



Γυροειδής αλωπεκία incognita: Διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Ιωάννα Κωτσιοπούλου, Βασιλική Χασάπη

Δερματολογική - Αφροδισιολογική Κλινική ΕΣΥ, Νοσοκομείο Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων «Ανδρέας Συγγρός»

Alopecia areata incognita: Differential diagnostic approach of a case and literature review

Ioanna Kotsiopoulos, Vasiliki Chasapi

Department of Dermatology and Venereology of NHS, Andreas Syggros Hospital, Athens, Greece

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οξεία διάχυτη τριχόπτωση ποικίλης βαρύτητας αποτελεί κοινό αίτιο προσέλευσης των γυναικών ασθενών στο δερματολόγο. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει συχνότερα την τελογενή τριχόρροια και την ανδρογενετική αλωπεκία. Αν και σπάνια οντότητα, η γυροειδής αλωπεκία incognita έχει απασχολήσει και κατά καιρούς διχάσει την επιστημονική δερματολογική κοινότητα, λόγω των λεπτών διαφορών που παρουσιάζει σε τριχοσκοπικό και ιστολογικό επίπεδο, τόσο με την τελογενή τριχόρροια, όσο και με τη διάχυτη γυροειδή αλωπεκία. Συνεκτιμώντας το ιστορικό, την κλινική εικόνα, το αποτέλεσμα της δοκιμασίας έλξης, καθώς και τα τριχοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα μπορούν να αποφευχθούν περιττές διαγνωστικές εξετάσεις και να χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Η γυροειδής αλωπεκία incognita έχει καλή πρόγνωση, ωστόσο μπορεί να παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Γυροειδής αλωπεκία incognita, γυροειδής αλωπεκία, τελογενής τριχόρροια, διάχυτη γυροειδής αλωπεκία

ABSTRACT

Acute diffuse hair loss of varying severity is a typical reason for female patients to consult a dermatologist. Differential diagnosis most constantly includes telogen effluvium and androgenetic alopecia. Although a rare entity, alopecia areata incognita has concerned and at times divided the scientific dermatological community, due to the subtle differences it presents at trichoscopic and histological level, both with telogen effluvium and diffuse alopecia areata. Taking into consideration the medical history, the clinical features, the outcome of the pull test, as well as the trichoscopic and histological findings, frivolous diagnostic tests can be avoided, and appropriate treatment can be administered. Alopecia areata incognita has an encouraging prognosis, yet it can arise with outbreaks and remissions.

KEYWORDS: Alopecia areata incognita, alopecia areata, telogen effluvium, diffuse alopecia areata



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γυροειδής αλωπεκία incognita (alopecia areata incognita, AAI) είναι μια αυτοάνοση, μη ουλωτική μορφή αλωπεκίας, η οποία αποτελεί υπότυπο της γυροειδούς αλωπεκίας. Περιγράφηκε από τον δερματολόγο Alfredo Reborá το 1987 στη Γένοβα¹. Μολονότι άγνωστος ο επιπολασμός της, αποτελεί μια σχετικά συχνή πάθηση των τριχών, η οποία συνήθως διαγιγνώσκεται ως εσφαλμένα ως ανδρογενετική αλωπεκία ή τελογενής τριχόρροια. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες 20-40 ετών και κλινικά εμφανίζεται ως διάχυτη απώλεια τριχών, εξελισσόμενη εντός λίγων εβδομάδων.^{2,3}

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Στο παρόν άρθρο παρουσιάζεται η περίπτωση γυναίκας ασθενούς 28 ετών με αναφερόμενη έντονη τριχόπτωση από τριών εβδομάδων. Η ασθενής αναφέρει ως πιθανό εκλυτικό παράγοντα της πρόσφατης τριχόπτωσης που αντιμετωπίζει, την απώλεια συγγενικού της προσώπου. Το ατομικό και γυναικολογικό ιστορικό της είναι ελεύθερα και δε λαμβάνει φάρμακα ή συμπληρώματα διατροφής. Επιπρόσθετα, δεν αναφέρει χειρουργεία και γνωστές αλλεργίες. Ο δείκτης μάζας σώματός της είναι φυσιολογικός (ΔΜΣ 19,7) και είναι καπνίστρια (sry 11). Το οικογενειακό ιστορικό της είναι θετικό, λόγω ανδρογενετικής αλωπεκίας του πατέρα και της μητέρας της. Δεν εφάρμοσε κάποια αγωγή στο τριχωτό της κεφαλής, ενώ επισημαίνει ότι δεν αντιμετώπισε παρόμοιο επεισόδιο στο παρελθόν.

