

CASO CLÍNICO

Alopecia frontal fibrosante en hombres: Presentación de dos casos.

Lina Pichardo Di Vanna,* Mariel Isa Pimentel,* Jeyce Reynoso**

* Departamento de Dermatología - Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz"

CODIGO ORCID 0009-0004-6415-0734

** Departamento de Tricología - Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz"

Correspondencia:

lina.pichardodv@gmail.com

Calle Federico Velásquez esquina Av. Albert Thomas 66, Santo Domingo, República Dominicana. Teléfono: +1 (829) 569-1008

Palabras clave: alopecia, hombres, alopecia frontal fibrosante, aeratoscopia

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. Ninguna empresa o compañía contribuyó financieramente al presente estudio.

Fecha de recepción: 26/05/2024

Fecha de aceptación: 17/06/2024

RESUMEN

La alopecia frontal fibrosante es una alopecia cicatricial linfocítica que a menudo se manifiesta como una placa de alopecia simétrica en forma de banda que se desarrolla gradualmente alrededor de la línea frontal de implantación del cabello.

La alopecia puede extenderse a otras áreas del cuerpo, como las cejas, la línea de cabello posterior u otras ubicaciones. Los pacientes también pueden desarrollar pápulas faciales en el mentón, las mejillas o las sienes. Aunque se observa con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas, cada vez se ven más casos en hombres.

Presentamos dos casos de alopecia fibrosante frontal en pacientes masculinos.

INTRODUCCIÓN

La alopecia fibrosante frontal (AFF) es un tipo de alopecia cicatricial primaria cuya incidencia ha ido aumentando en los últimos años tanto en mujeres como en hombres. Diversos factores se han asociado con la aparición de esta condición, como la predisposición genética, factores hormonales, mecanismos autoinmunes y factores ambientales, incluyendo el uso de productos cosméticos. El hallazgo más característico de esta entidad es la recesión de la línea de implantación del cabello a nivel frontal y temporal en un patrón en forma de banda, que puede estar acompañada de pérdida de cejas y vello corporal. Un hallazgo concomitante típico en la AFF son las pápulas faciales, que aparecen como numerosas pápulas diminutas no inflamatorias en las

mejillas, el mentón o las sienes. También se han reportado máculas pigmentadas en la cara, arrugas periauriculares, depresión de la vena frontal, eritema facial difuso y eritema perifolicular. Los síntomas relacionados pueden incluir prurito y/o tricodinia. Aunque se han reportado casos en mujeres jóvenes y hombres de todas las edades, las mujeres posmenopáusicas son más propensas a experimentar esta condición; la etiología precisa aún se desconoce. La AFF presenta hallazgos similares en hombres y mujeres; sin embargo, presenta características únicas en los hombres, como la pérdida de patillas o la afectación de la barba, que son signos tempranos de la condición.^{1,2}

Presentamos el caso clínico de dos pacientes masculinos con un diagnóstico tardío de alopecia fibrosante frontal, debido a la rareza de esta patología en hombres en consultas dermatológicas.

CASO CLÍNICO

El primer paciente es un masculino de 49 años sin antecedentes médicos conocidos, fototipo V de Fitzpatrick, que refiere un cuadro clínico de dos años de evolución que inició con la recesión de las patillas y posteriormente la recesión de la línea de implantación frontal del cabello. Durante el examen físico, se observó una recesión de las patillas de 6.8 cm y de la línea del cabello de 2.1 cm, pápulas milimétricas de color piel discretas en la frente, así como hiperpigmentación difusa (Figura 1).

La dermatoscopia revela escamas y eritema perifolicular, ausencia de aperturas foliculares y puntos



Figura 1. Imagen clínica que muestra la recesión de la línea de implantación en ambas patillas y a nivel frontal, así como pápulas color piel e hiperpigmentación difusa.

blancos (Figura 2). Los exámenes de laboratorio fueron normales. Actualmente está en un régimen diario de tratamiento de 0.5 mg de dutasterida, 5 mg de minoxidil y aplicación de ungüento de tacrolimus.

