

HIGHLIGHTS
AEDV 2019

47º CONGRESO NACIONAL DE
DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA



5 AL 8 DE JUNIO
BARCELONA

Área TRICOLOGÍA Y ONICOLOGÍA

Ponente

Dra. Claudia Bernárdez Guerra

Patrocina:

abbvie

Organiza:

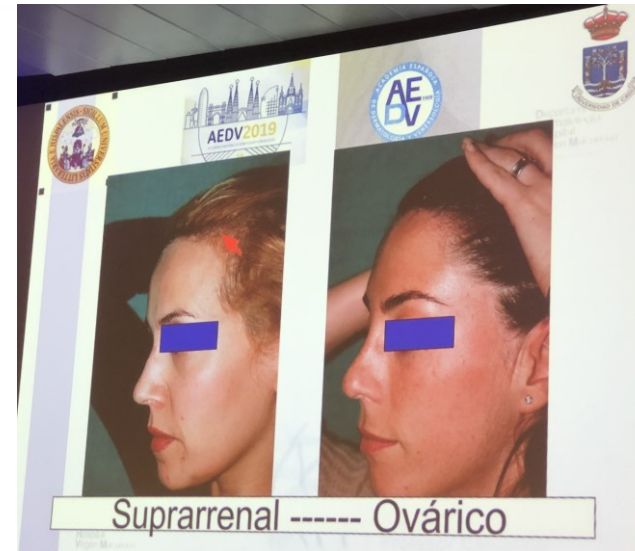
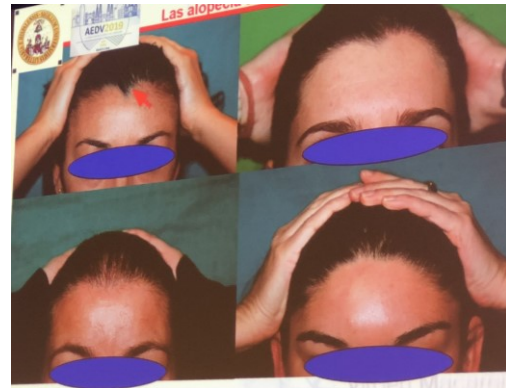


ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

Novedades en Tricología- Hirsutismo e Hipertricosis- Dr. Camacho

Hipertricosis:

1. Presentación asociado a perfil hormonal



2. Hipertricosis con Minoxidil oral

Novedades en Tricología- Hirsutismo e Hipertrichosis- Dr. Camacho

Hirsutismo:

- Clasificaciones en continua evolución. (2019)
 - Hirsutismo dermatológico : Síndrome SAHA
 - Familiar (constitucional)
 - SAHA ovárico (exceso de eliminación de andrógenos ováricos)
 - *SAHA HAIRAN*
 - SAHA suprarrenal
 - SAHA hipofisario
- Analítica en todas las pacientes (desde hirsutismo grado I)
 - En Fase folicular: permite valorar correctamente posible déficit de 21b- hidroxilasa
 - Hormonas normales en rango alto ya deben ser consideradas sospechosas si asocian clínica
- ****Control endocrinológico es básico!!**

Hirsutismo:

- Tratamiento:
 - **Cambio de vida** en pacientes obesas- mejora.
 - Láser depilación
 - Metformina?

- Anticonceptivos orales -20mg de etinilestradiol (no 35) para disminuir riesgo TEP y TVP en mujeres con riesgo
 - actividad antiandrogénica

- Antiandrógenos. : acetato de ciproterona, espironolactona, drospirinona
 - Flutamida a dosis bajas funcionaba muy bien, peor ahora limitación por AEMPS.

Alopecia Androgénica- Dra. Cristina Serrano

- **1. Asociaciones**

- Relación de diámetro capilar con hiperplasia benigna de próstata. Inversa
- Biotina y Zinc disminuídos en pacientes con AGA.
 - Valorar suplementación en el futuro.
- AGA inicio precoz se asocia con síndrome metabólico.
 - Recomendar cambio de vida a pacientes jóvenes.