Κατά την κλινική εξέταση, επισκοπικά, διαπιστώθηκε διάχυτη αραιώση στο τριχωτό της κεφαλής, ιδίως βρεγματικά και ινιακά, χωρίς παρουσία αποψιλωτικών πλακών, ερυθήματος, απολέπισης ή ουλοποίησης. Οι υπόλοιπες έντριχες περιοχές του σώματός της ήταν φυσιολογικές, όπως επίσης και η κλινική εικόνα των ονύχων, του δέρματος και των βλεννογόνων της. Η δο-



ΕΙΚΟΝΑ 1 | Διάχυτη τριχόπτωση.



ΕΙΚΟΝΑ 2 | Απουσία αποψιλωτικών πλακών.

κιμασία έλξης ήταν έντονα θετική σε όλες τις θέσεις του τριχωτού της κεφαλής και οι τρίχες που αποσπώταν είχαν χαρακτηριστικά τελογενών. Με τα δεδομένα αυτά, η διαφορική διάγνωση συμπεριέλαβε την ανδρογενετική αλωπεκία, την τελογενή τριχόρροια και τη γυροειδή αλωπεκία.⁴

Κατά την τριχοσκόπηση, αξιοσημείωτη ήταν η παρουσία κίτρινων στιγμάτων κενών ή με χνοώδεις τρίχες σε όλη την έκταση του τριχωτού της κεφαλής.

Επισημάνθηκε ταυτόχρονα η ύπαρξη τριχών «δίκην ουράς γουρουνιού», καθώς και κοντών αναπτυσσόμενων τριχών. Παρατηρήθηκαν, επίσης, μικροσκοποποιημένες τρίχες και ανισοτρίχωση.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εξετάζοντας το ενδεχόμενο να πρόκειται για μια περίπτωση ανδρογενετικής αλωπεκίας λόγω της εικόνας ανισοτρίχωσης, αξιολογούμε ότι τα κίτρινα στίγματα στην περίπτωση της ασθενούς ήταν πολυάριθμα και διάσπαρτα, σε αντίθεση με την ανδρογενετική αλωπεκία, όπου τα κίτρινα στίγματα παρουσιάζονται στις ανδρογονοεξαρτώμενες περιοχές. Όπως αναφέρθηκε από την ασθενή, η τριχόπτωση είχε οξεία εγκατάσταση, χωρίς κάποιο συγκεκριμένο κλινικό πρότυπο. Επιπρόσθετα, απόν δερματοσκοπικά ήταν το στοιχείο της περιθυλακικής μελάγχρωσης, όπως εμφανίζεται σε αρχόμενη ανδρογενετική αλωπεκία, στο πλαίσιο της επιπολής περιθυλακικής λεμφοκυτταρικής διήθησης. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν κενά θυλακικά στόμια, αλλά μόνο διατεταμένα, με παρουσία κερατίνης και σμήγματος. Λόγω αυτών των ευρημάτων, η ανδρογενετική αλωπεκία δεν αποτελεί μια πιθανή διάγνωση στην περίπτωση της ασθενούς.

Στο ενδεχόμενο μιας πιθανής τελογενούς τριχόρροιας, ως εκλυτικός παράγοντας θα πρέπει να εξεταστούν ποικίλα αίτια. Στην περίπτωση της ασθενούς δεν αναφέρθηκε η λήψη φαρμάκων ή συμπληρωμάτων διατροφής, η απώλεια βάρους ή το ιστορικό κάποιου συστηματικού νοσήματος. Επισημάνθηκε ο παράγοντας του ψυχολογικού στρες και επιπρόσθετα, λόγω του οικογενειακού ιστορικού της, μια πιθανή προδιάθεση για ανδρογενετική αλωπεκία. Από τη διενέργεια του εργαστηριακού ελέγχου προέκυψαν αυξημένες τιμές αντιθυροειδικών αντισωμάτων, με φυσιολογική ωστόσο θυροειδική λειτουργία. Δε διαπιστώθηκε αναιμία ή κάποια παθολογική τιμή στο βιοχημικό έλεγχο και τη διερεύνηση για ΣΜΝ. Τα αντιπυρηνικά και anti-dsDNA αντισώματα ήταν φυσιολογικά, όπως επίσης τα επίπεδα ορμονών φύλου και ο

υπερηχογραφικός έλεγχος των ωοθηκών. Με βάση τα αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου, αποκλείστηκαν τα συστηματικά αίτια πυροδότησης μιας πιθανής τελογενούς τριχόρροιας.