El segundo paciente es un masculino hipertenso de 58 años, fototipo IV de Fitzpatrick, que refiere una historia de cuatro años de evolución de pérdida progresiva de cabello asociada a tricodinia, disminución de la densidad del cabello a nivel parietal y posteriormente recesión de la línea de implantación del cabello a nivel frontal, que fue tratada sin éxito durante ese tiempo con minoxidil tópico al 5% debido a un diagnóstico presuntivo de alopecia androgenética. Al examen físico, se observó una recesión de la línea de implantación de 7.2 cm a nivel biparietal y de 1.5 cm a nivel frontal (Figura 3).

La dermatoscopia reveló eritema perifolicular marcado y escamas perifoliculares leves, así como puntos amarillos (Figura 4). Los exámenes de laboratorio fueron normales.

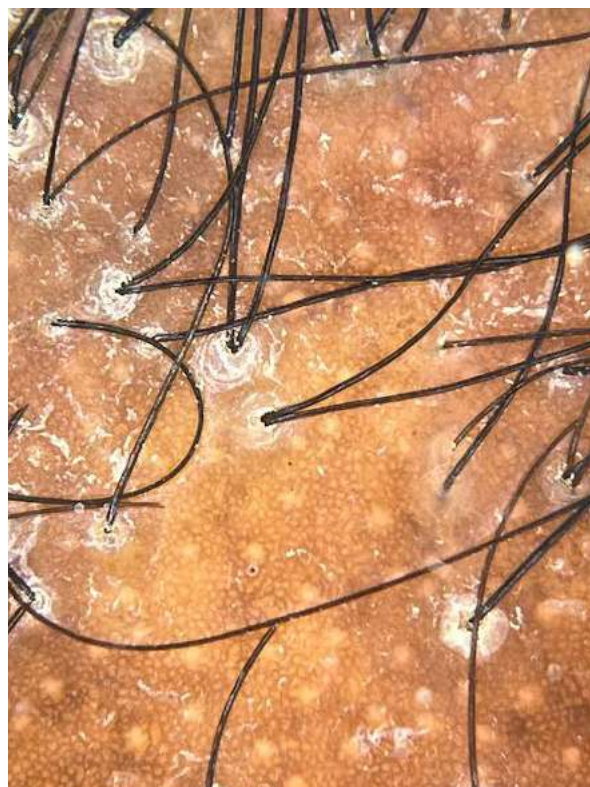


Figura 2. Imagen dermatoscópica que muestra descamación perifolicular, eritema y puntos blancos.

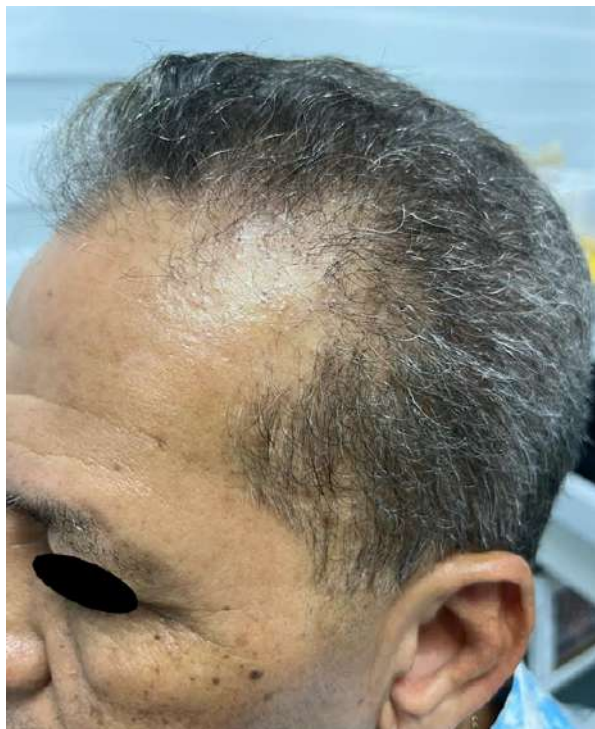


Figura 3. Imagen clínica que muestra la recesión de la línea de implantación de la región frontal y biparietal.