- **2. Fisiopatología**

- Folículos en Kenogen (estado inactivo...)
 - Mayor numero en AGA puede ser una de las ppales causas de disminución de densidad
- Microbioma- mayor ctd de P. Acnes en región del vertex
 - Expresión génica? Respuesta inmune? Microinflamación?
- Diferencias en expresión prostaglandinas según zonas
- 5 alfa reductasa III. Diferencia de expresión según las mujeres.
- FAGA asociado a alteración en aromatasa que eleva testosterona

Alopecia Androgénica- Dra. Cristina Serrano

Tratamiento

- Guía de tratamientos 2018- basado en evidencia científica
 - Parecen presentar alta eficacia tratamientos menos estandarizados como el LLLT
- Nuevos antiandrógenos
 - Arbiraterona: inhibidor 17 alfa hidroxilasa
 - Clascoterona: bloquea RA (sin alteración hepática)
- Dutasteride vs finasteride. Metanálisis 3 estudios (570 participantes)
 - Dutasteride más eficaz y mismo perfil seguridad.
- Revisión sistémica finsteride FAGA
 - Efectivo desde 1,25mg (premenopáusicas)-5mg (postmenopáusicas)
 - Tarda en hacer efecto 6-12-18 meses según dosis
- Finasteride y disfunción sexual. Nuevo estudio sin diferencias.
- Cuidado finasteride y alteración renal—Estudio experimental en ratones con alteración en la morfología.
 - A nivel clínico: controlar pacientes con antecedentes o trasplante si usan el tratamiento.

Alopecia Androgenética- Dra. Cristina Serrano

Tratamiento

- Minoxidil tópico
 - Disminuye eficacia con aspirina, aumenta con retinoides
- Minoxidil oral
 - 0,25-5mg. Principal efecto adverso hipertrichosis, edema
- Eficacia en estudios de LLLT y PRP en AGA
- Mesoterapia, generalmente se habla de buenos resultados pero hay pocos estudios aun....

[Effectiveness and safety of low-dose oral minoxidil in male androgenetic alopecia.](#)

Jimenez-Cauhe J, Saceda-Corralo D, Rodrigues-Barata R, Hermosa-Gelbard A, Moreno-Arrones OM, Fernandez-Nieto D, Vaño-Galvan S.

J Am Acad Dermatol. 2019 May 2. pii: S0190-9622(19)30685-1. doi: 10.1016/j.jaad.2019.04.054. [Epub ahead of print]

Alopecia Frontal Fibrosante- Dr. Salvio Serrano

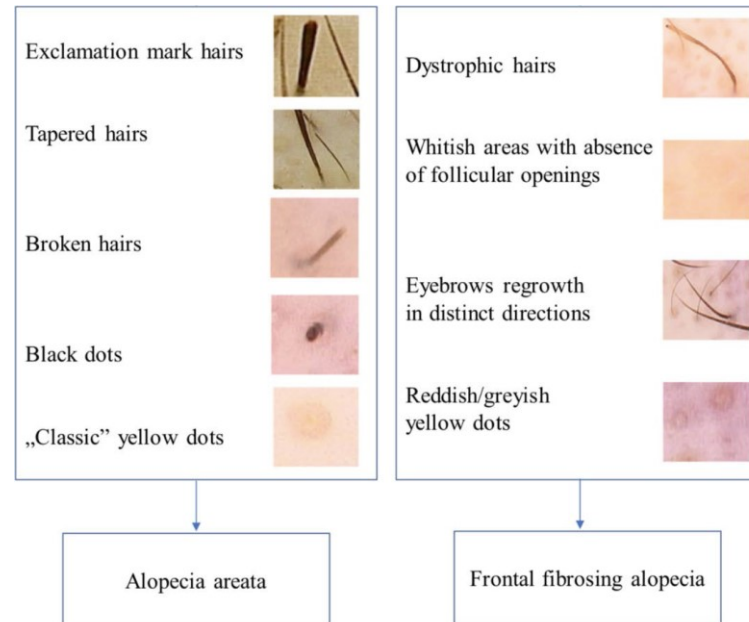
- Epidemia actualmente
- Dudas a cerca de su origen. Discusiones en cuanto a la nosología.
- Nuevas descripciones clínicas:
 - Hipomelanosis guttata en la zona afecta
 - Afectación axilar (relacionado con grado de evolución del cuadro)
 - Correlación cl-pat entre grado de hiperqueratosis y severidad del infiltrado
- Estudio factores de peor pronóstico
 - Edad de aparición, del paciente y duración de la enfermedad. Índice masa corporal.
- Genética
 - Descripción de locus específicos más frecuentemente mutados en esta patología
 - Trastorno inflamatorio autoinmune genéticamente predisuesto
 - Evolución hacia fibrosis
- Relación con factores ambientales. Fotoprotectores?
- Titanio?