Τριχοσκοπικά, η ασθενής παρουσίαζε εικόνα ανισοτρίχωσης, η οποία έρχεται σε αντίθεση με το τριχοσκοπικό γνώρισμα της τελογενούς τριχόρροιας, στην οποία τα τριχικά στελέχη είναι ίσης διαμέτρου, τόσο στην οξεία, όσο και στην χρόνια μορφή της. Δεδομένου ότι δεν παρατηρήθηκε ύπαρξη αποψιλωτικών πλακών στο τριχωτό της κεφαλής, ούτε απώλεια τριχών σε άλλες περιοχές του σώματος, η διαφοροδιαγνωστική σκέψη προσανατολίζεται στη διάχυτη γυροειδή αλωπεκία ή τη γυροειδή αλωπεκία incognita. Η οξεία εγκατάσταση της τριχόπτωσης και ο διάχυτος χαρακτήρας της συμβαδίζει και με τους δύο αυτούς τύπους. Παρόλα αυτά, στη διάχυτη γυροειδή αλωπεκία προεξάρχουν τα τυπικά τριχοσκοπικά γνώρισμα της γυροειδούς αλωπεκίας, δηλαδή οι τρίχες «δίκην θαυμαστικού», τα μαύρα στίγματα και οι κομμένες τρίχες. Επιπρόσθετα, στη διάχυτη γυροειδή παρατηρούμε συχνότερα δυστροφικές τρίχες και κενά κίτρινα στίγματα, ενώ απουσιάζουν, συνήθως, οι τρίχες «δίκην ουράς γουρουνιού». Τριχοσκοπικά, λοιπόν, απομακρυνόμαστε από το ενδεχόμενο μιας διάχυτης γυροειδούς αλωπεκίας.

Στη συνέχεια, διενεργήθηκε λήψη βιοψίας από το τριχωτό της κεφαλής και αξιολογήθηκαν τόσο οι κάθετες, όσο και οι οριζόντιες τομές ως προς την αναλογία αναγεννών/τελογενών, αλλά και τελικών/χνοωδών τριχών. Στην ιστολογική εξέταση οι θυλακικές μονάδες ήταν διατηρημένες και σημειώθηκε επικράτηση των τελογενών τριχοθυλακίων. Μειωμένος ήταν ο αριθμός των αναγεννών τελικών τριχοθυλακίων στις οριζόντιες τομές και επιβεβαιώθηκε ιστολογικά η ύπαρξη πολλαπλών διατεταμένων τριχοθυλακίων με κερατίνη και σμήγμα. Παρατηρήθηκαν επίσης ινώδεις ταινίες, συνεπεία καταστροφής των ελύτρων.



ΕΙΚΟΝΑ 3 | Πριν τη θεραπεία.



ΕΙΚΟΝΑ 4 | Δύο μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας.

Συγκεκριμάντας, λοιπόν, την κλινική εικόνα της ασθενούς, την έντονα θετική δοκιμασία έλξης, καθώς και τα ευρήματα της τριχοσκόπησης και της ιστολογικής εξέτασης, προκύπτει το συμπέρασμα ότι πρόκειται για ένα περιστατικό γυροειδούς αλωπεκίας incognita.

Θεραπευτικά συστήθηκε στην ασθενή η εφαρμογή διαλύματος μομεταζόνης 0,1% κάθε βράδυ για δύο μήνες στο τριχωτό της κεφαλής και χορηγήθηκε ενδομυϊκά βηταμεθαζόνη εφάπαξ, με επανάληψη της χορήγησης μετά από 20 ημέρες. Κατά την επανεξέταση, μετά από 2 μήνες θεραπείας, ήταν έκδηλη η βελτίωση τόσο της κλινικής, όσο και της τριχοσκοπικής εικόνας της ασθενούς.