Actualmente está en tratamiento diario con 0.5 mg de dutasterida, 5 mg de minoxidil, aplicación de loción de minoxidil 5%, aplicación interdiario de ungüento de tacrolimus al 0.1% y aplicación de mometasona 0.1% loción dos veces por semana.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La alopecia fibrosante frontal es la alopecia cicatricial más común en la población general. Su etiología sigue siendo desconocida, aunque se han propuesto diversas causas posibles, incluyendo la predisposición genética, dado que aproximadamente el 10% de los pacientes con esta condición tienen antecedentes familiares; se sospecha que los factores hormonales contribuyen a la AFF debido a su prevalencia en mujeres posmenopáusicas, estudios que indican vínculos con cambios en los niveles de estrógeno o andrógenos y los beneficios observados de la terapia antiandrogénica; se especula sobre que los factores ambientales desencadenan la alopecia fibrosante frontal, que emergió como una condición reconocida en 1994 y afecta principalmente a adultos. Se ha sugerido el uso de protectores solares como un posible contribuyente, aunque su papel causal no está confirmado.¹



Figura 4. Imagen dermatoscópica que revela discreta descamación perifolicular, zonas de eritema y puntos amarillos.

No se han reportado casos de AFF en niños, lo que sugiere que la condición puede ser de inicio en la adultez. Aunque puede afectar a otras personas, la AFF se diagnostica principalmente en mujeres posmenopáusicas entre los 55 y 70 años. De los 355 pacientes con AFF en una de las series más grandes, un análisis retrospectivo multicéntrico realizado en España, el 83% eran mujeres posmenopáusicas. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un aumento en la incidencia de AFF en hombres, y se cree que la menor prevalencia de AFF en hombres puede estar relacionada con la aceptación de la pérdida de cabello debido a la confusión con la alopecia androgénica, como muestra nuestro estudio. El primero no buscó ayuda temprana, considerando su condición normal por ser hombre, mientras que el segundo buscó ayuda pero fue tratado erróneamente durante cuatro años como alopecia androgénica. Dado que la pérdida de barba y patillas es poco común en la alopecia androgénica, estos signos se consideran útiles para el diagnóstico diferencial con otras patologías.²

Las manifestaciones clínicas de la AFF incluyen un patrón distintivo de pérdida de cabello en el cuero cabelludo. Las características asociadas pueden incluir la pérdida de cabello en las cejas y/o en otros sitios del cuerpo, y pápulas faciales. El hallazgo característico en el examen físico del cuero cabelludo es la recesión de las líneas del cabello a nivel frontal y temporal en un patrón en forma de banda. Además de la pérdida del ostium folicular, que es consistente con la alopecia cicatricial, el cuero cabelludo afectado también puede mostrar signos de inflamación activa, como eritema e hiperqueratosis perifolicular. Otro hallazgo común es el “indicador de cabello solitario.” La indicación denota la

existencia de uno o pocos cabellos terminales residuales dentro de una banda de alopecia. La alopecia parcheada o la alopecia en el cuero cabelludo en la región occipital ocurren en un pequeño porcentaje de personas con pérdida de cabello frontal causada por AFF. Prurito, tricodinia o sensaciones de hormigueo en el cuero cabelludo son posibles síntomas concomitantes. En ciertos casos, la recesión de la línea de implantación del cabello en la región frontotemporal se encuentra durante una evaluación de prurito en el cuero cabelludo³