Alopecia Frontal Fibrosante- Dr. Salvio Serrano

- Tratamiento
- Mayor nivel eficacia: antiandrógenos, corticoides intralesionales e hidroxicloroquina
- Trasplante en alopecias cicatriciales
 - En AFF directamente proporcional a la estabilidad de la inflamación previo a la cirugía
 - Esperar 2-5 años de estabilidad.

Alopecia areata- Dr. Sergio Vañó

- 500 artículos en 1 año y medio!!!!!!!
- Etiopatogenia, clínica, diagnóstico y pronóstico.
 - Vitamina D disminuida (2 metanálisis)- suplementación no consigue claramente mejoría
 - Microbiota intestinal modificada en AA- valorar utilidad de modificarla como tratamiento
 - Tricoscopia de cejas.

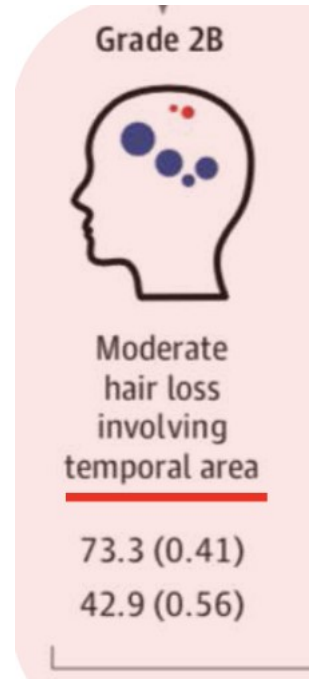


Alopecia areata- Dr. Sergio Vañó

- 500 artículos en 1 año y medio!!!!!!!
- Etiopatogenia, clínica, diagnóstico y pronóstico.
 - Vitamina D disminuida (2 metanálisis)- suplementación no consigue claramente mejoría
 - Microbiota intestinal modificada en AA- valorar utilidad de modificarla como tratamiento
 - Tricoscopia de cejas. Diferenciar AFF y AA
 - Il-15 marcador de gravedad y actividad. Potencial diana terapéutica?
 - Mortalidad en AA- asociada a suicidio y neos Pulmón. – reitera abordaje psicológico-.
 - Buena experiencia con asociaciones de pacintes.
 - ALOPECIA AREATA CRÓNICA- más de 6m. Peor pronóstico, mayores recurrencias o diseminación.
- Relación pronóstico con área afecta: (escala TOAST: Topography-based Alopecia Areata Severity Tool).

Alopecia areata- Dr. Sergio Vañó

- 500 artículos en 1 año y medio!!!!!!
- Etiopatogenia, clínica, diagnóstico y pronóstico.
 - Vitamina D disminuida (2 metanálisis)- suplementación no consigue claramente mejoría
 - Microbiota intestinal modificada en AA- valorar utilidad de modificarla como tratamiento
 - Tricoscopia de cejas. Diferenciar AFF y AA
 - Il-15 marcador de gravedad y actividad. Potencial diana terapéutica?
 - Mortalidad en AA- asociada a suicidio y neos Pulmón. – reitera abordaje psicológico-
 - Buena experiencia con asociaciones de pacintes.
- ALOPECIA AREATA CRÓNICA- más de 6m. Peor pronóstico, mayores recurrencias o diseminación.
- Relación pronóstico con área afecta: (escala TOAST: Topography-based Alopecia Areata Severity Tool).



