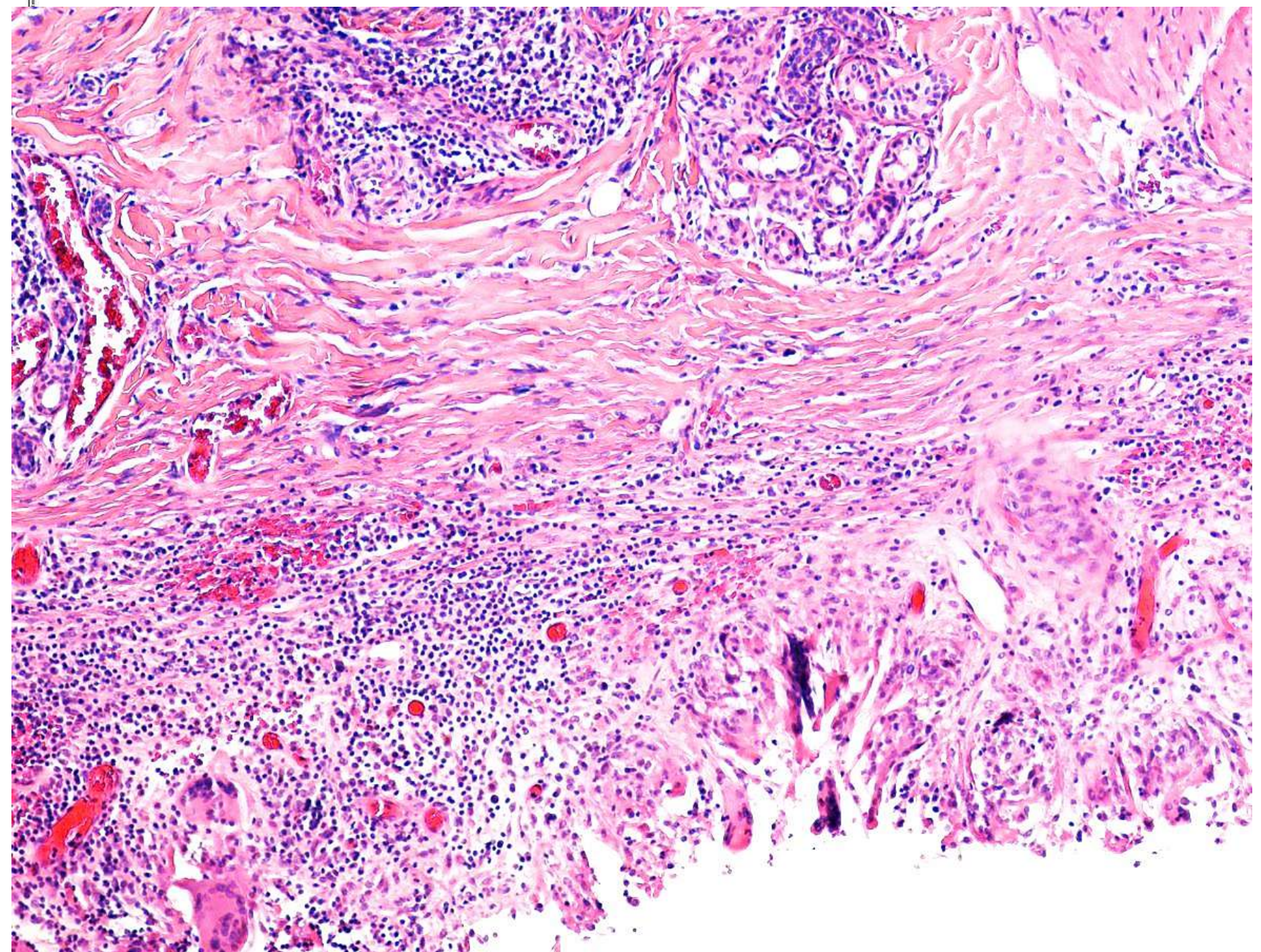
Celulitis disecante



Celulitis disecante

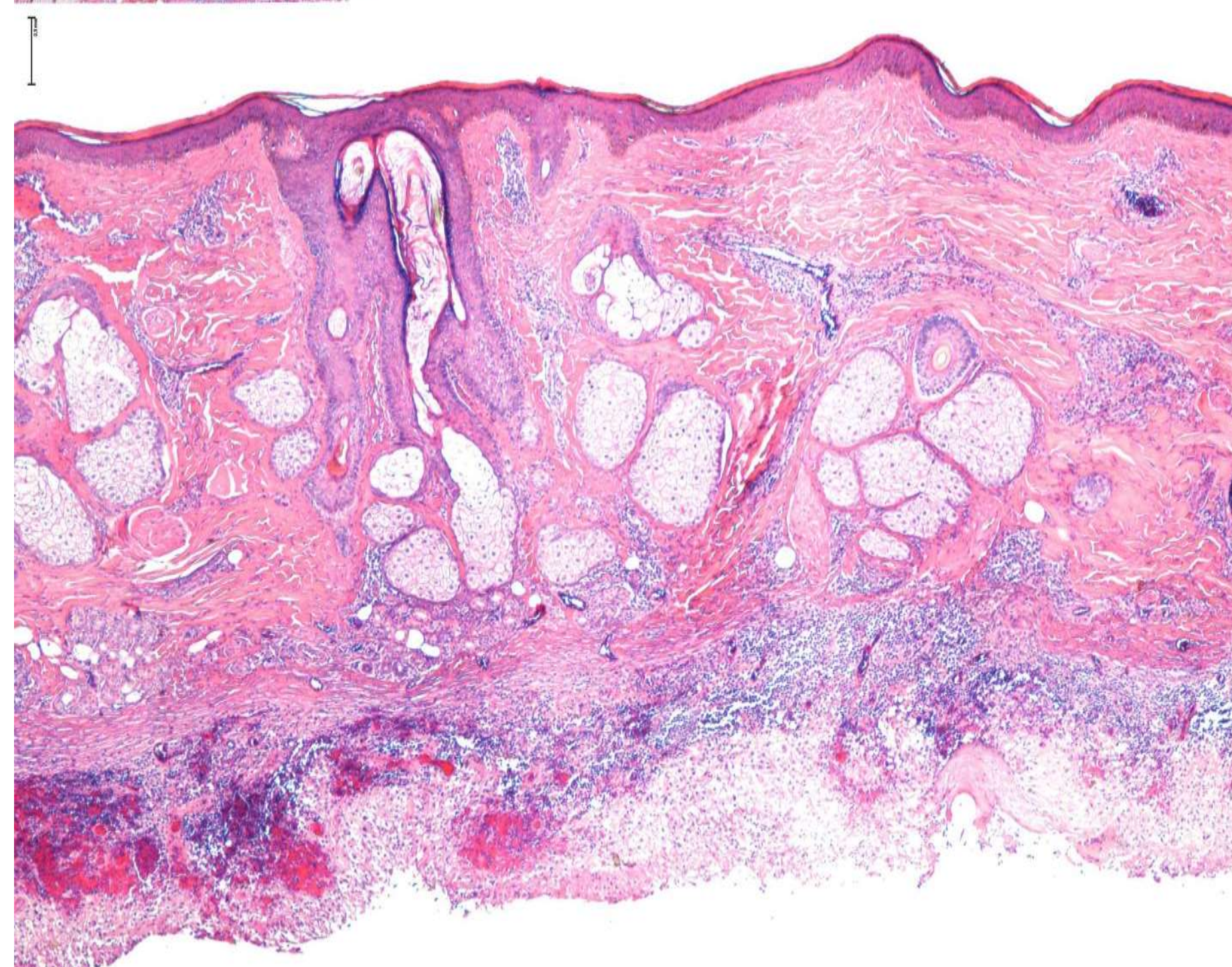
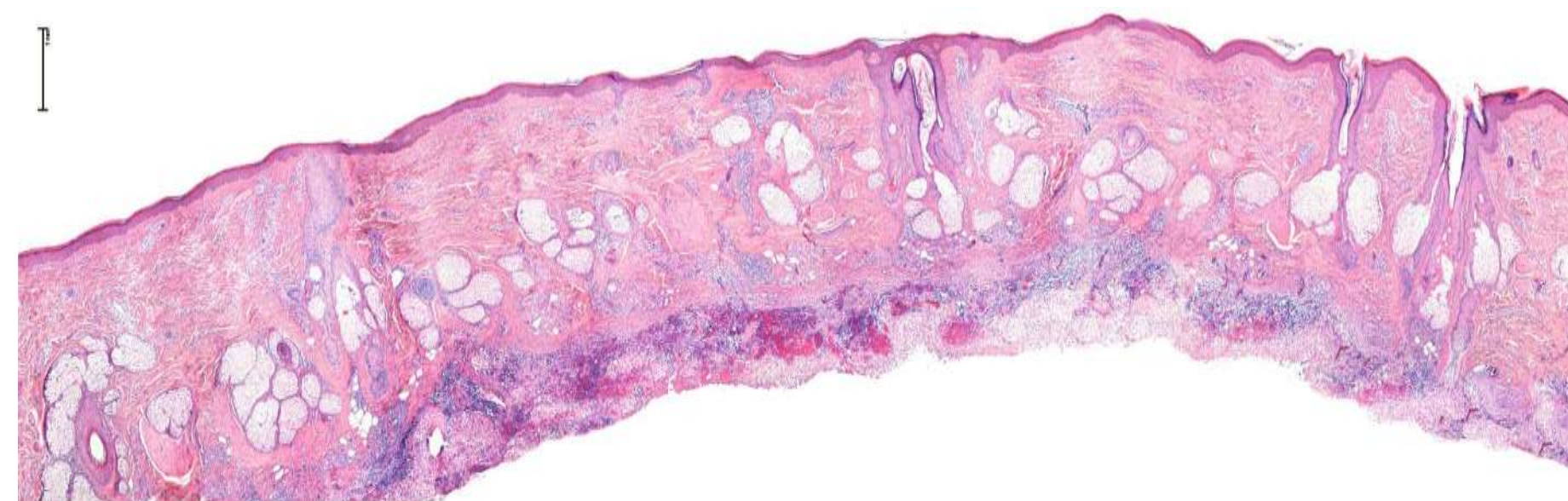