La alopecia cicatricial de las cejas, que puede resultar en una pérdida parcial o total del cabello de las cejas, se cree que afecta del 40 al 95 por ciento de los pacientes con AFF. La observación más típica es el adelgazamiento de las cejas laterales, que puede ocurrir antes de que comience la regresión de la línea de implantación del cabello frontotemporal. La pérdida de pestañas es menos frecuente. Un hallazgo concomitante típico en la AFF son las pápulas faciales, que aparecen como numerosas pápulas diminutas no inflamatorias en las mejillas, el mentón o las sienes. También se han reportado máculas pigmentadas en la cara, arrugas periauriculares, depresión de la vena frontal, eritema facial difuso y eritema perifolicular con o sin queratosis folicular⁴

Los hallazgos dermatoscópicos de la AFF incluyen una reducción del ostium folicular (consistente con alopecia cicatricial), eritema perifolicular, tapones foliculares e hiperqueratosis perifolicular (capas peripilares). El eritema perifolicular sugiere una enfermedad activa. Basándose en la historia y el examen físico, el diagnóstico de AFF puede ser altamente sospechado; no obstante, en algunos casos puede ser necesaria una biopsia para confirmar el diagnóstico. La fibrosis perifolicular y una infiltración linfocítica que rodea el istmo y el infundíbulo del folículo piloso son algunas de las características histopatológicas asociadas con la AFF⁵

El diagnóstico y tratamiento tempranos son cruciales para prevenir la progresión de la enfermedad y la pérdida permanente del cabello. Se necesitan investigaciones y estudios adicionales para investigar más a fondo estas posibles causas y comprender mejor la patogenia de la alopecia fibrosante frontal en pacientes masculinos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno-Arrones OM, Saceda-Corralo D, Rodrigues-Barata AR, Castellanos-González M, Fernández-Pugnaire MA, Grimalt R, et al. Risk factors associated with frontal fibrosing alopecia: A multicentre case-control study. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2018 Sept 26;44(4):404-10. doi:10.1111/ced.13785
2. Vañó-Galván S, Molina-Ruiz AM, Serrano-Falcón C, Arias-Santiago S, Rodrigues-Barata AR, Garnacho-Saucedo G, et al. Frontal fibrosing alopecia: A multicenter review of 355 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2014 Apr;70(4):670-8. doi:10.1016/j.jaad.2013.12.003
3. Bernárdez C, Saceda-Corralo D, Gil-Redondo R, Moreno-Arrones OM, Rodrigues-Barata AR, Hermosa-Gelbard A, et al. Beard loss in men with frontal fibrosing alopecia. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2022 Jan;86(1):181-3. doi:10.1016/j.jaad.2021.01.032
4. Rayinda T, McSweeney SM, Dand N, Fenton DA, McGrath JA, Tziotzios C. Clinical characteristics of male frontal fibrosing alopecia: A single-centre case series from London, UK. *British Journal of Dermatology*. 2022 Jan 1;186(1):195-7. doi:10.1111/bjd.20742
5. Fernández-Crehuet P, Rodrigues-Barata AR, Vañó-Galván S, Serrano-Falcón C, Molina-Ruiz AM, Arias-Santiago S, et al. Trichoscopic features of frontal fibrosing alopecia: Results in 249 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015 Feb;72(2):357-9. doi:10.1016/j.jaad.2014.10.039

CASE REPORT

Frontal fibrosing alopecia in men: Presentation of two cases.

Lina Pichardo Di Vanna,* Mariel Isa Pimentel,* Jeyce Reynoso**

* Department of Dermatology - Dominican Dermatological Institute and Skin Surgery "Dr. Huberto Bogaert Díaz"

** Department of Trichology - Dominican Dermatological Institute and Skin Surgery "Dr. Huberto Bogaert Díaz"

Correspondence:

lina.pichardodv@gmail.com

Calle Federico Velásquez esquina Av. Albert Thomas 66, Santo Domingo, República Dominicana. Phone: +1 (829) 569-1008

Key words: alopecia, men, frontal fibrosing alopecia, aermatoscopy

The authors declare no conflict of interest. No company or company contributed financially to the present study

Reception date: 26/05/2024

Acceptance date: 17/06/2024

ABSTRACT

Frontal fibrosing alopecia is a lymphocytic scarring alopecia that often manifests as a symmetrical band-shaped patch of alopecia that gradually develops around the frontal hairline.