Alopecia areata- Dr. Sergio Vañó

- Tratamiento
 - Inmunoterapia tópica toma mayor importancia.
 - Buenos resultados escasos efectos adversos. Ditrinol, Difenciprona (nueva pauta- 1 aplicación cada 3 semanas)
 - Hidroxicloroquina- herramienta terapéutica útil. Pacientes pediátricos.
 - Metilprednisolona iv u oral en pulsos y dosis bajas. Eficaz. Pocos efectos adversos
- Terapia dirigida
 - Inhibidores de Jak (orales)
 - No siempre buena respuesta
 - Caro
 - Recidivas

PERO: primer tratamiento dirigido: abre las puertas a la era de la terapia biológica de la AA

Otras alopecias. Dr. David Saceda

- **FOLICULITIS DECALVANTE**
 - Relacionado con S. Aureus (pues microbioma si cambia mejora el cuadro)
 - Cuadro que afecta todo el cuero cabelludo pues hay alteraciones hp también en zonas sanas
 - Clínica; pacientes presentan rebrotes pese a un correcto seguimiento clínico
 - Escala de gravedad relacionada con tricoscopia
 - Pústulas, hiperqueratosis, eritema o hemorragias
 - Espectro con liquen plano en estadios finales. Fase latente linfocítica. Muchas dudas de tratamiento
- **ALOPECIA EN HORMONOTERAPIA POR CANCER**
 - Uso seguro de espironolactona en pacientes con AGA y cáncer de mama.

- LIQUEN PLANO PILAR
 - Se ha realizado un estudio comparando la utilidad de las características tricoscópicas
 - Cuidado con valorar eritema o venas en pacientes con tratamientos con corticoides
 - Hiperqueratosis se asocia con actividad, no con gravedad
 - Estudios que lo relacionan con Sd. Metabólico- recomendar mejorar estilo de vida

- LUPUS SISTÉMICO
 - Presencia alopecia difusa frecuente- muchas veces no consultan
 - Características clínicas y tricoscópicas específicas
 - Mejor tratamiento es hidroquinona

Novedades en tratamientos. Dr. Sergio Vaño

- Aumento experiencia con minoxidil oral
 - Dosis menores en mujeres (0,25) que varones (5) MILIGRAMO!!!!!!!
 - Inicialmente taquicardia refleja (se va solucionando)
- Mesoterapia con dutasteride muestra mejores resultados que con PRP
 - Escasa modulacion de hormonas séricas– mínima absorción sistémica
 - Dutasteride al 0,05% - total de 1-1,5ml en total.
 - Cada 3-6 meses.
 - En estudios parece que incluso solo microneedling ya mejora alopecias
 - PRP si es de utilidad como antiinflamatorio o para mejorar alopecias cicatriciales
- Lipoaspirado de células mesenquimales de la grasa.
 - Futuro?

Trasplante Capilar

- La sesión enfocaba diversos aspectos del trasplante
- Ideas más interesantes:
 - Cada vez más mujeres se trasplantan
 - Principal para un buen resultado: gestionar las expectativas del paciente
 - Cuidado con la adrenalina en zona receptora ya que podría ocasionar necrosis
 - Casos de LPP en pacientes trasplantados sin signos clínicos previos.
 - ¿Habría que valorar incluirlo en el consentimiento?
 - Control con tratamiento y prp
 - Pacientes mayores pueden tener alopecia senil en zona donante que disminuye la efectividad del trasplante
 - ROBOTS- está mejorando la tecnología, pero aun es cara y no perfecta.
 - Como dermatólogos debemos ofrecer una atención completa con un buen diagnostico, buen tratamiento médico y buen trasplante en los casos útiles.

- Clínica:
 - Pterigion no es exclusivo de liquen plano, sino de cuadro de inflamación intensa.
 - Pitting en AA es más superficial y simétricamente distribuido mientras en psoriasis es más profundo y abigarrado
 - Capilaroscopia en psoriasis útil hacerla en mano dominante 4º dedo
 - Alteración ungueal de AA puede aparecer incluso unos años antes de la caída del pelo
 - Melanoniquia racial se puede ver en fototipos bajos, hasta 10%
 - Melanoma: predomina la asimetría del pigmento
 - Típica forma triangular más gruesa proximal.
 - Tumor glómico: dolor característico (presión, frío y paroxístico), más eritroniquia localizada
 - Eco o RMN
- Onicomadesis frecuente tras cuadros víricos . 2-3 semanas en pies principalmente.