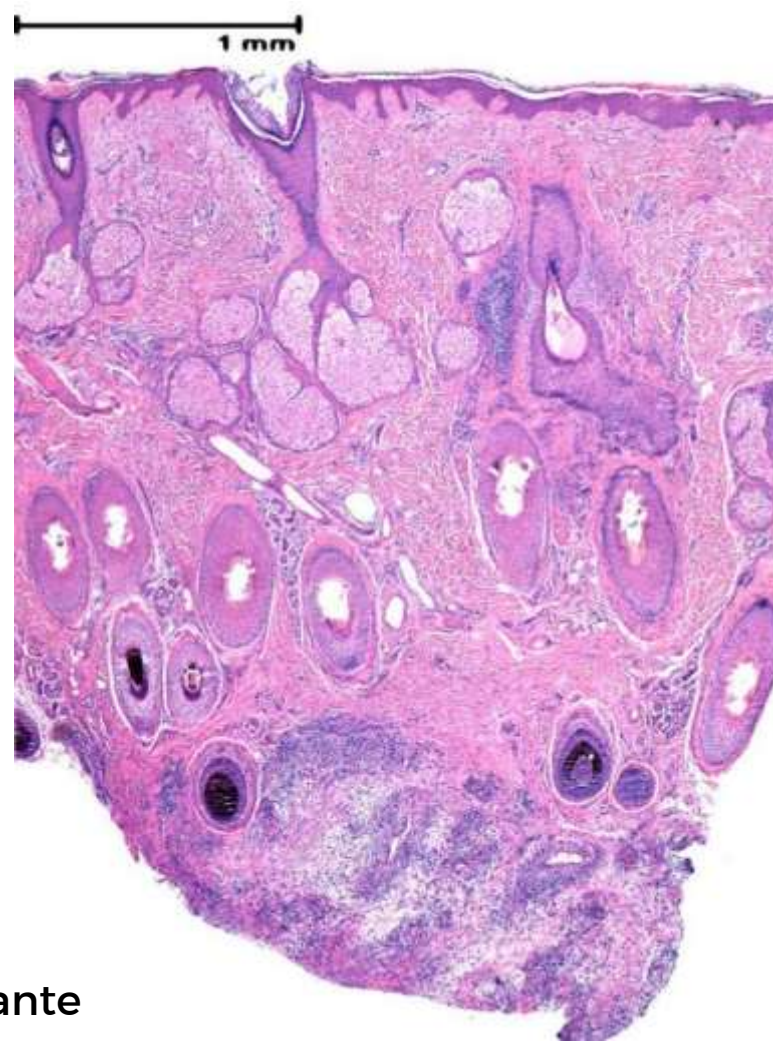
Celulitis disecante



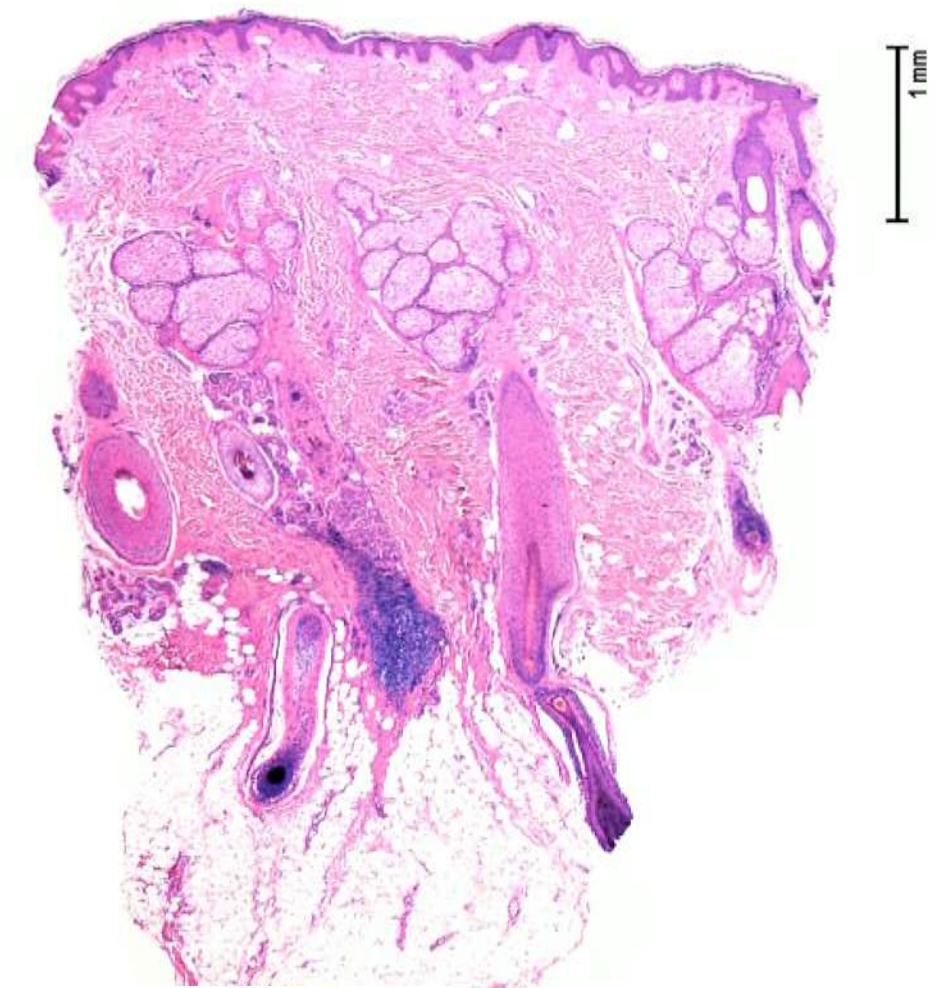


Celulitis disecante

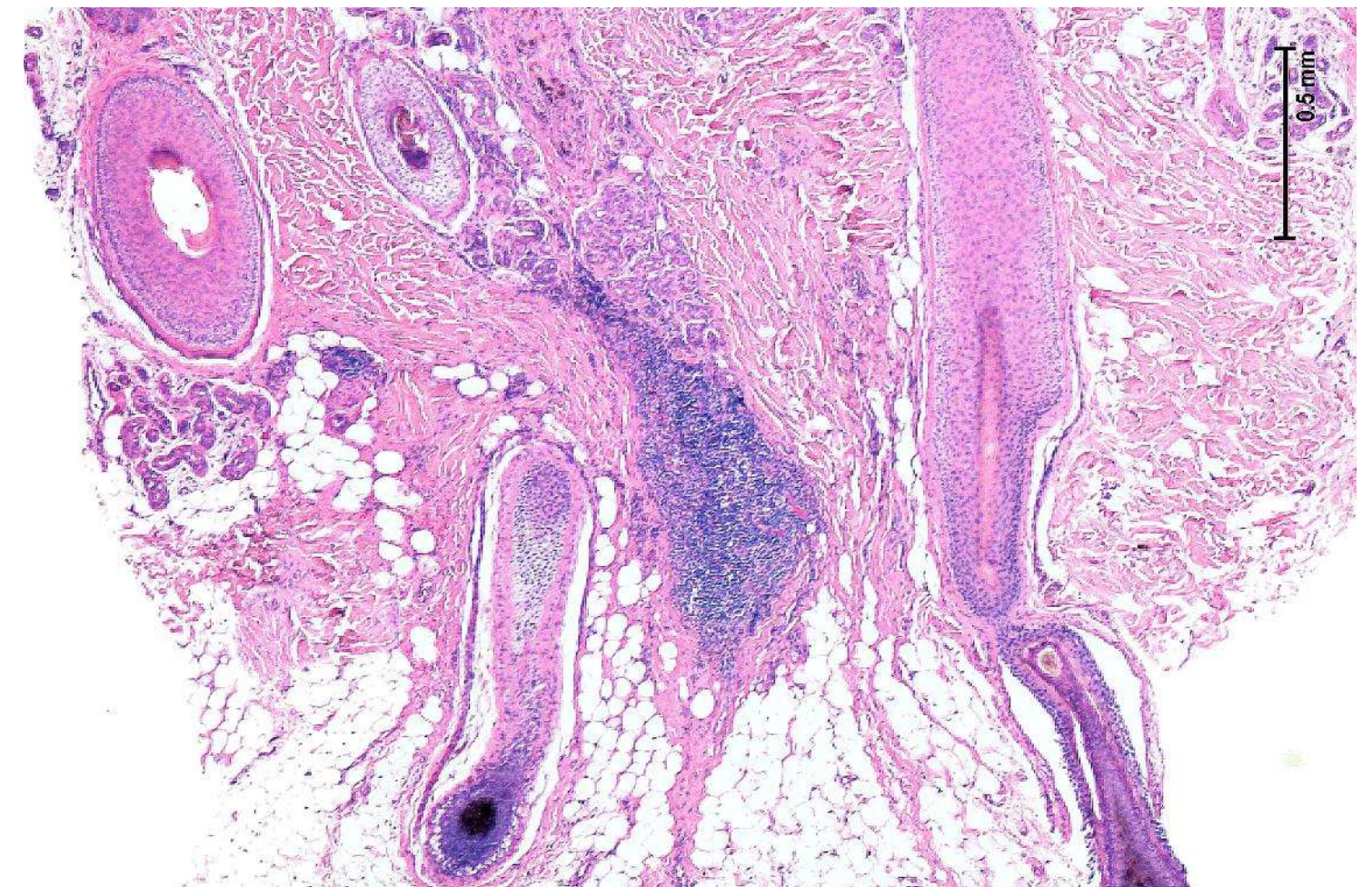
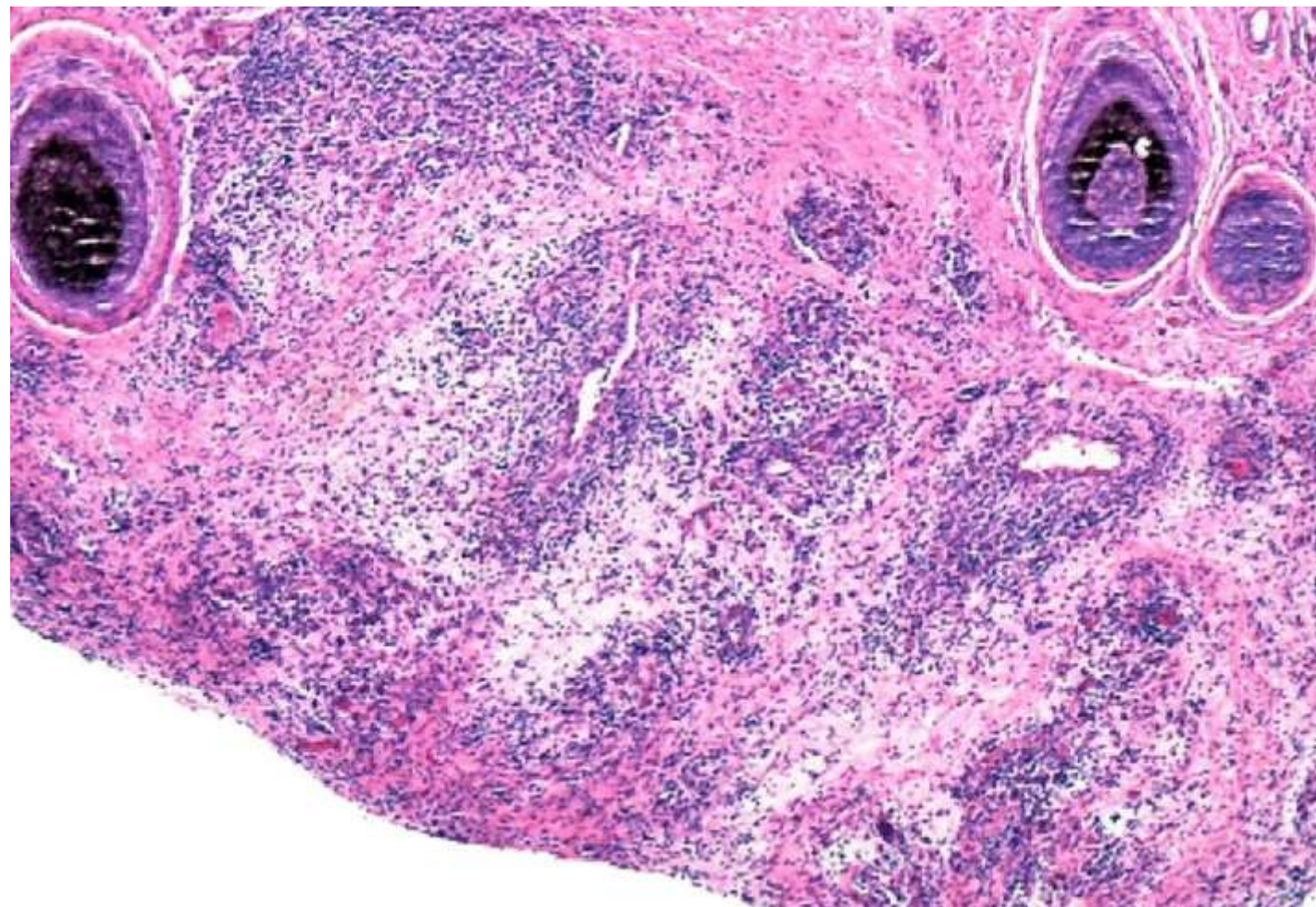