Alopecia can spread to other areas of the body, such as the eyebrows, back hairline, or other locations. Patients may also develop facial papules on the chin, cheeks, or temples. Although it is seen more frequently in postmenopausal women, more cases are being seen in men.

We present two cases of frontal fibrosing alopecia in male patients.

INTRODUCTION

Frontal fibrosing alopecia (FFA) is a type of primary scarring alopecia whose incidence has been increasing in recent years in both women and men. Several factors have been associated with the onset of this condition, such as genetic predisposition, hormonal factors, autoimmune mechanisms and environmental factors, including the use of cosmetic products. The most characteristic finding of this entity is the recession of the hairline at the frontal and temporal area in a band-shaped pattern, which may be accompanied by loss of eyebrows and body hair. A typical concomitant finding in FFA is facial papules, which appear as numerous tiny non-inflammatory papules on the cheeks, chin, or temples. Pigmented macules on the face, periauricular wrinkles, frontal vein depression, diffuse facial erythema, and perifollicular erythema have also been reported. Related symptoms may include pruritus and/

or trichodynia. Although cases have been reported in young women and men of all ages, postmenopausal women are more likely to experience this condition; the precise etiology is still unknown. FFA presents similar manifestations both in men and women; However, it has unique characteristics in men, such as the loss of sideburns or beard involvement, which are early signs of the condition.^{1,2} Due to the rareness of this condition, we present the clinical case of two male patients with a late diagnosis of FFA.

CLINICAL CASE

The first patient is a 49-year-old man with no known medical history, Fitzpatrick phototype V, who reports a medical history of two years that began with the recession of the sideburns and subsequently the

recession of the frontal hairline. During physical examination, sideburn recession of 6.8 cm and hairline recession of 2.1 cm, discrete skin-colored millimetric papules on the forehead, as well as diffuse hyperpigmentation were observed (Figure 1). Dermatoscopy reveals scales and perifollicular erythema, absence of follicular openings and white dots (Figure 2). Laboratory tests were normal. He is currently on a daily treatment regimen of 0.5 mg dutasteride, 5 mg minoxidil, and application of tacrolimus ointment.

The second patient is a 58-year-old hypertensive male, Fitzpatrick phototype IV, who reports a four-year history of progressive hair loss associated with trichodynia, decreased hair density at the parietal area and subsequently recession of the frontal hairline implantation, which was treated unsuccessfully with topical 5% minoxidil due to a presumptive diagnosis of androgenetic alopecia. Physical examination revealed recession of hairline of 7.2 cm at the biparietal area and



Figure 1. Clinical image showing recession of the hairline on both temples and at the frontal level, as well as skin-colored papules and diffuse hyperpigmentation.

1.5 cm at the frontal area (Figure 3). Dermatoscopy revealed marked perifollicular erythema and mild perifollicular scales, as well as yellow dots (Figure 4). Laboratory tests were normal. He is currently on daily treatment with 0.5 mg of dutasteride, 5 mg of minoxidil, application of 5% minoxidil lotion, interday application of 0.1% tacrolimus ointment, and application of mometasone 0.1% lotion twice a week.

DISCUSSION AND CONCLUSION

FFA is the most common scarring alopecia in the general population. Its etiology remains unknown, although several possible causes have been proposed, including genetic predisposition, given that approximately 10% of patients with this condition have a family history. Hormonal factors are suspected to contribute to FFA due to its prevalence in postmenopausal women, studies indicate linkage to changes in estrogen or androgen levels, and observed benefits of