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η γυροειδής αλωπεκία incognita, ως αίτιο διάχυτης τριχόπτωσης, έχει απασχολήσει, και κατά καιρούς διχάσει την επιστημονική δερματολογική κοινότητα, λόγω των λεπτών διαφορών που παρουσιάζει σε τριχοσκοπικό και ιστολογικό επίπεδο, τόσο με την τελογενή τριχόρροια, όσο και με τη διάχυτη γυροειδή αλωπεκία.^{6,7,8} Η πρώτη μελέτη σύγκρισης των κλινικών, τριχοσκοπικών και ιστολογικών στοιχείων της διάχυτης γυροειδούς αλωπεκίας, σε σύγκριση με τη γυροειδή αλωπεκία incognita δημοσιεύθηκε το 2019 στο περιοδικό *Dermatology Practical & Conceptual*. Οι δύο αυτές οντότητες προέκυψε ότι αφορούν κυρίως γυναίκες 20-40 ετών και εμφανίζονται με την εικόνα διάχυτης και σοβαρής τριχόπτωσης, που όμως στη γυροειδή αλωπεκία incognita εντοπίζεται συνηθέστερα βρεγματοϊνιακά, ενώ στη διάχυτη γυροειδή αλωπεκία βρεγματικά και πρόσθια κροταφικά. Ενώ η γυροειδής αλωπεκία incognita μπορεί να εξελιχθεί μέσα σε λίγες εβδομάδες, η διάχυτη γυροειδής αλωπεκία εξελίσσεται μέσα σε χρονικό διάστημα μηνών. Η ανδρογενετική αλωπεκία συνυπήρχε με την γυροειδή αλωπεκία incognita σε ένα ποσοστό 95% των ασθενών, ενώ με τη διάχυτη γυροειδή αλωπεκία στο 24%.² Τριχοδυνία αναφέρεται από το 30% των ασθενών με γυροειδή αλωπεκία incognita.^{5,6}

ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ

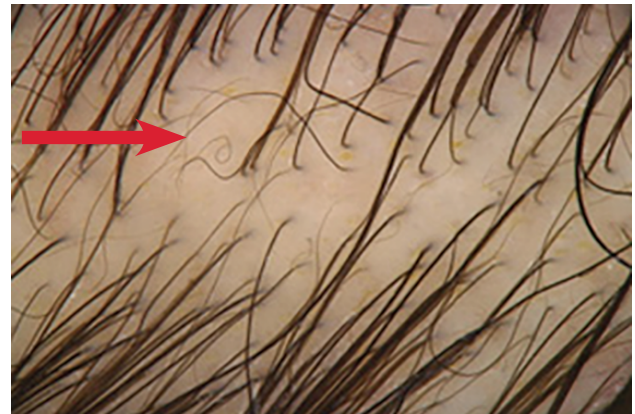
Ως υπότυπος της γυροειδούς αλωπεκίας, η ΑΑΙ εμφανίζει κοινά παθογενετικά χαρακτηριστικά με αυτήν, όπως η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού αυτοάνοσων νοσημάτων, περιβαλλοντικοί παράγοντες και γενετική προδιάθεση, συμπεριλαμβανομένων ειδικών περιοχών λευκοκυτταρικών αντιγόνων στο χρωμόσωμα 6.³