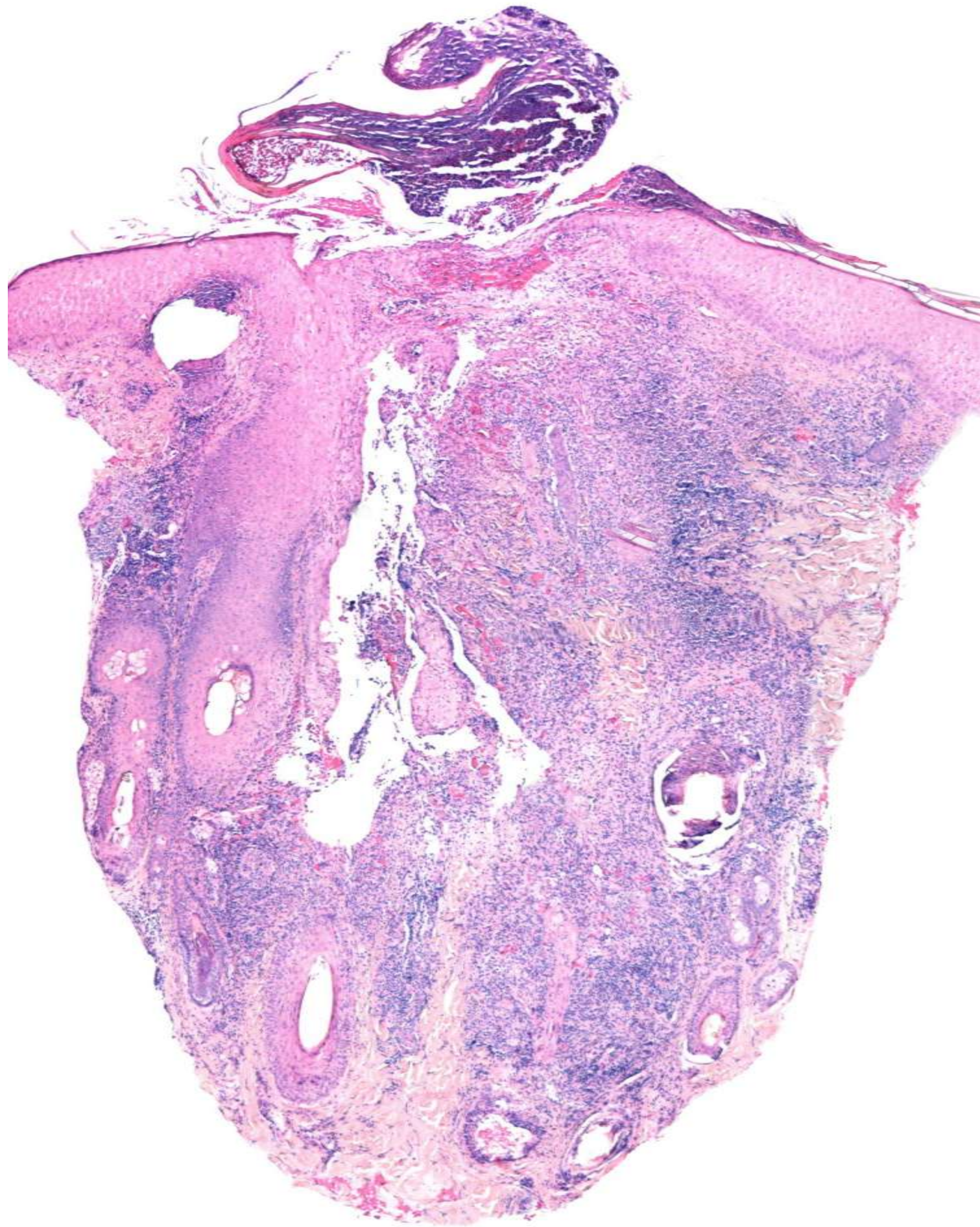


Celulitis disecante

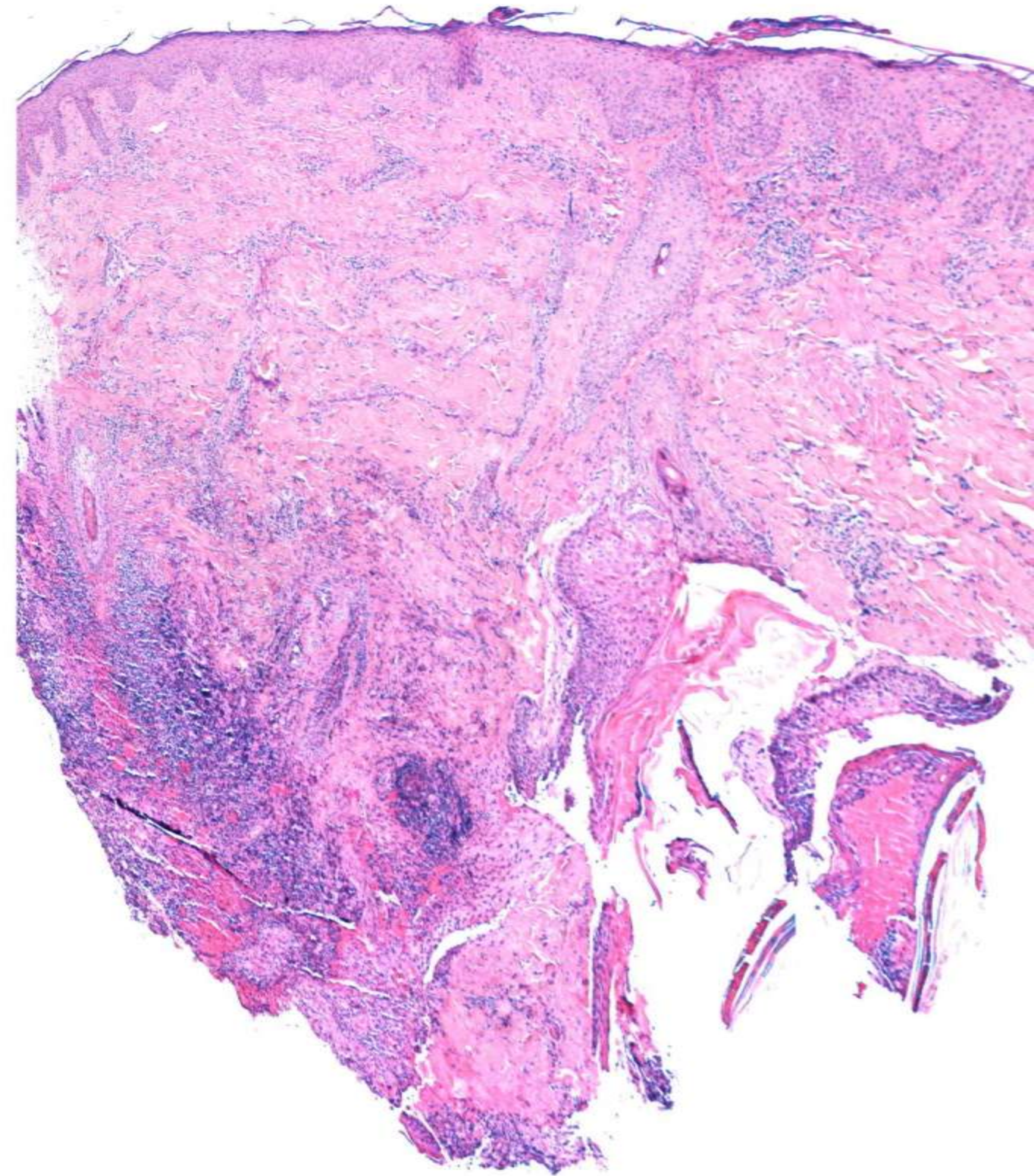


Celulitis disecante como AAreata

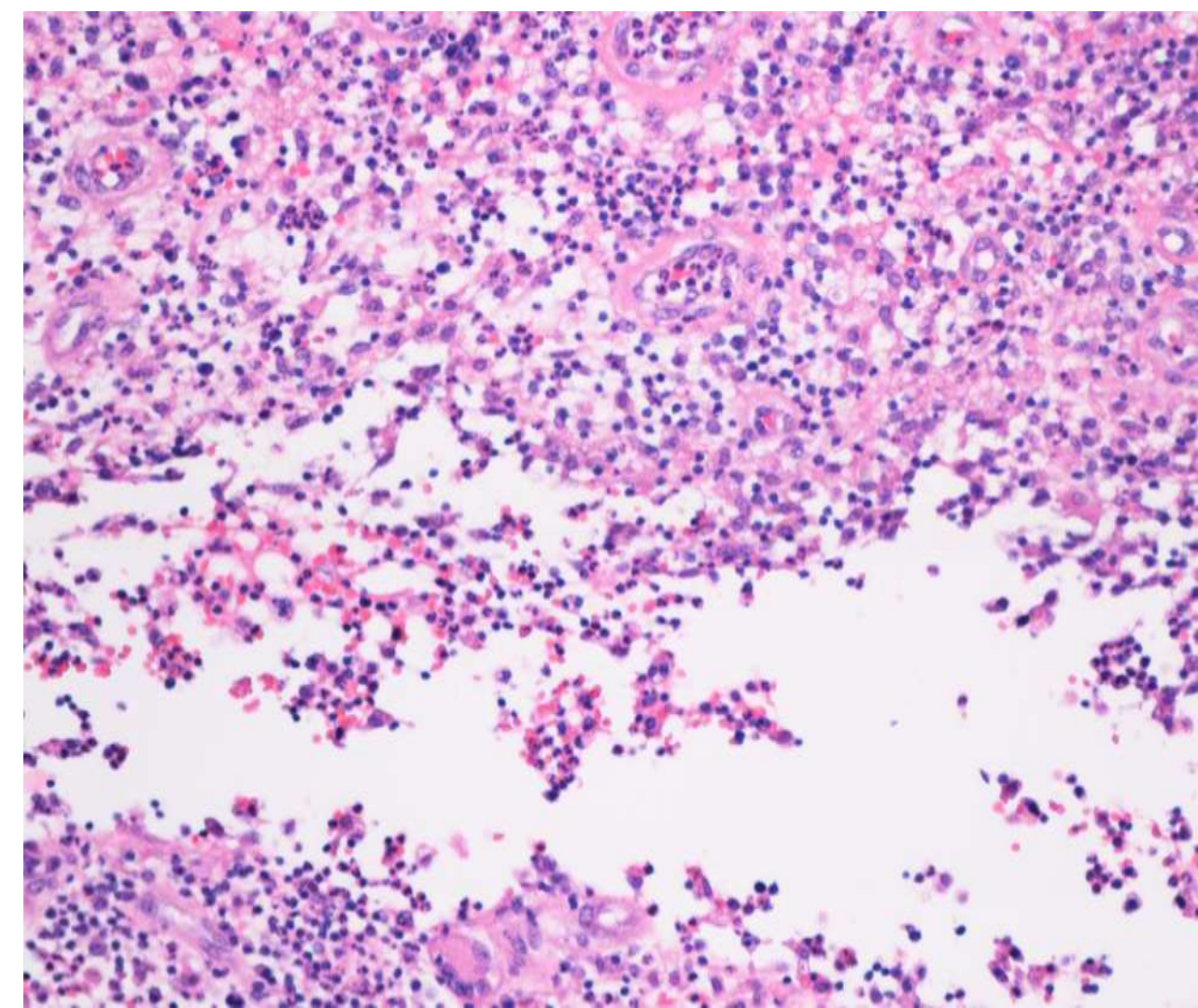
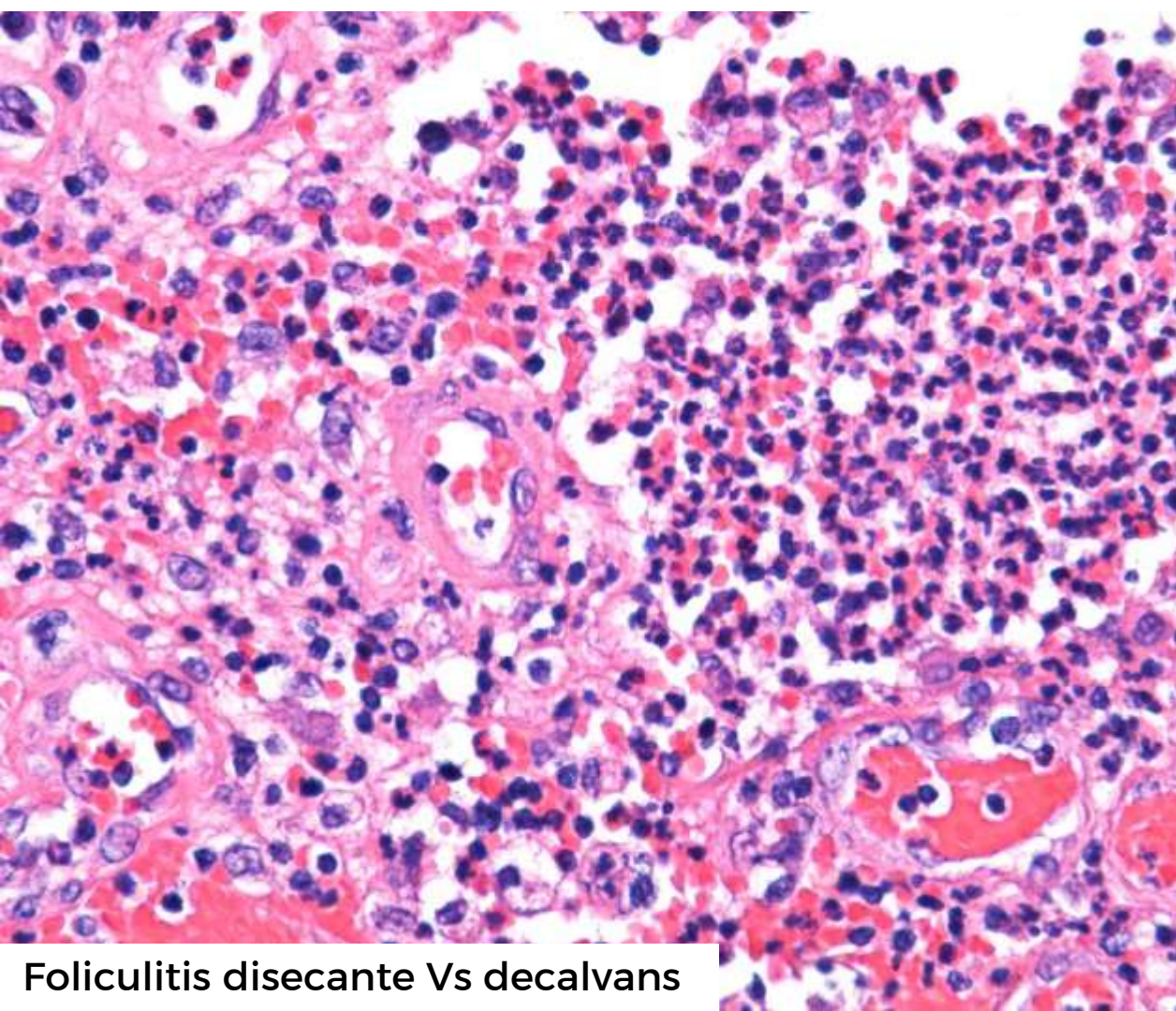
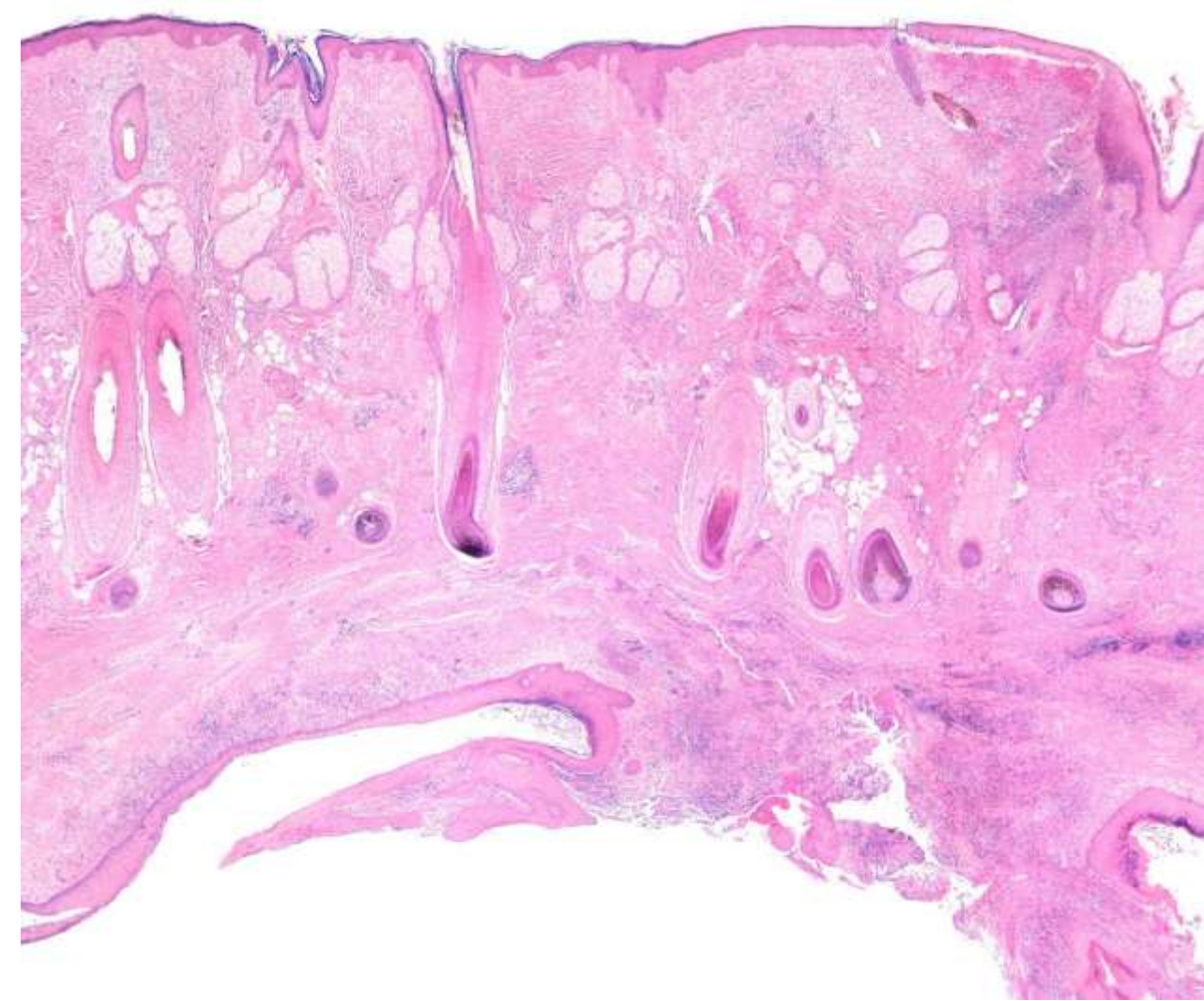
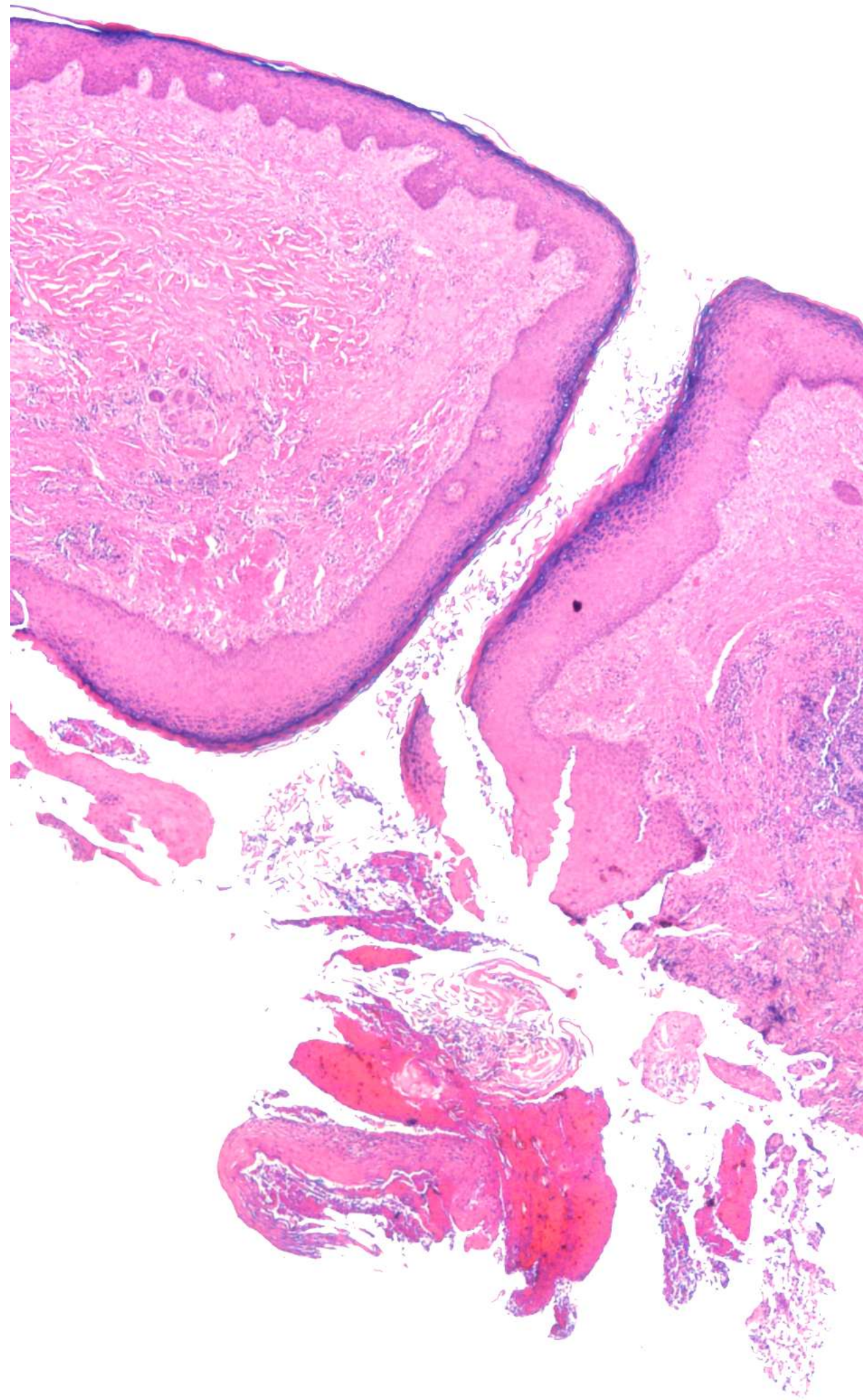
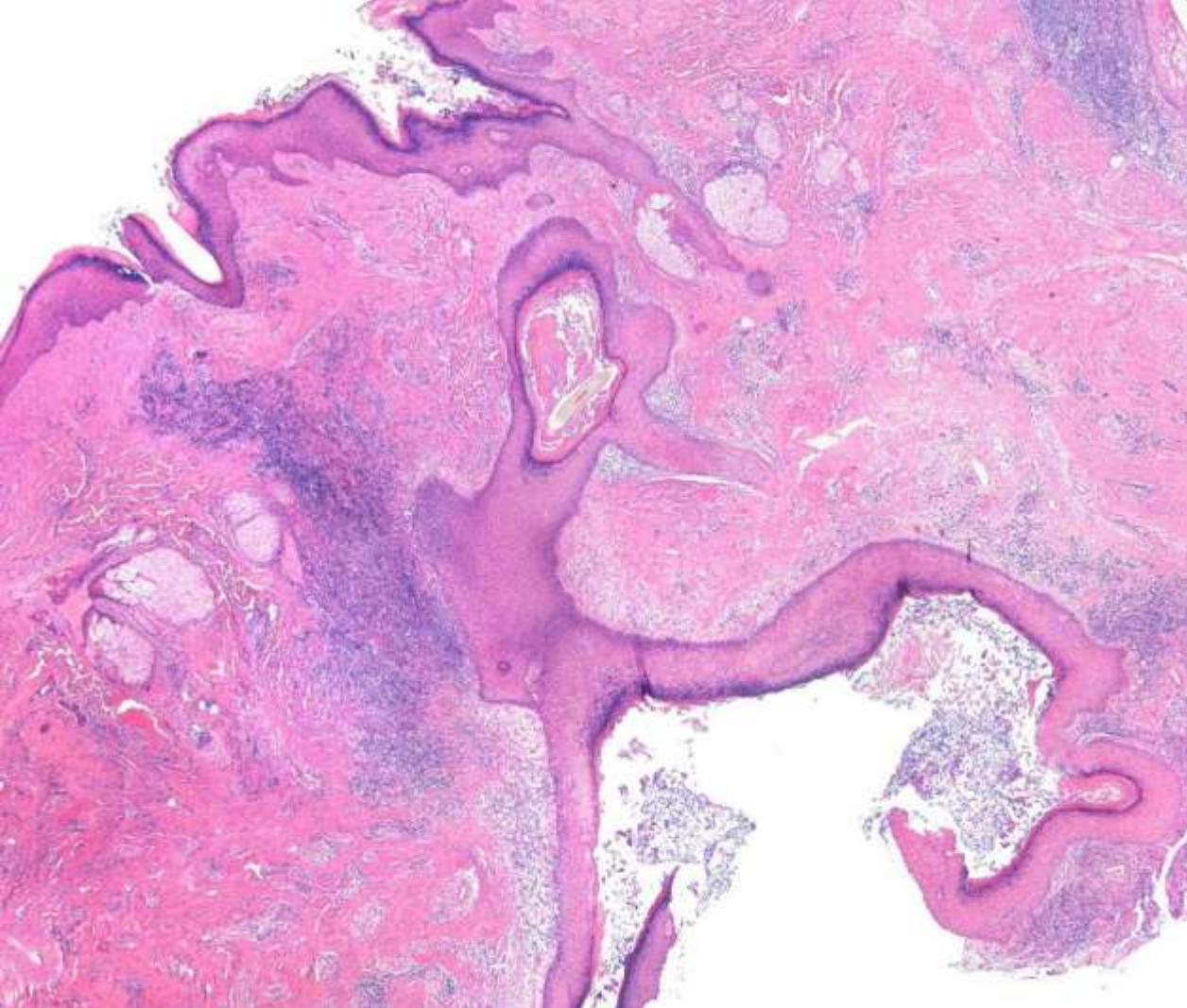