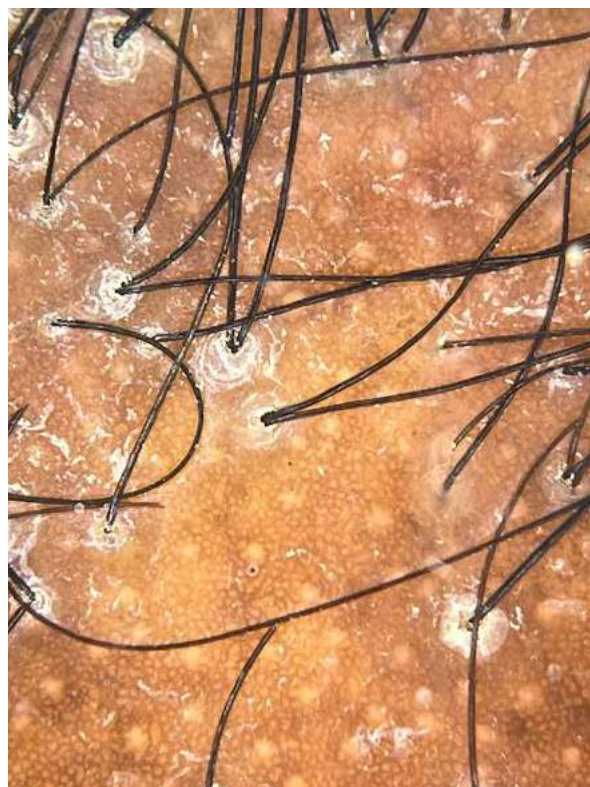


Figure 2. Dermatoscopic image showing perifollicular scaling, erythema, and whiteheads.

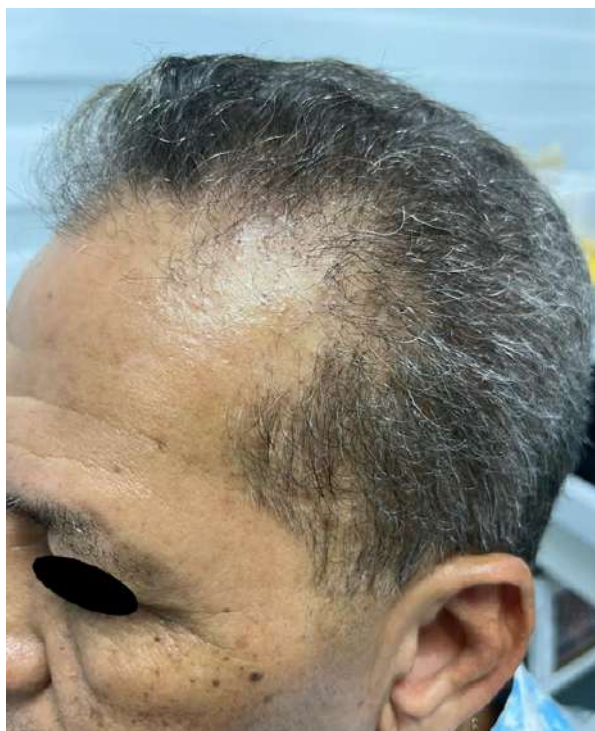


Figure 3. Clinical image showing recession of the hairline in the frontal and biparietal regions.

antiandrogen therapy; There is speculation that environmental factors trigger frontal fibrosing alopecia, which emerged as a recognized condition in 1994 and primarily affects adults. Sunscreen use has been suggested as a possible contributor, although its causal role is unconfirmed.¹

No cases of FFA have been reported in children, suggesting that the condition may be adult-onset. Although it can affect other populations, FFA is mainly diagnosed in postmenopausal women between the ages of 55 and 70. Of the 355 patients with FFA in one of the largest series, a multicenter retrospective analysis conducted in Spain, 83% were postmenopausal women. However, in recent years an increase in the incidence of AFF in men has been observed, and it is believed that the lower of FFA in men may be related to the acknowledgment of hair loss due to confusion with androgenetic alopecia, as shown in our study. The first did not seek early assistance, considering it as a normal condition as a man, while the second sought assistance, but was improperly treated for four years as androgenic alopecia. Since loss of beard and sideburns are rare in androgenetic alopecia, these signs are considered