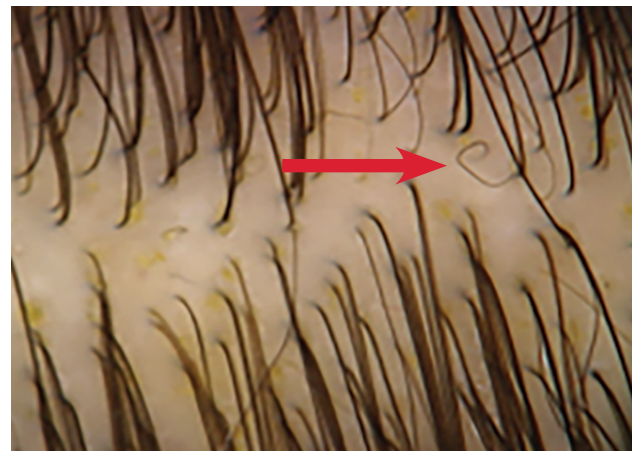
Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της γυροειδούς αλωπεκίας incognita με την ανδρογενετική αλωπεκία και εκεί βασίστηκε η πρώτη υπόθεση σε σχέση με τον παθογενετικό μηχανισμό της από τον δερματολόγο Alfredo Reborna.⁵ Στο φυσιολογικό τριχωτό τα τριχοθυλάκια που βρίσκονται στο στάδιο VI της αναγενούς φάσης παρουσιάζουν μέγιστη μιτωτική δραστηριότητα και εξαιρετική ευπάθεια σε βλαπτικούς παράγοντες με συνέπεια τη δυστροφία.^{7,8} Τα αναγενή τριχοθυλάκια στην ΑΓΑ είναι ολιγάριθμα, εντοπιζόμενα συνήθως διάσπαρτα στο τριχωτό της κεφαλής και στο πλαίσιο της γυροειδούς αλωπεκίας incognita αποπύπτουν διάχυτα, χωρίς να σχηματίζουν τις κλασικές πλάκες της γυροειδούς αλωπεκίας.⁵ Μια δεύτερη υπόθεση σχετικά με τον παθογενετικό μηχανισμό της ΑΑΙ, υποστηρίζει ότι υπό την επίδραση φλεγμονώδους διεργασίας δε μεταπίπτουν όλα τα αναγενή τριχοθυλάκια σε αιφνίδια μιτωτική αναστολή. Από την αναγενή φάση «ξεφεύγουν» προς την τελογενή, οδηγώντας σε διάχυτη απώλεια τριχών, χωρίς το σχηματισμό των κλασικών πλακών γυροειδούς αλωπεκίας. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε «τελογενής διαρροή».^{3,5} Σε μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2016 στο περιοδικό Archives of Dermatological Research, στην οποία συμπεριελήφθησαν 70 γυναίκες ασθενείς, καταδεικνύεται στατιστικά σημαντική αύξηση της έκφρασης του γονιδίου ULBP3 (UL 16 Binding Protein-3) στις ασθενείς με γυροειδή αλωπεκία incognita, συγκριτικά με όσες έπασχαν από τελογενή τριχόρροια, ανδρογενετική αλωπεκία και την ομάδα ελέγχου. Στο φυσιολογικό τριχωτό το γονίδιο της πρωτεΐνης ULBP3 είναι απενεργοποιημένο. Με τη μέθοδο της ποσοτικής real-time PCR ανιχνεύθηκε ανοσογενετικά η έκφραση του γονιδίου ULBP3. Η πρωτεΐνη ULBP3 λειτουργεί ως προσδέτης για τον υποδοχέα των NK κυττάρων (NKG2D-Natural Killer group 2, member D). Η στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση στην έκφραση του γονιδίου ULBP3 με την χρονιότητα της ΑΑΙ υποδεικνύει πιθανή συσχέτισή της με την παθολογία και την εξέλιξή της.^{13,14}

ΤΡΙΧΟΣΚΟΠΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

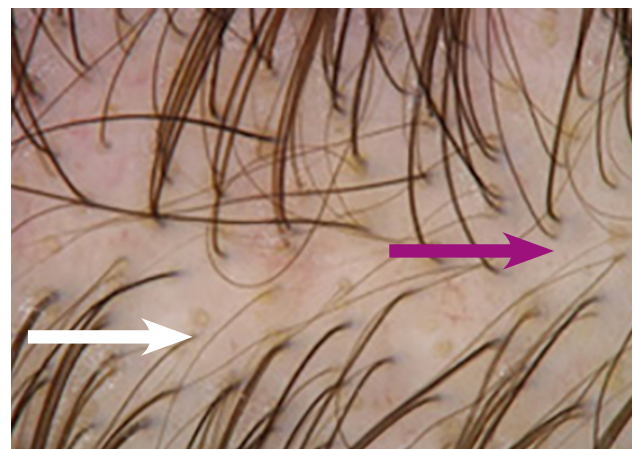
Η τριχοσκόπηση συμβάλει τόσο διαγνωστικά, όσο και στην παρακολούθηση της πορείας της νόσου. Η διαγνωστική της αξία ανέρχεται στο 96%.⁹ Τα συνηθέστερα τριχοσκοπικά ευρήματα της γυροειδούς αλωπεκίας incognita αποτελούν τα κενά κίτρινα στίγματα, τα κίτρινα στίγματα με χνοώδεις τρίχες, οι τρίχες «δίκην ουράς γουρουνιού» και οι κοντές αναπτυσσόμενες τρίχες.^{2,4} Σπάνια ευρήματα αποτελούν οι τρίχες «δίκην θαυμαστικού», τα μαύρα στίγματα και οι λίγες



ΕΙΚΟΝΑ 5 | Τρίχες δίκην «ουράς γουρουνιού» (κόκκινο βέλος).



ΕΙΚΟΝΑ 6 | Τρίχες δίκην «ουράς γουρουνιού» (κόκκινο βέλος).