Folliculitis decalvans



Celulitis disecante



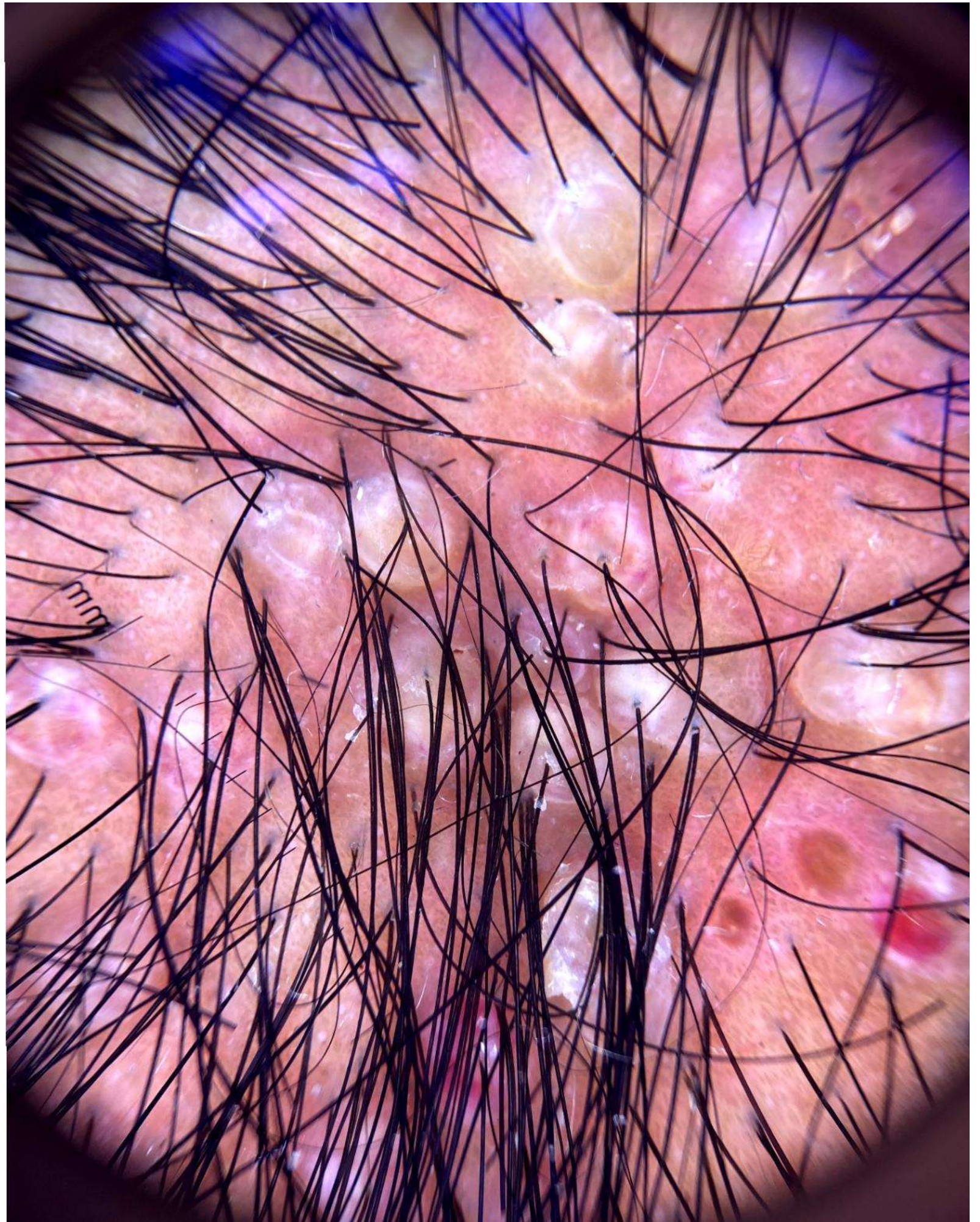
Folliculitis dissecans Vs decalvans

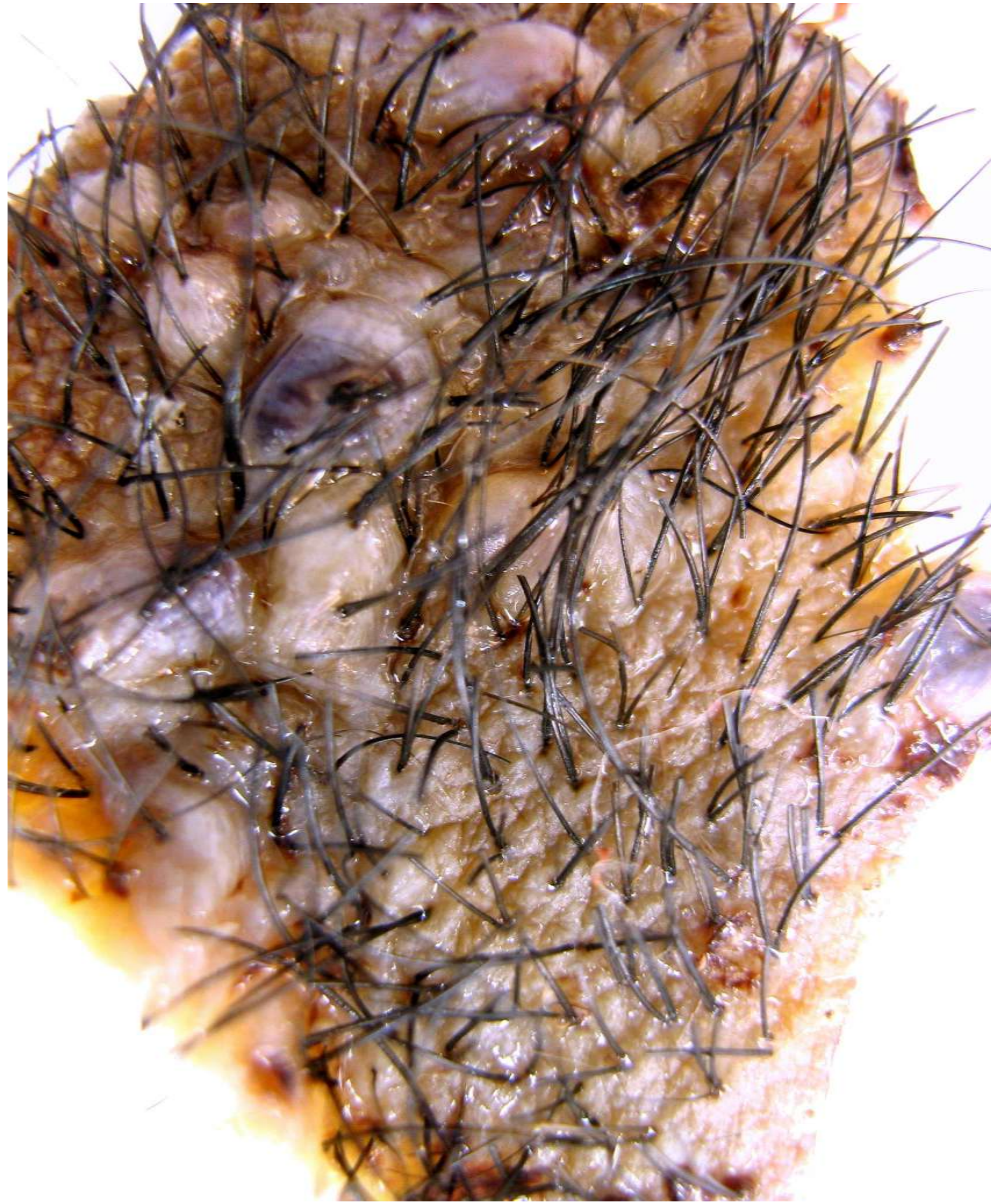
ACNÉ QUELOIDAL DE LA NUCA (AK)



-
- El AK es la forma más común de alopecia cicatricial que ocurre en hombres africanos.
 - Afecta la nuca, con un predominio de 20 : 1 de hombres a mujeres.
 - La denominación acné queloidal es incorrecta, ya que la enfermedad no está asociada con lesiones de acné ni con colágeno queloidal.
 - La enfermedad comienza como pápulas foliculares localizadas que aumentan progresivamente de tamaño y se vuelven confluyentes, formando placas queloides con la posterior caída del cabello





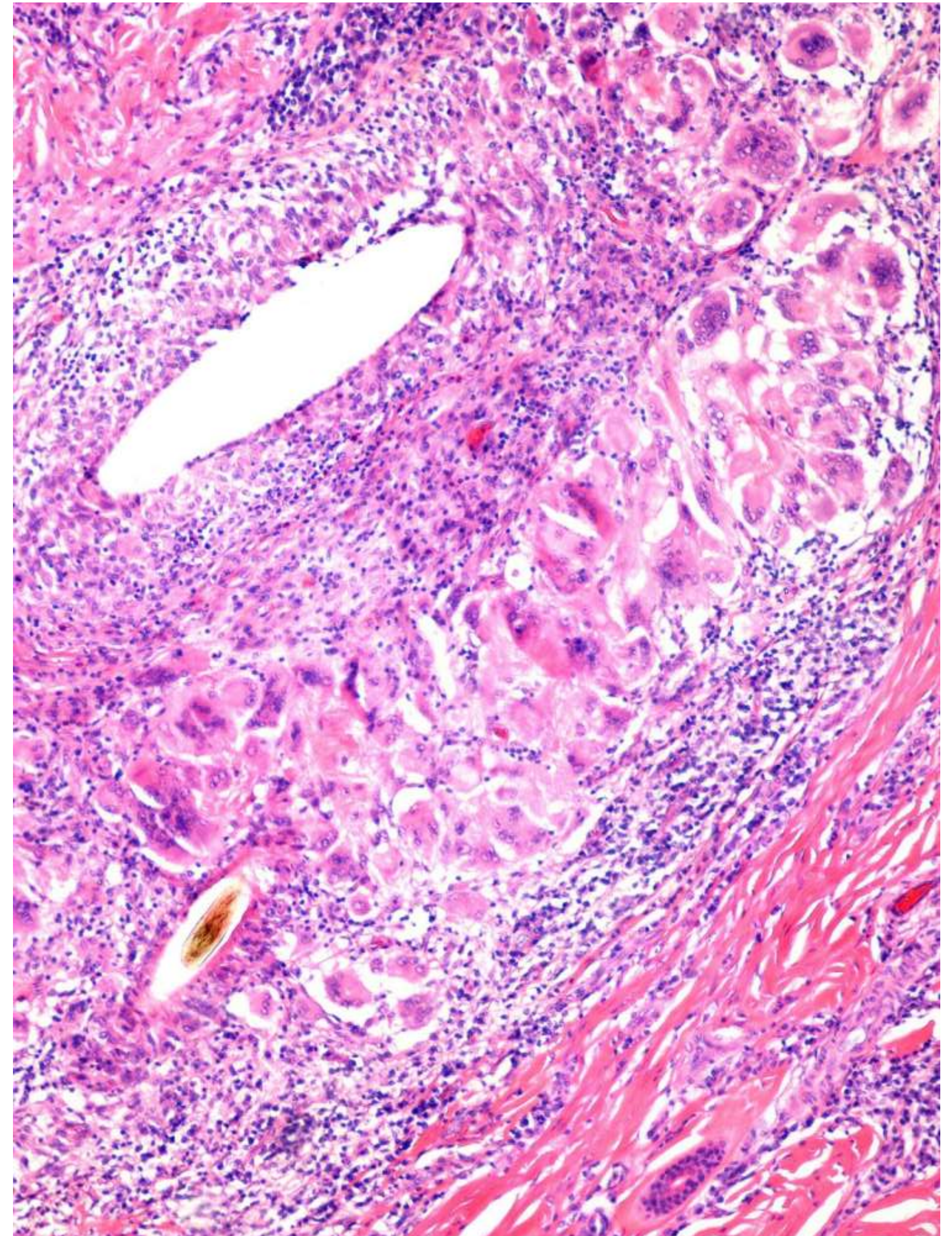


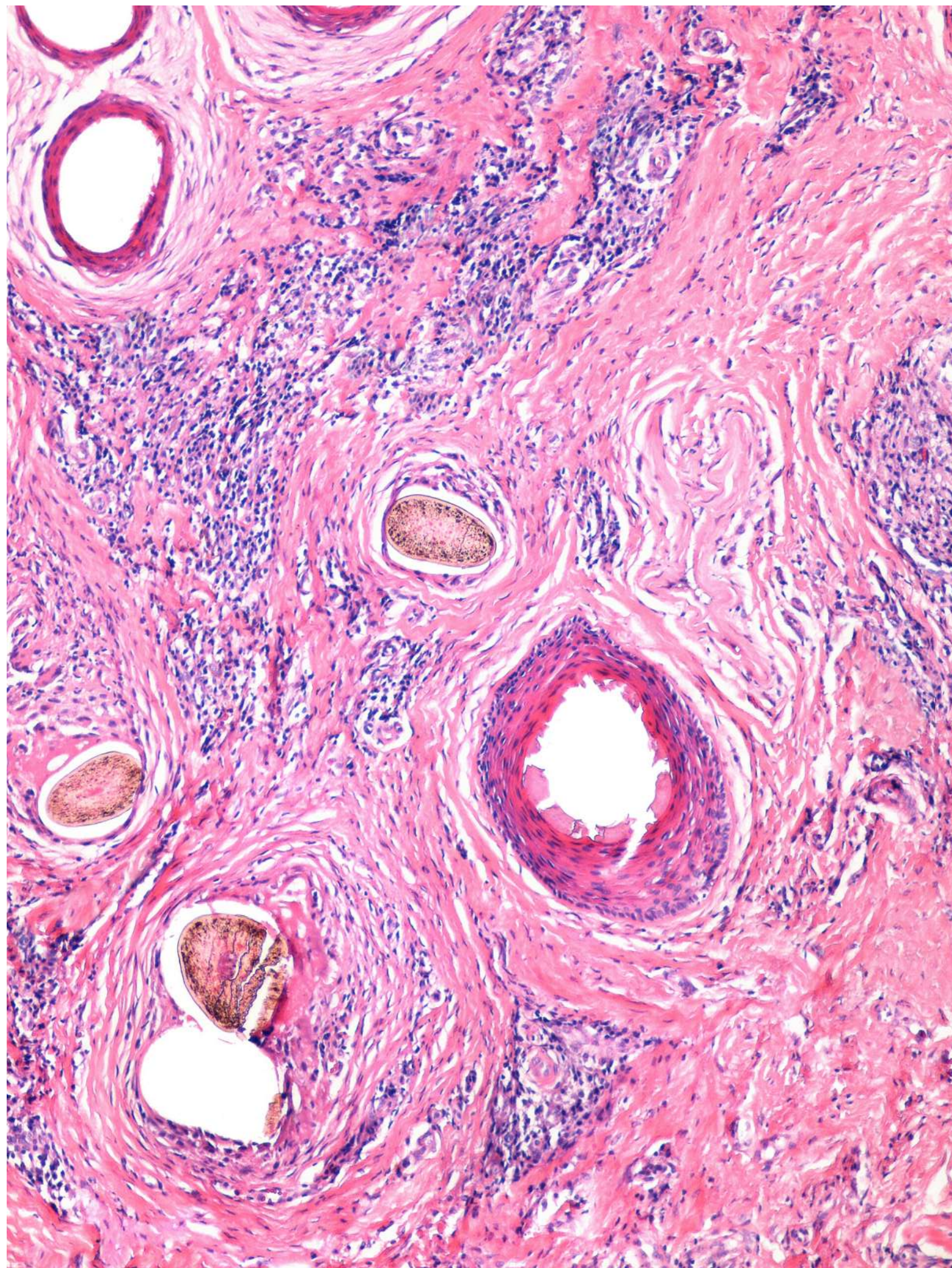
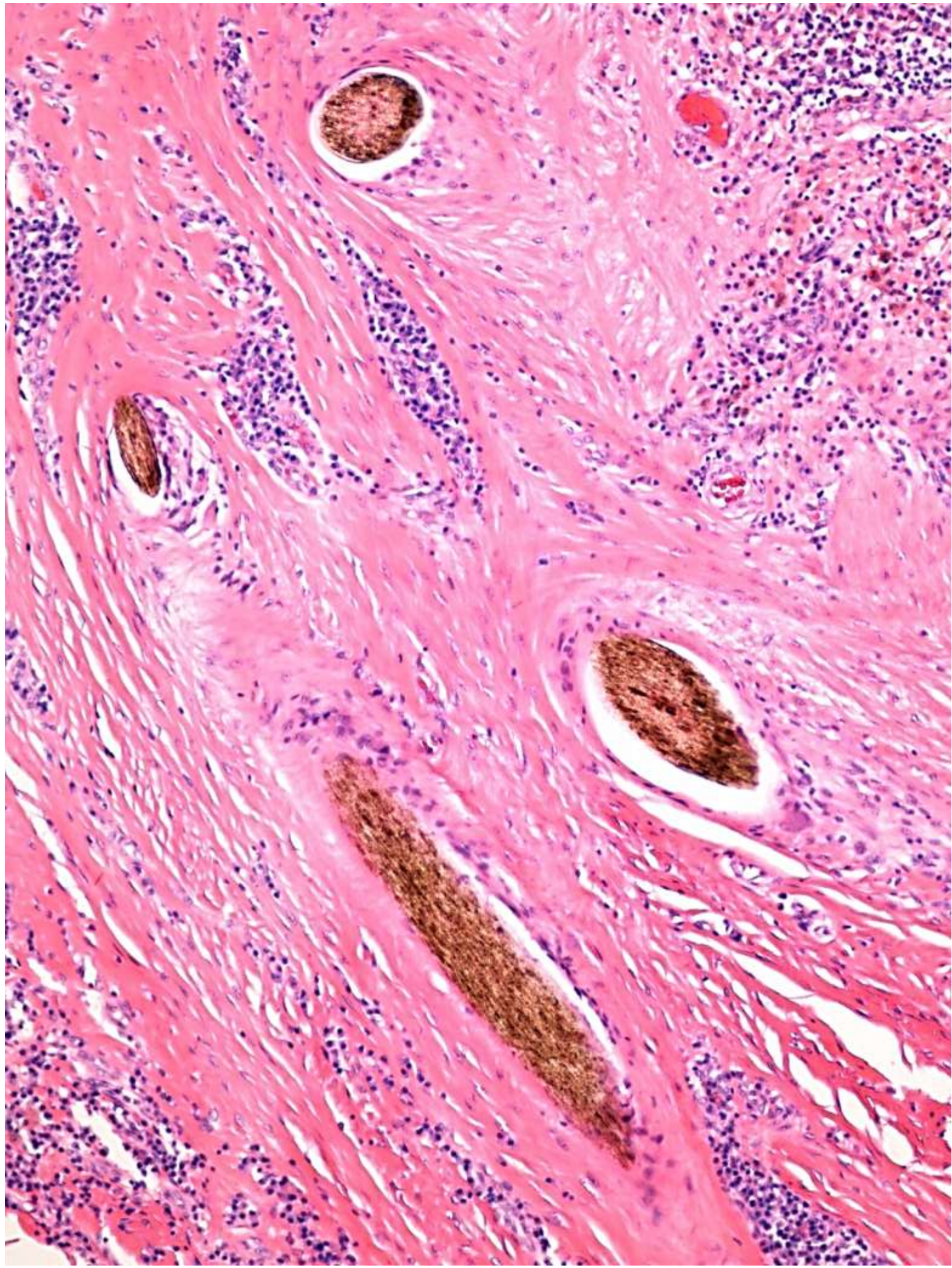


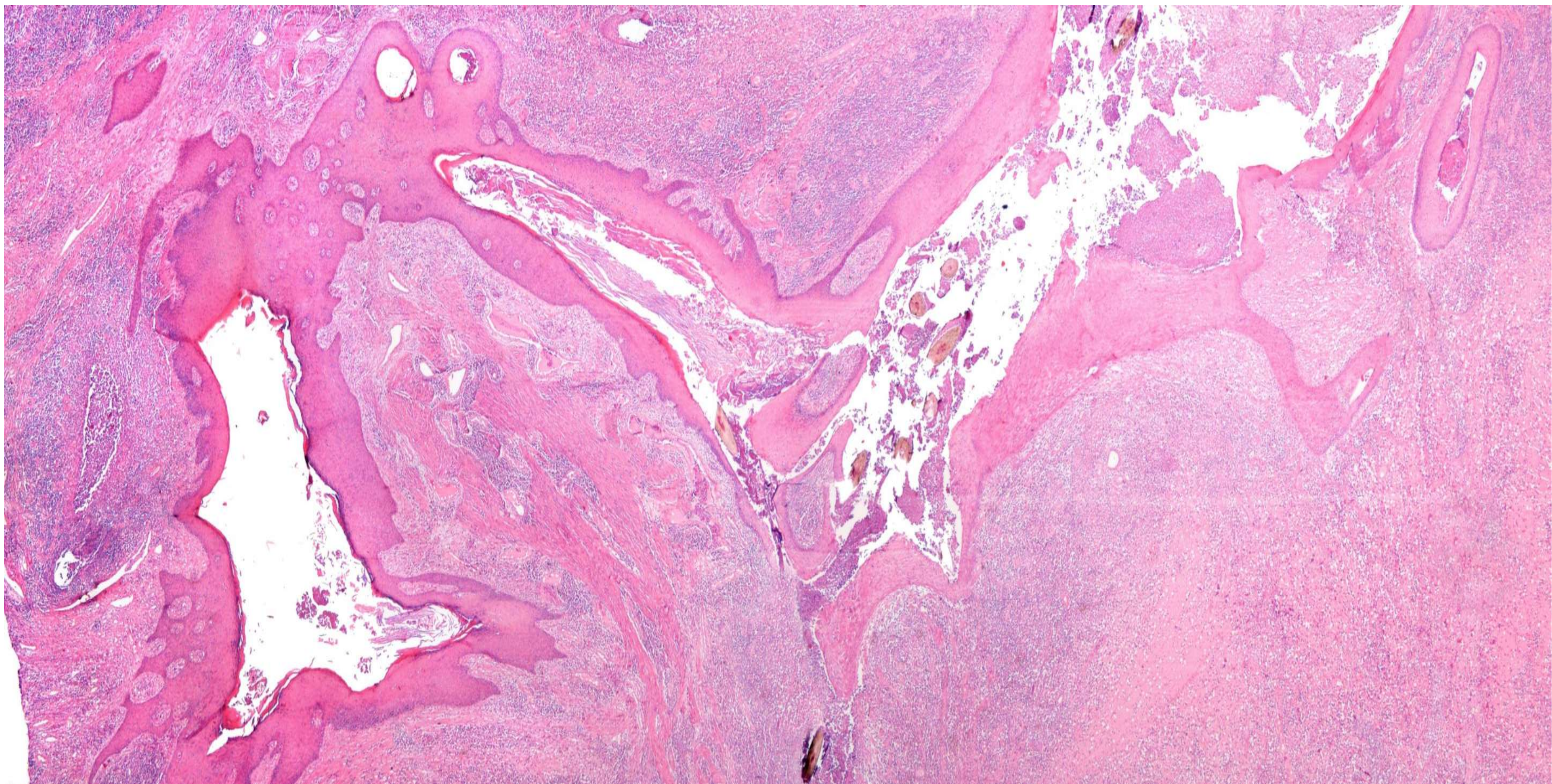
ACNÉ QUELOIDAL DE LA NUCA

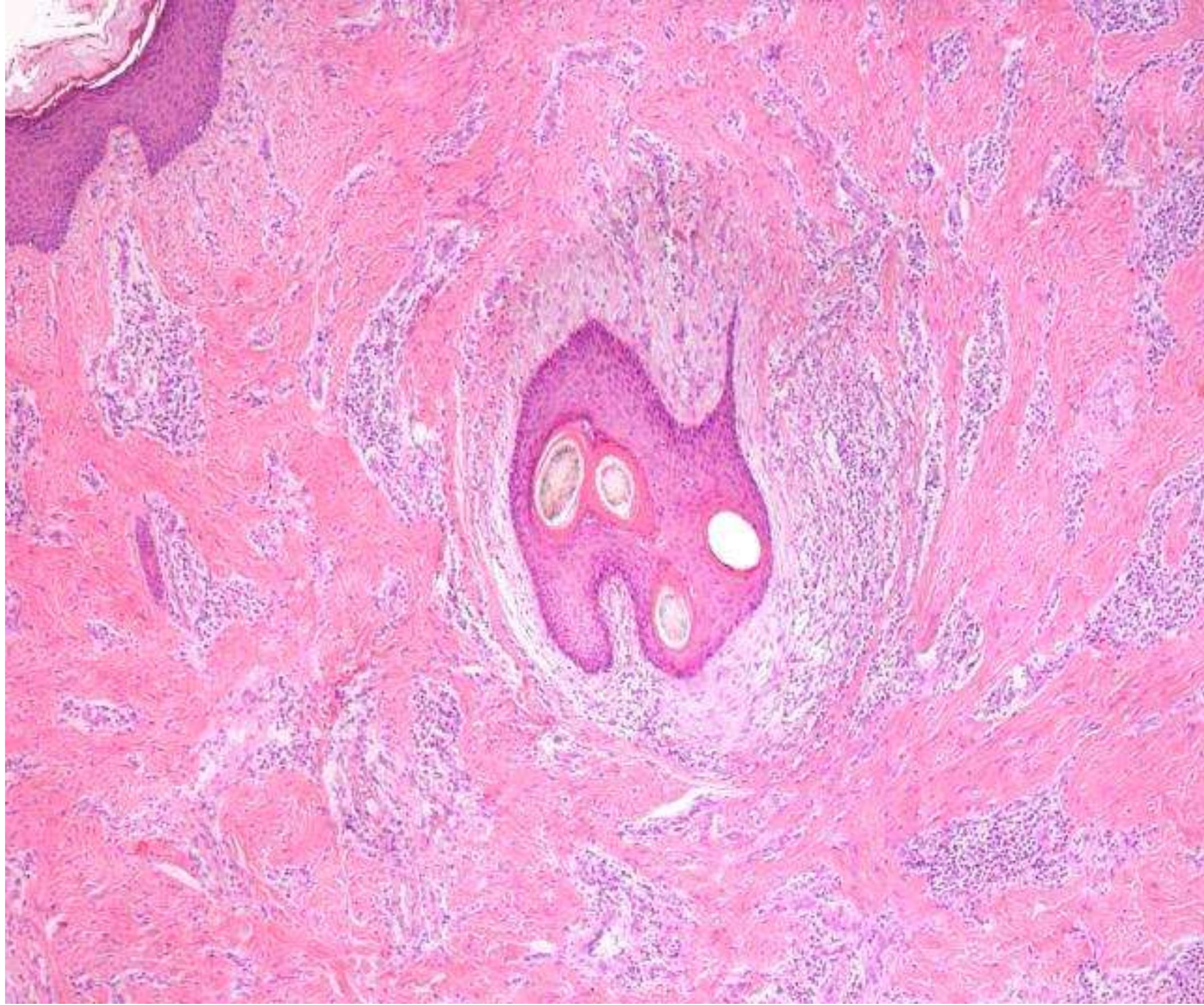
HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

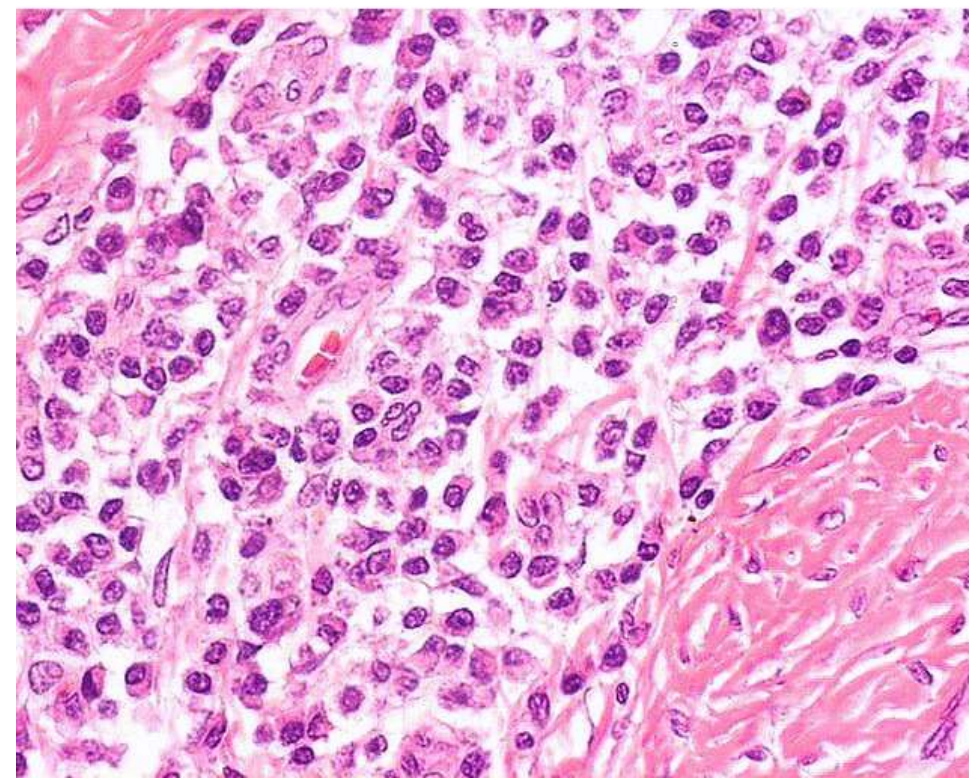
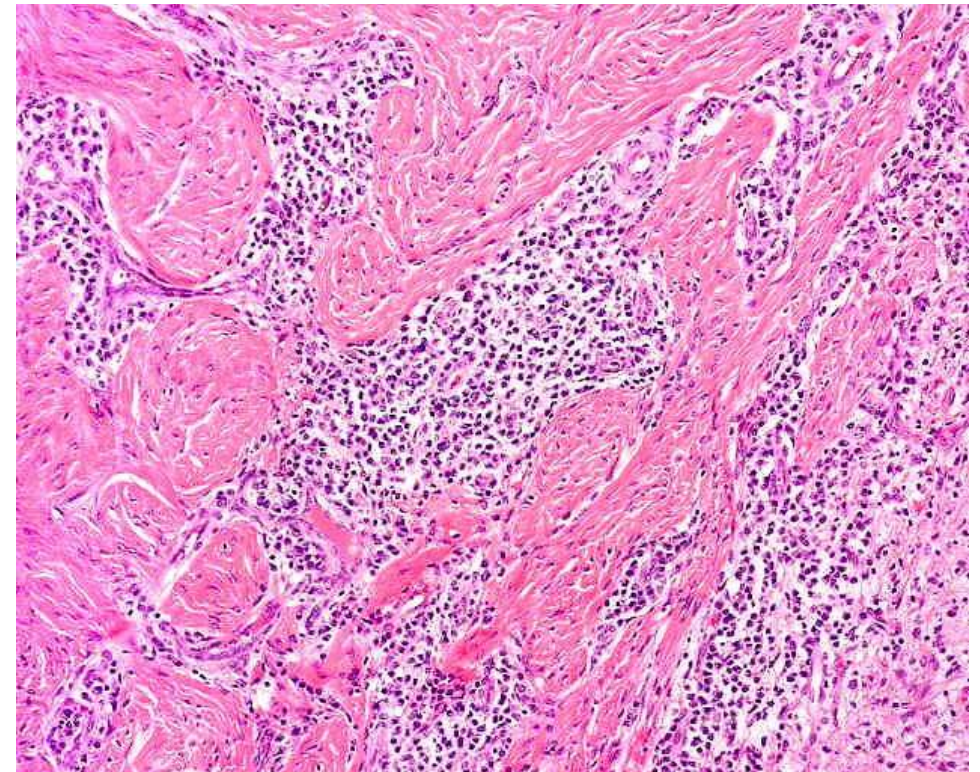
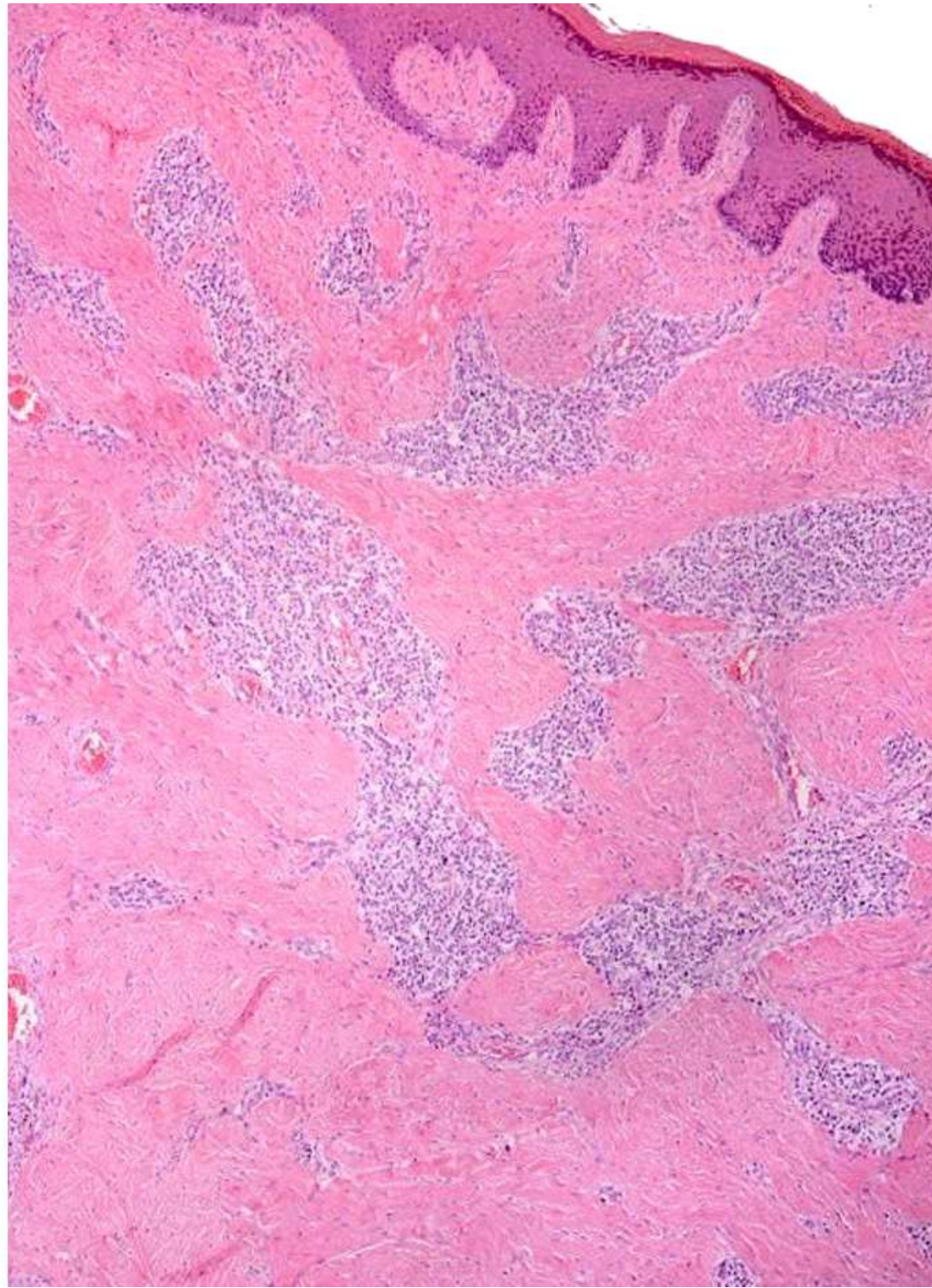
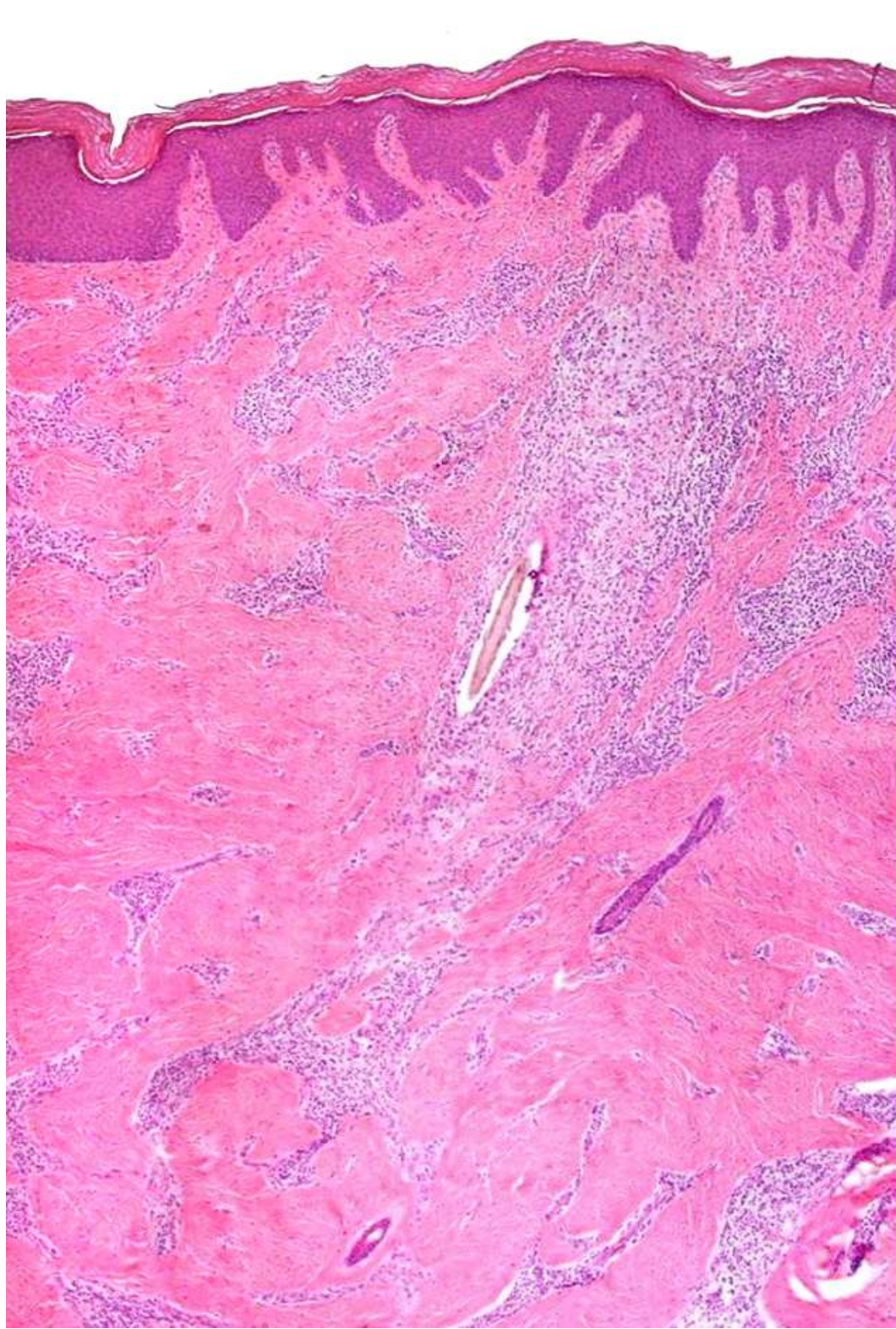
- La mejor manera de evaluarlo es con secciones verticales.
- Histológicamente, la lesión inicial es similar a la de la FD.
- Más tarde, hay bandas gruesas de colágeno compacto mezcladas con un infiltrado inflamatorio linfoplasmacítico.
- No se observa colágeno queloidal verdadero

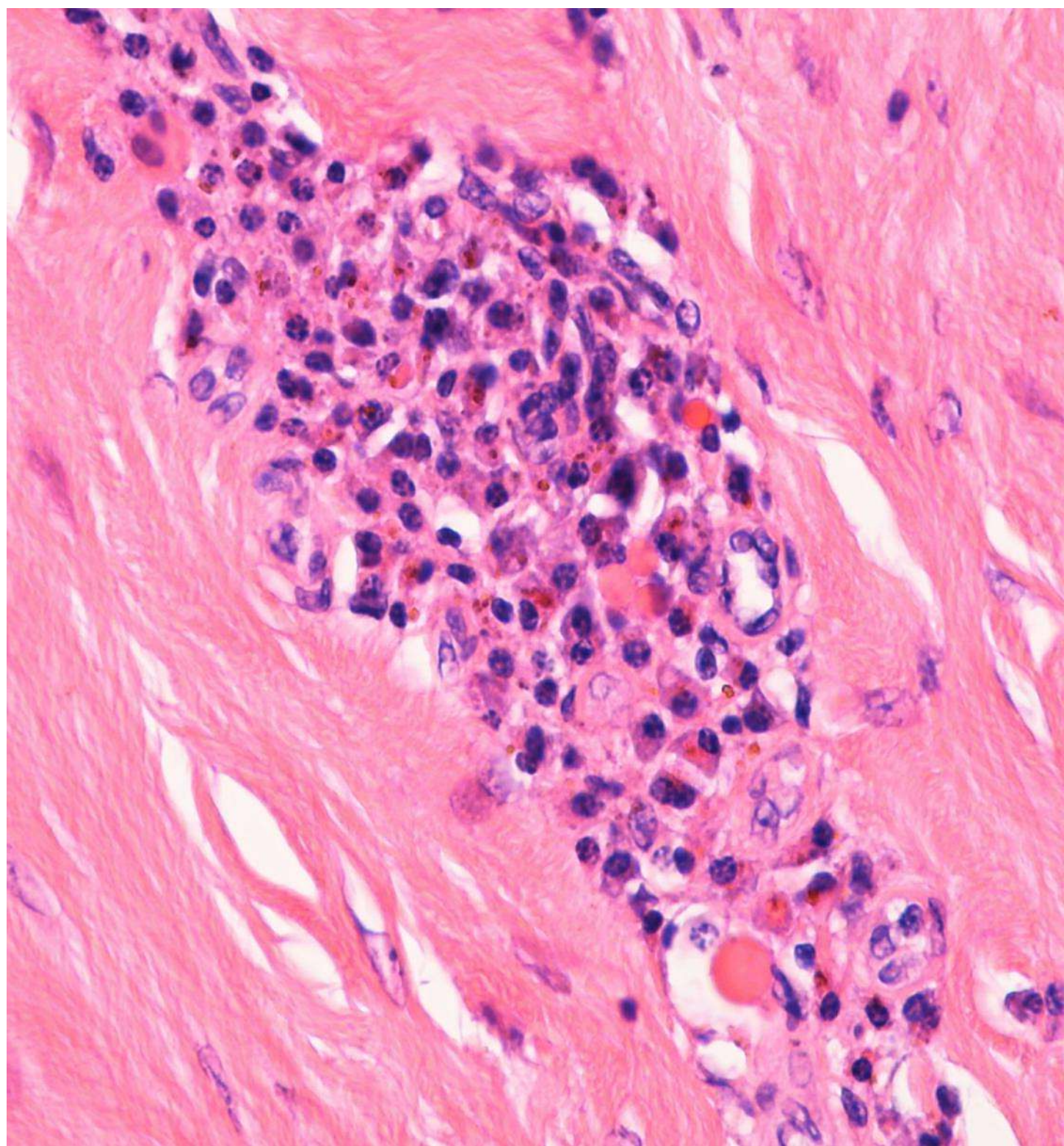
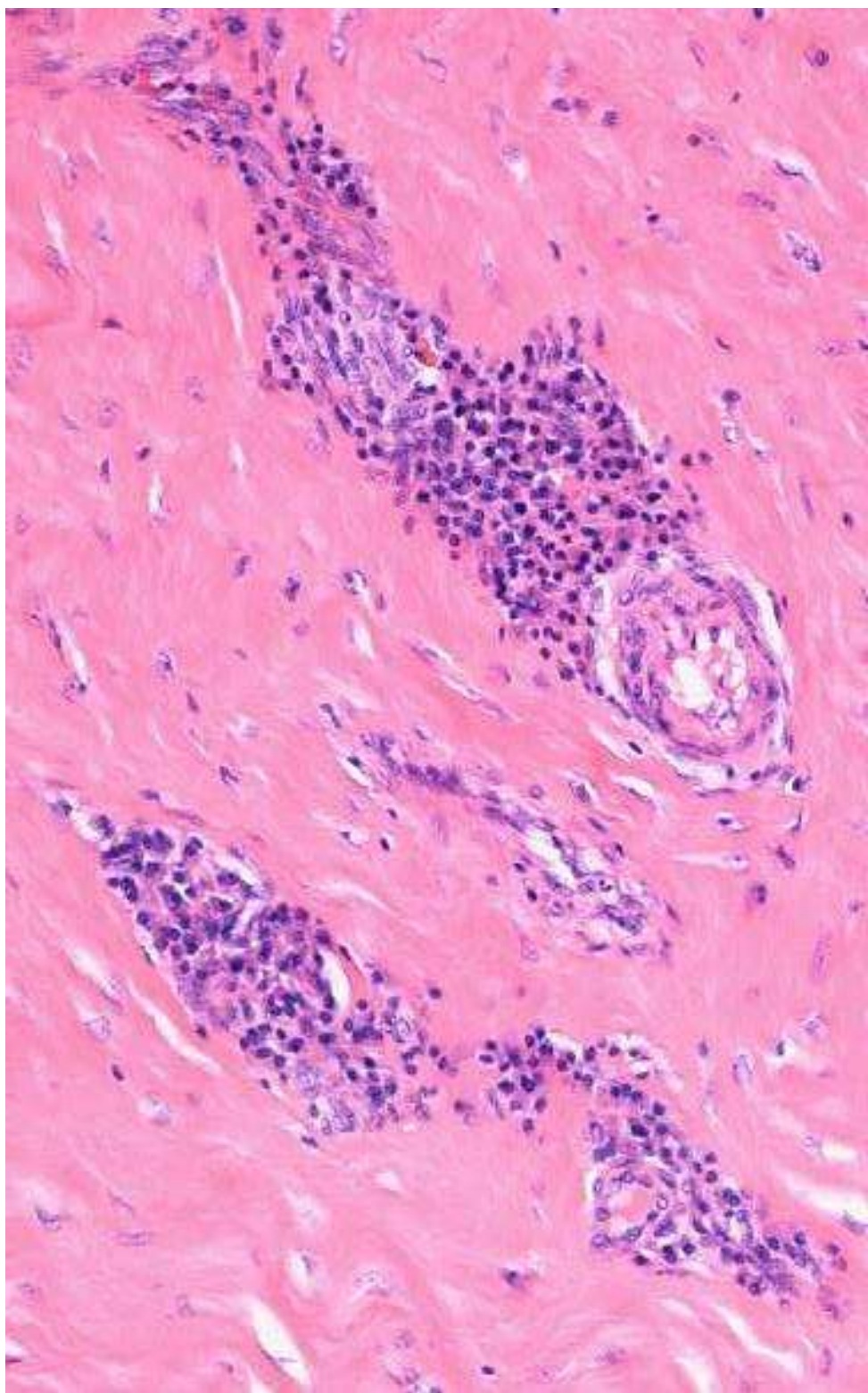
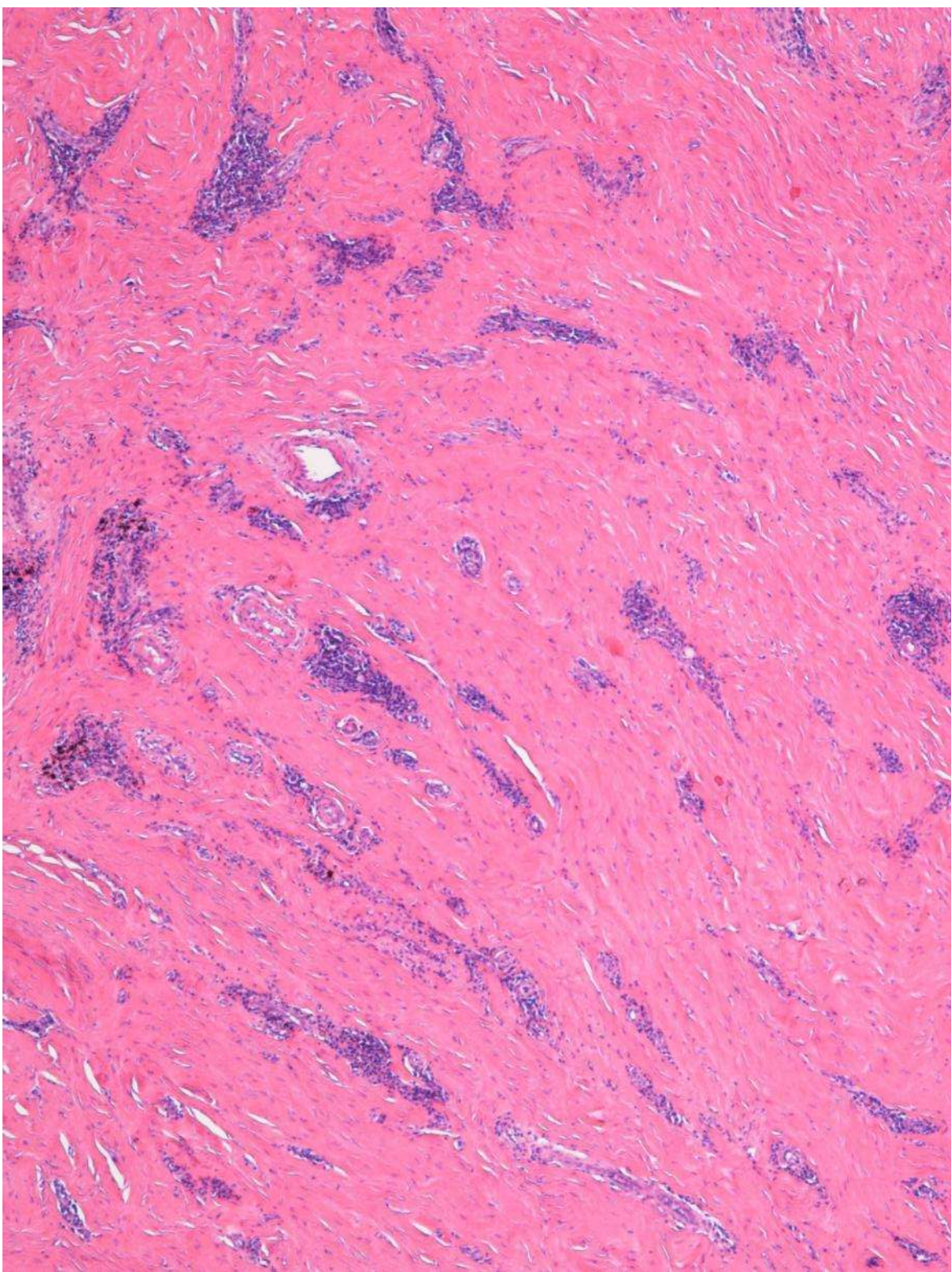




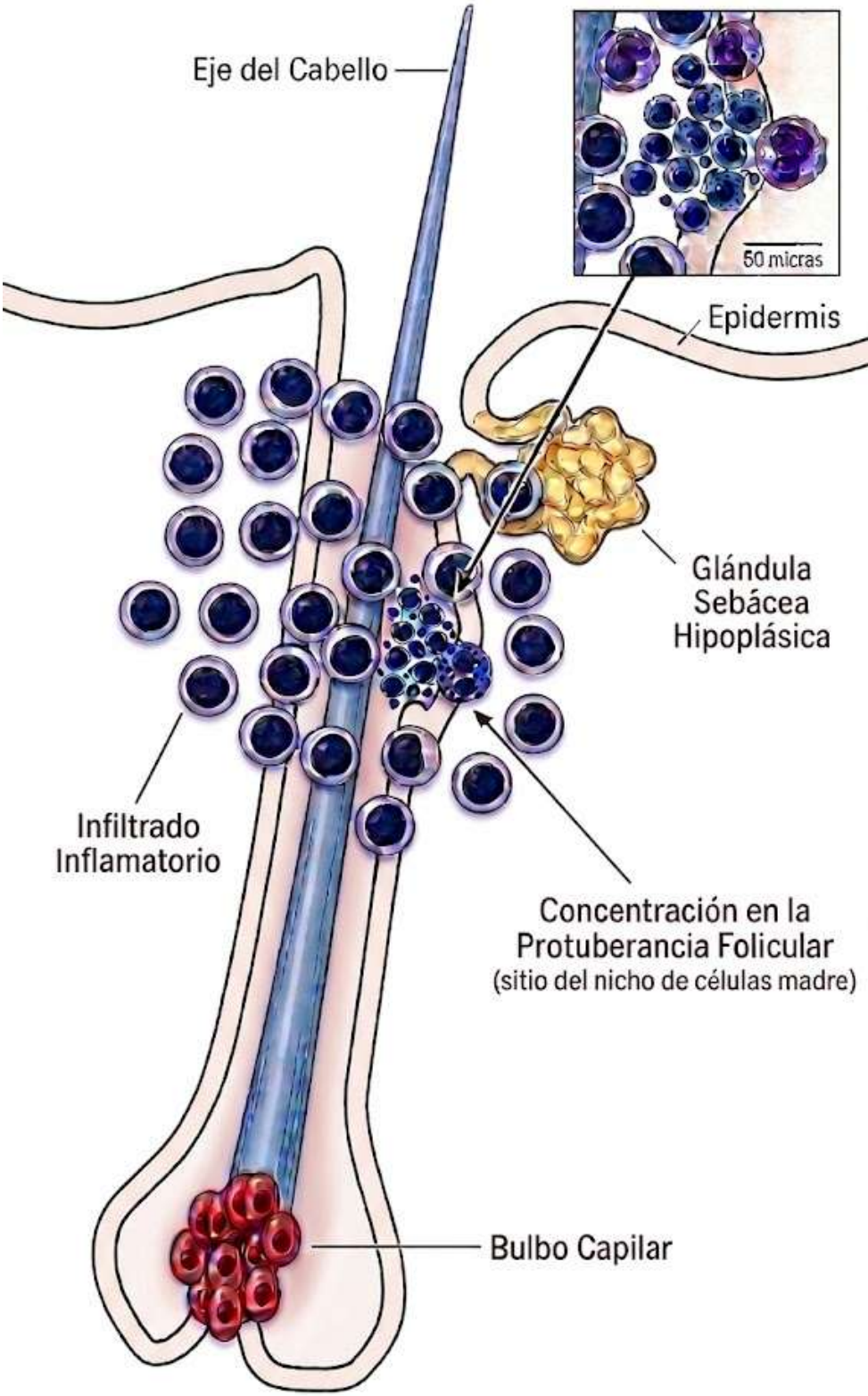




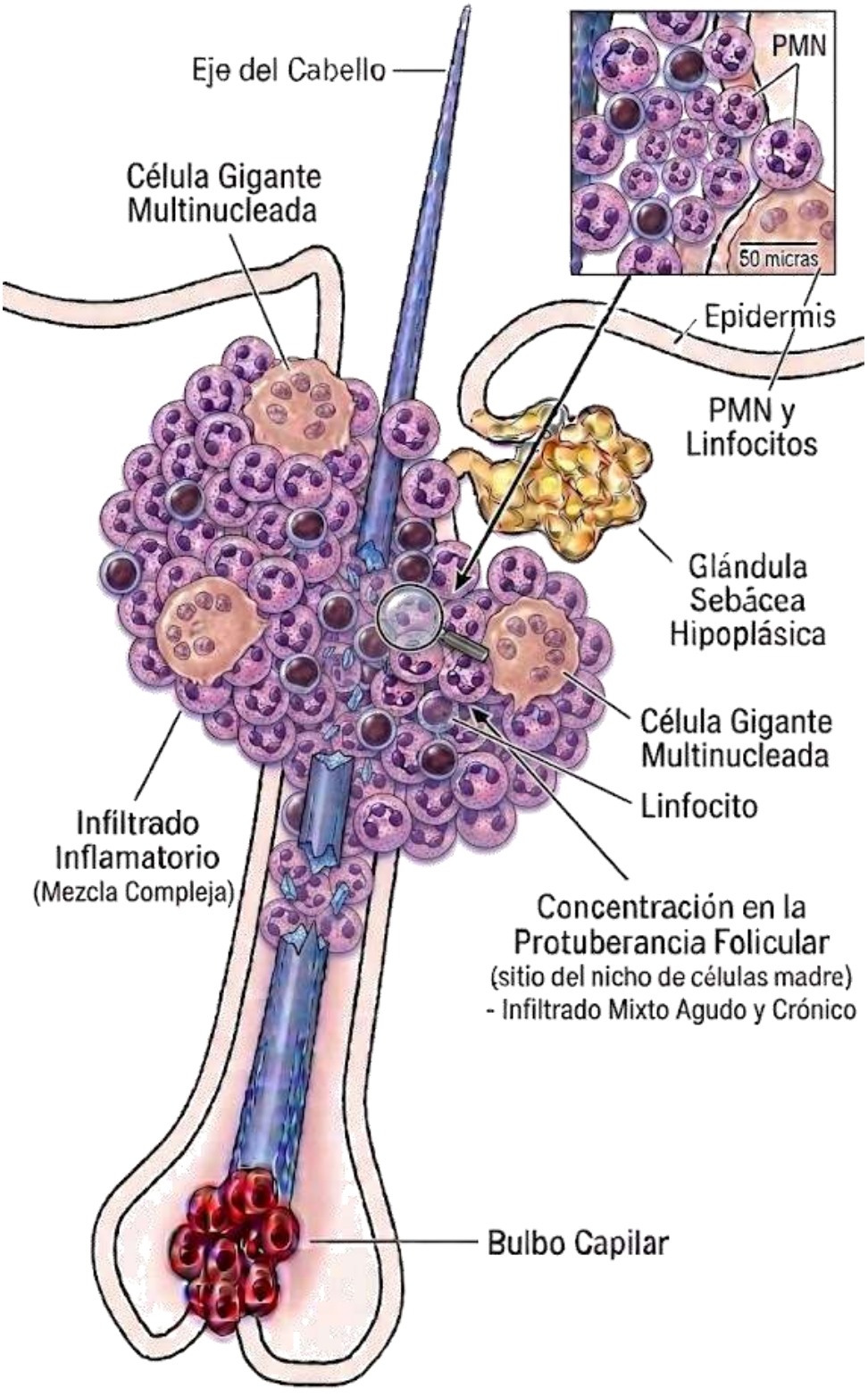




Conclusiones



Alopecia Cicatricial Linfocítica



Alopecia Cicatricial Neutrofílica





Dra. Cristina Velez

- MD. Dermatóloga / Dermatopatóloga Universidad CES
- Profesora Dermatopatología. Universidad CES. Medellín.
cristinaveleza@gmail.com

Dr. Rodrigo Restrepo M.

- MD. Patólogo U. de Caldas / Dermatopatólogo Universidad CES
- Coordinador Especialización en Dermatopatología. Universidad CES. Medellín.
rorestre@hotmail.com

GRACIAS!