Figure 4. Dermatoscopic image revealing discrete perifollicular scaling, areas of erythema and yellow dots.

useful for differential diagnosis with other pathologies.² The clinical manifestations of FFA include a distinctive pattern of hair loss on the scalp. Related features may include eyebrow hair loss and/or other areas on the body, plus facial papules. Recession of the frontal and temporal hairline in a band-like pattern is a characteristic finding in physical examination. In addition to loss of the follicular ostium, which is consistent with scarring alopecia, the affected scalp may also show signs of active inflammation, such as erythema and perifollicular hyperkeratosis. Another common finding is the “lone hair indicator.” The indication denotes the existence of one or a few residual terminal hairs within a band of alopecia. Patchy alopecia or scalp alopecia in the occipital region occurs in a small percentage of people with frontal hair loss caused by FFA. Pruritus, trichodynia, or tingling sensations on the scalp are possible concomitant symptoms. In some cases, hairline recession in the frontotemporal region is found during an evaluation for scalp pruritus.³

Eyebrow cicatricial alopecia, which can result in partial or complete loss of eyebrow hair, is thought to affect 40 to 95 percent of patients with FFA. The most typical finding is thinning of the lateral eyebrows, which may occur before frontotemporal hairline regression begins. Eyelash loss is less common. A typical concomitant finding in FFA is facial papules, which show as numerous tiny non-inflammatory papules on the cheeks, chin, or temples. Pigmented macules on the face, periauricular wrinkles, frontal vein depression, diffuse facial erythema, and perifollicular erythema with or without follicular keratosis have also been reported.⁴

Dermoscopic findings of FFA include a reduction of the follicular ostium (consistent with scarring alopecia), perifollicular erythema, follicular plugs, and perifollicular hyperkeratosis (peripillary layers). Perifollicular erythema suggests active disease. Based on history and physical examination, the diagnosis of FFA may be highly suspected; However, in some cases a biopsy may be necessary to confirm the diagnosis. Perifollicular fibrosis and a lymphocytic infiltration surrounding the isthmus and infundibulum of the hair follicle are some of the histopathological features associated with FFA⁵

Early diagnosis and treatment are crucial to prevent disease progression and permanent hair loss. Additional research and studies are needed to further investigate these possible causes, and better understanding of the pathogenesis of FFA in male patients.

REFERENCES

1. Moreno-Arrones OM, Saceda-Corralo D, Rodrigues-Barata AR, Castellanos-González M, Fernández-Pugnaire MA, Grimalt R, et al. Risk factors associated with frontal fibrosing alopecia: A multicenter case-control study. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2018 Sept 26;44(4):404-10. doi:10.1111/ced.13785
2. Vañó-Galván S, Molina-Ruiz AM, Serrano-Falcón C, Arias-Santiago S, Rodrigues-Barata AR, Garnacho-Saucedo G, et al. Frontal fibrosing alopecia: A multicenter review of 355 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2014 Apr;70(4):670-8. doi:10.1016/j.jaad.2013.12.003
3. Bernárdez C, Saceda-Corralo D, Gil-Redondo R, Moreno-Arrones OM, Rodrigues-Barata AR, Hermosa-Gelbard A, et al. Beard loss in men with frontal fibrosing alopecia. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2022 Jan;86(1):181-3. doi:10.1016/j.jaad.2021.01.032
4. Rayinda T, McSweeney SM, Dand N, Fenton DA, McGrath JA, Tziotzios C. Clinical characteristics of male frontal fibrosing alopecia: A single-center case series from London, UK. *British Journal of Dermatology*. 2022 Jan 1;186(1):195-7. doi:10.1111/bjd.20742
5. Fernández-Crehuet P, Rodrigues-Barata AR, Vañó-Galván S, Serrano-Falcón C, Molina-Ruiz AM, Arias-Santiago S, et al. Trichoscopic features of frontal fibrosing alopecia: Results in 249 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015 Feb;72(2):357-9. doi:10.1016/j.jaad.2014.10.039