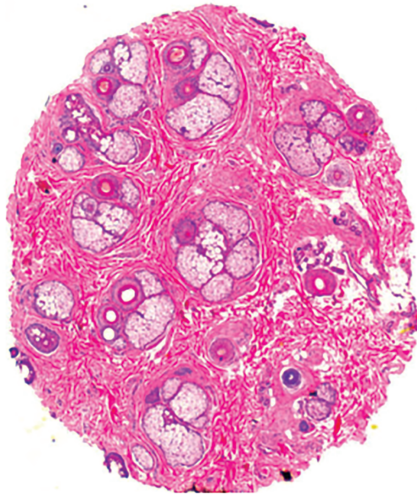
ΕΙΚΟΝΑ 7 | Διάσπαρτα κίτρινα στίγματα (λευκό βέλος) Κοντές αναπτυσσόμενες τρίχες (μωβ βέλος).

δυστροφικές τρίχες.⁴ Για την τριχοσκοπική διάκριση της γυροειδούς αλωπεκίας incognita από την τελογενή τριχόρροια έχει προταθεί από τους Kinoshita et al η χρήση του “color-transition sign”, αλλά μένει να

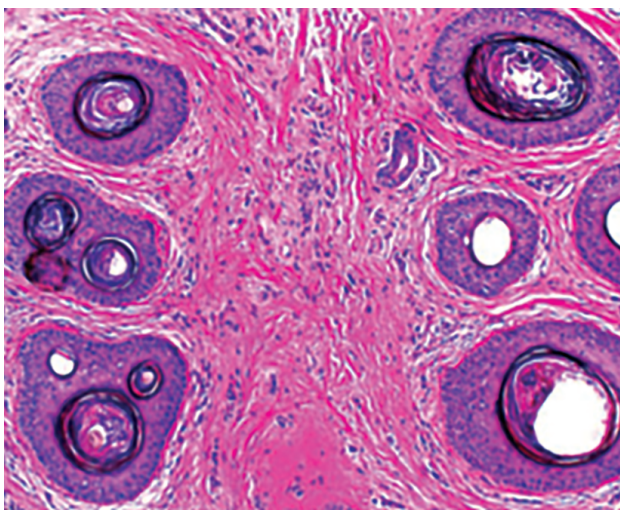
διερευνηθεί περαιτέρω, ως διαγνωστικό στοιχείο.¹¹ Η τριχοσκόπηση αποτελεί ένα χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο, καθώς μπορεί να μας κατευθύνει και ως προς τη θέση λήψης βιοψίας.²

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

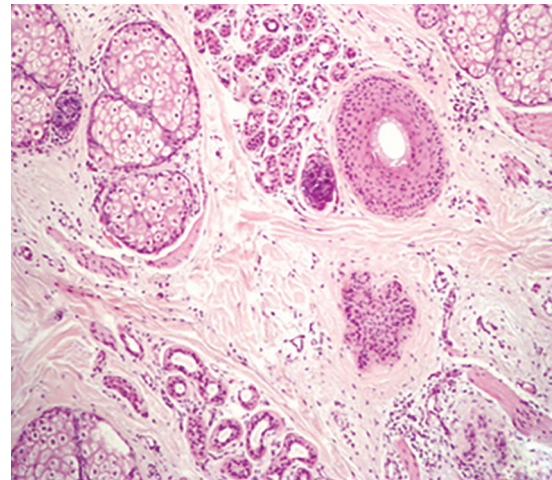
Η ιστολογική επιβεβαίωση απαιτεί υποχρεωτικά την ταυτόχρονη παρουσία αρκετών στοιχείων.¹⁰ Παρατηρείται διατηρημένος αριθμός θυλακικών μονάδων, αυξημένος αριθμός μικροσκοποποιημένων τριχοθυλακίων και μειωμένος αριθμός τελικών τριχοθυλακίων, ειδικά αναγεννών. Οι περιοχές εγκολπίου (bulge) είναι διατεταμένες και πλήρεις σμήγματος και κερατίνης.⁴ Η φλεγμονώδης διήθηση γύρω από τον θύλακο της τρίχας είναι ήπια, κυρίως στο ανώτερο χόριο.⁷ Επισημαίνεται αυξημένος αριθμός τριχοθυλακίων σε καταγενή



ΕΙΚΟΝΑ 8 | Διατηρημένες θυλακικές μονάδες.



ΕΙΚΟΝΑ 9 | Πολλαπλά διατηρημένα θυλακικά στόμια ακροκολλωμάτων.



ΕΙΚΟΝΑ 10 | Διατεταμένα στόμια με κερατίνη, Ινώδεις ταινίες.

και τελογενή φάση. Ως αποτέλεσμα της καταστροφής των ελύτρων εντοπίζονται ιστολογικά ινώδη υπολείμματα και ινώδεις ταινίες.² Η διάγνωση τίθεται όταν επί οξείας και διάχυτης απώλειας τριχών, με θετική δοκιμασία έλξης, διαπιστωθούν συνηγορούντα τριχοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα.¹⁰

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας της γυροειδούς αλωπεκίας incognita δεν έχουν δημοσιευθεί.³ Εντούτοις, η κύρια θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την εφαρμογή ισχυρών τοπικών κορτικοστεροειδών σε μορφή κρέμας ή αφρού (με περιέδεση ή χωρίς) και διαλύματος μινοξιδίλης 2% πρωί και βράδυ ενισχυτικά, για περιορισμό της μικροσκοποποίησης των τριχών και την ενεργοποίηση της ανάπτυξης των τριχών.^{2,3} Η συνήθης διάρκεια της θεραπείας είναι 4 έως 8 μήνες.^{9,12} Επί αποτυχίας, συστήνεται η χορήγηση από του στόματος πρεδνιζολόνης ή κορτικοστεροειδών ενδομυϊκά. Ως αποτελεσματική προτείνεται και η ενδοβλαβική χορήγηση κορτικοστεροειδών μια φορά το μήνα σε δόση των 5mg/ml κατά μήκος του τριχωτού, χωρίς εφαρμογή τοπικών σκευασμάτων, με υποσχόμενα αποτελέσματα μετά τους πρώτους μήνες.¹⁵ Περιστασιακά, πιθανόν οι συμβατικές θεραπείες να είναι αναποτελεσματικές ή να παρουσιάζονται εξάρσεις και υφέσεις. Πιλοτική μελέτη, που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Dermatologic Therapy το 2021, συμπεριέλαβε 12 ασθενείς με γυροειδή αλωπεκία incognita, οι οποίοι δεν παρουσίασαν βελτίωση μετά από τοπική θεραπεία με εφαρμογή προπιονικής κλομπεταζόλης τρεις ημέρες εβδομαδιαίως για 8-10 μήνες. Καταγράφηκε ποσοστό θεραπευτικής ανταπόκρισης στο 66,7 % των



ασθενών με την εφαρμογή τοπικής ανοσοθεραπείας με διβουτυλικού εστέρα του σκουαρικού οξέος (squaric acid dibutylester-SADBE) στο τριχωτό της κεφαλής.³ Επισημάνθηκε, επίσης, η παρουσία διάσπαρτων κίτρινων στιγμάτων και τριχών δίκην «ουράς γουρουνιού» ως κακού προγνωστικού παράγοντα ανταπόκρισης στη συμβατική θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Σε αυτούς τους ασθενείς θα μπορούσε να εφαρμοστεί η ανοσοθεραπεία με SADBE με ικανοποιητικά και μακροχρόνια αποτελέσματα.³ Στην πιο πρόσφατη δημοσίευση της Starace et al. τον Ιανουάριο 2024 στο *Italian Journal of Dermatology and Venereology* παρουσιάζεται ως πολλά υποσχόμενη η πρωτοποριακή θεραπεία SPi (Skin Patting and iontophoresis), μέσω της οποίας ενισχύεται η απορρόφηση του τοπικού κορτικοστεροειδούς που εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση της AAI. Συγκεκριμένα, εφαρμόστηκε ακετονίδιο της τριαμσινολόνης τοπικά στο τριχωτό της κεφαλής μιας μικρής ομάδας ασθενών για 4 μήνες, συνδυαστικά με ελεγχόμενη μικροδερμοαπόξεση, ιοντοφόρηση και red LED light. Όπως αναφέρεται

και από τους συγγραφείς απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης.¹⁶

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οξεία διάχυτη τριχόπτωση ποικίλης βαρύτητας αποτελεί κοινό αίτιο προσέλευσης των γυναικών ασθενών στο δερματολόγο. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει συχνότερα την τελογενή τριχόρροια και την ανδρογενετική αλωπεκία. Αν και σπάνια οντότητα, η γυροειδής αλωπεκία incognita πρέπει να αποτελεί μέρος της διαφορικής διάγνωσης σε τέτοιες περιπτώσεις.

Συνεκτιμώντας το ιστορικό, την κλινική εικόνα, το αποτέλεσμα της δοκιμασίας έλξης, καθώς και τα τριχοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα μπορούν να αποφευχθούν περιττές διαγνωστικές εξετάσεις και να χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Η γυροειδής αλωπεκία incognita έχει καλή πρόγνωση, ωστόσο μπορεί να παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rebora Alfredo. Alopecia areata incognita: A Hypothesis. Department of Dermatology, University of Genoa, Italy. *Dermatologica* 174: 214-218.
2. Alessandrini Aurora, Starace Michela, Bruni Francesca. Alopecia Areata Incognita and Diffuse Alopecia Areata: Clinical, Trichoscopic, Histopathological, and Therapeutic Features of a 5-Year Study. Department of Experimental, Diagnostic and Specialty Medicine, Division of Dermatology, University of Bologna, Bologna, Italy. *Dermatol Pract Concept* 2019;9(4):5.
3. Starace Michela, Vezzoni Roberta, Alessandrini Aurora. Therapeutic approach with squaric acid dibutyl ester for steroid resistant alopecia areata incognita: A pilot study of a single center. University of Trieste, Trieste, Italy. *Dermatologic therapy*. Aug 2021.
4. Asz-Sigall Daniel, González-de-Cossio-Hernández Ana Cecilia, Rodríguez-Lobato Erika et al. Differential Diagnosis of Female-Pattern Hair Loss. *Dermato-Oncology and Trichology Clinic, National University of Mexico, and Departments of Dermatology. Skin Appendage Disord* 2016; 2:18–21.
5. Rebora Alfredo. Alopecia areata incognita: a comment. Department of Endocrinologic and Medical Sciences, Section of Dermatology, University of Genova, *Clinics* 2011; 66: 1481– 1482.
6. Rebora Alfredo. Telogen Effluvium: Is There a Need for a New Classification? A Reply. University of Genoa, Italy. *Skin Appendage Disord* 2018; 4:29–30
7. Tosti A, Whiting D, Iorizzo M et al. The role of scalp dermoscopy in the diagnosis of alopecia areata incognita. *J Am Acad Dermatol* 2008;59: 64-7.
8. Ramos-e-Silva Marcia, Pirmez Rodrigo. Disorders of hair growth and the pilosebaceous unit: Facts and controversies. Sector of Dermatology and Post-Graduation Course, School of Medicine and University Hospital, Federal University of Rio de Janeiro, Brazil. *Clinics in Dermatology* (2013) 31, 759–763.
9. Molina Luciana, Donati Aline, Valente Neusa, et al. Alopecia areata incognita. Department of Dermatology – Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo, Brazil, *Clinics* 2011;66(3):513-515.
10. Miteva M., Misciali C., Fanti P. Histopathologic features of alopecia areata incognito: a review of 46 cases. *J Cutan Pathol* 2012; 39: 596–602
11. Kinoshita-Ise Misaki, Fukuyama Masahiro, Ohyama Manabu. Color-transition sign: A useful trichoscopic finding for differentiating alopecia areata incognita from telogen effluvium. Department of Dermatology, Kyorin University School of Medicine, Tokyo, Japan. *Journal of Dermatology*, 2018 Aug;45(8): e224-e225
12. Park J., Songand K., Nam K. Circumscribed alopecia areata incognita. *Australasian J Dermatol*. 2013 Feb;54(1):52-4.
13. Moftah Nayera, El-Barbary Rasha, Rashed Laila et al. ULBP3: a marker for alopecia areata incognita, *Arch Dermatol Res* 2016 Aug;308(6):415-21
14. Quercetani R., Rebora A., Fedi M., Patients with profuse hair shedding may reveal anagen hair dystrophy: a diagnostic clue of alopecia areata incognita. *JEADV* 2011, 25, 808–810
15. Collins M.S., Ali S., Kelley K. et al. Alopecia areata incognita: clinical characteristics and use of the Sinclair shedding scale. *International Journal of Women’s Dermatology*, 2022; 8: e067
16. Starace M., Cedirian S, Quadrelli F. et al. Iontophoresis as a potential treatment for alopecia areata incognita. *Ital J Dermatol Venerol* Jan 2024

Συγγραφέας Αλληλογραφίας

B. Χασάπη,

Email: chasapiresearch@gmail.com