- ONICOSCOPIA
 - Útil para diagnósticas, para ver evolución de tratamientos e intraoperatorio para mejorar localizaciones
 - En seco cuando estudiamos la lámina ungueal, en húmedo veremos mejor las alteraciones del color
 - Lo más importante en el día a día: diferenciar de la onicomycosis
 - Onicosis traumática: borde recto y liso proximal (y uña normal)-
 - Onicosis Micosis: borde aserrado desfilado (avance del hongo)- multicolor (aurora boreal)-uña distrófica
 - Cuidado: aserrado puede ser psoriásico (buscar en estas vasos tortuosos en uñas e hiponiquio)
 - Patrón fino fibrilar (estriaciones transversales)... traumático crónico (pueden mejorar en verano)-pies
 - No hay que olvidar hacer visión frontal de la uña, pues da información muy útil
 - Pterigium inverso. Asociado a manicura (no se sabe si a poner o quitar). Si suspenden las técnicas mejoran!!

- ECOGRAFÍA

- Incooua, añade mucha información y valora lesiones aun no visibles en Rx
- Sirve para estudiar matriz lecho y tabla ungueal
- Se está mejorando el conocimiento – curva aprendizaje
 - No hay que olvidar poner doppler y comprimir para mejorar el relleno venoso
- Cuidado! Presencia de nitrato de pata hace sombra e impide valorar. (Evitar en avulsiones previo a ECO).
- Utilidad comparar con dedo contralateral no doloroso
- Exostosis en ocasiones no están calcificadas se ve mucho mejor en ECO

- HISTOLOGÍA

- Difícil los cortes por la dureza de la lámina
 - Varias formas de queratinización
- Existe una porción denominada istmo, que no está claro si existe o no.
 - Claramente valorable en la histología
 - Parece que su función es evitar la entrada de patógenos
- Se cree que el pliegue proximal es el que enfoca la uña para crecer en la dirección que la conocemos
 - Pues sino saldría vertical hacia arriba.
- Onicodermis
 - Dermis especial subyacente a la uña
 - En región del lecho- adherido al hueso
 - En región de matriz- no adherido sino que hay un plano de hipodermis con lo cual puedes separar fácilmente del hueso
 - En biopsia de matriz mejor llegar a este plano de clivaje

- TRATAMIENTO
 - IMPORTANTE repercusión en su calidad de vida- HAY QUE TRATAR
 - Tratamientos tienen efecto lento y hay que explicarlo bien
 - Asegurar excipiente que permitan al tratamiento penetrar en las uñas
 - Intralesionales son muy efectivos pero muy dolorosos
 - Medidas de protección de las uñas son imprescindibles coadyuvantes en el tratamiento.
 - Hidratantes en lamina ungueal favorecen la penetración de los tratamientos.
 - Uñas oncolíticas deben ser cortadas para evitar el efecto palanca.
- Psoriasis. Hay que diferenciar la localización del daño pues varía respuesta a tratamiento

Patología Ungueal- Dra Esther Jiménez

- TRATAMIENTO
 - Liquen plano
 - Precoz y agresivo en para evitar onicodistrofia cicatricial
 - Corticoides IL o si muchas uñas sistémicos (recurrencias)
 - Traquiniquia
 - Ser conservador pues en 5-6 años se suelen solucionar
 - Cosméticos ungueales (si solicitan tratamiento se puede conseguir con corticoides o tacrolimus)
 - Fragilidad ungueal
 - Protección e hidratación es básico
 - Biotina mejora
 - Endurecedores generan excesivo entrecruzamiento que lleva a más fracturas (útil si no llevan formol)
 - Chitosan tópico parece útil

- TRATAMIENTO
- ONICOMICOSIS
 - Tratar, adaptar agresividad a severidad
 - Interacciones medicamentosas de los fármacos- requieren estudios analíticos y seguimiento (duda de frecuencia)
 - Se puede aumentar periodo de tratamiento para conseguir recidivas más largas
 - Combinación de dos tratamientos orales no mejora los resultados
 - Pero si es útil combinar con tópico así como retirar , mediante avulsiones parciales, las zonas infectadas de las uñas
 - Tratamientos tópicos pueden mejorar penetración si se usan sustancias químicas o bien se hacen agujeros con laser o drilling
 - Asociar tratamiento de las contaminaciones externas.
 - Limpieza zapatos y calcetines
 - Evitar tiña pedis....

GRACIAS

HIGHLIGHTS
AEDV²⁰¹⁹

**47° CONGRESO NACIONAL DE
DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGÍA**



**5 AL 8 DE JUNIO
BARCELONA**

Patrocina:

abbvie

Organiza:



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGÍA