

TÍTULO:

Documento de Consenso sobre el Manejo Clínico de la Alopecia Frontal Fibrosante:
Recomendaciones del Grupo Español de Tricología y Onicología de la AEDV

Autores:

D. Saceda ^{1,2,3}, A. Combalia ^{4,5}, P. Fernandez-Crehuet ^{6,7}, G. Garnacho ^{6,8}, C. Pindado-Ortega ^{1,2,3}, ML Porriño-Bustamante ⁹, C. Serrano ^{10,11}, S. Vañó-Galván ^{1,2,3,12}, Spanish Hair Research Group*

Filiaciones:

¹Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

²Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria, Madrid, España.

³Unidad de Tricología, Grupo de Dermatología Pedro Jaén, Madrid, España.

⁴Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

⁵Clinica Dermik Barcelona, Barcelona, España.

⁶Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, España.

⁷Clínica Fernandez-Crehuet, Córdoba, España.

⁸Clinica Garnacho, Córdoba, España.

⁹Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Zarzuela, Madrid, España.

¹⁰Servicio de Dermatología, Hospital de Guadix. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

¹¹Clinica Dermatológica Serrano, Granada, España.

¹²Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid, España

* Los miembros del Spanish Hair Research Group están incluidos en el **Apéndice 1**

Autor de correspondencia:

Dr. David Saceda-Corralo, MD, PhD

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Teléfono: +34913368247

Correo electrónico: d.saceda@gmail.com

RESUMEN

La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una alopecia cicatricial descrita por primera vez en el 1994. Dado su incidencia creciente en la consulta de dermatología, así como la escasez de tratamientos específicos aprobados, el diagnóstico y tratamiento de la AFF puede ser un reto cada vez más frecuente para los dermatólogos en su actividad diaria.

Este documento de consenso sobre el manejo de la AFF se ha elaborado siguiendo un método Delphi, en el que han participado 22 dermatólogos miembros del Grupo Español de Tricología de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Dada la naturaleza irreversible de la pérdida capilar, se debe emplear un esquema de tratamiento combinado, utilizando fármacos con distintos mecanismos de acción y vías de administración. El tratamiento de primera línea incluye dutasterida vía oral combinado con el tratamiento tópico y/o intralesional. En el caso de pacientes con persistencia de la actividad inflamatoria a pesar del tratamiento, se puede iniciar hidroxicloroquina como tratamiento adicional.

PALABRAS CLAVE

Alopecia frontal fibrosante; guía terapéutica; manejo clínico; consenso; alopecia cicatricial

INTRODUCCIÓN

La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una alopecia cicatricial que condiciona una pérdida capilar irreversible tras una fase de actividad inflamatoria más o menos intensa(1). Desde la publicación del primer caso en 1994(2), la incidencia de la AFF ha ido aumentando de forma progresiva en la consulta de dermatología(3). Sin embargo, pese a su incidencia creciente, todavía no se conocen bien las causas definitivas de la AFF, aunque la evidencia apunta a la existencia de una base genética sobre la cual influyen factores endocrinos y medioambientales para desencadenar la expresión de la enfermedad(4–7). Desde el punto de vista epidemiológico, la AFF afecta sobre todo a las mujeres en edad postmenopáusica, aunque también se han descrito casos en las mujeres premenopáusicas y - excepcionalmente – en el varón(8,9).

El diagnóstico de la AFF suele ser clínico en base a una exploración física y la realización de una tricoscopia, mientras que la biopsia suele ser necesario en casos de duda diagnóstica(10). Existen varias presentaciones de la AFF - el tipo 1 o patrón lineal, el tipo 2 o patrón difuso (que condiciona un peor pronóstico), y el tipo 3 o patrón en doble línea – aunque también se puede presentar de formas más infrecuentes, como el patrón en escarapela(11). El manejo terapéutico se basa en dos pilares: por un lado, los antiinflamatorios tópicos e intralesionales, y, por otro lado, los inhibidores de la 5-alfa-reductasa vía oral(12,13). A estos tratamientos se pueden asociar otros, por ejemplo, antiinflamatorios orales como la hidroxicloroquina(14), o tratamientos inyectados como el plasma rico en plaquetas(15). Sin embargo, la falta de tratamientos específicos aprobados, así como la escasez de ensayos clínicos randomizados constituyen un obstáculo para el manejo de la AFF en la consulta de dermatología.

Dado el volumen creciente de los nuevos diagnósticos de AFF en nuestro medio, el objetivo de este documento es ofrecer una guía actualizada sobre el manejo diagnóstico

y terapéutico de la AFF, basada en el consenso de expertos y la evidencia científica disponible.

MÉTODOS

Este consenso ha sido desarrollado por miembros del Grupo Español de Tricología y Onicología de la Academia Española de Dermatología y Venereología (GETO-AEDV), utilizando un método Delphi modificado. Se formó un comité científico compuesto por 8 miembros del GETO-AEDV, todos con más de 5 años de experiencia en tricología. Para la configuración del comité científico, se propuso el proyecto en asamblea del GETO-AEDV y se solicitó a los voluntarios que tuvieran experiencia en publicaciones científicas sobre la AFF. Se realizó una revisión cualitativa de la literatura, considerando artículos publicados en español y/o inglés desde el 2014. Posteriormente, se diseñó un cuestionario estructurado en 4 bloques temáticos: generalidades, diagnóstico, tratamiento y situaciones especiales. Para la selección de los panelistas, se invitaron a participar a todos los miembros del GETO-AEDV. El cuestionario, que contenía 106 afirmaciones, fue enviado *online* a 22 panelistas, todos dermatólogos españoles y miembros del GETO-AEDV, con amplia experiencia en el manejo de la AFF. El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki.

Se realizaron dos rondas de votaciones en enero y febrero de 2025, en las cuales los panelistas evaluaron cada afirmación utilizando una escala ordinal de 9 puntos tipo Likert (1, totalmente en desacuerdo; 9, totalmente de acuerdo). Las respuestas se clasificaron en tres categorías: 1-3 (desacuerdo), 4-6 (neutral) y 7-9 (acuerdo). Para que un ítem se considerara consensuado en términos de acuerdo o desacuerdo, debía cumplir

los siguientes criterios: 1) una mediana de respuestas dentro de los rangos 1-3 o 7-9; 2) menos de un tercio de los votos fuera de esos rangos; 3) un rango intercuartil (IQR) ≤ 3 .

Tras la primera ronda, el comité científico se reunió para realizar un análisis intermedio, revisando varias de las afirmaciones que no habían alcanzado consenso. Estas afirmaciones fueron sometidas a una segunda ronda de votaciones. Al finalizar la segunda ronda, el comité científico elaboró el documento de consenso, asignando a cada recomendación un nivel de evidencia (NE) y grado de recomendación (GR), siguiendo las directrices del Center for Evidence-Based Medicine de Oxford(16).

RESULTADOS

En la primera ronda, se consensuaron 95 ítems. Tras modificar la redacción de 2 ítems, en la segunda ronda se consensuaron 8 recomendaciones adicionales. Tras las dos rondas del Delphi, se consensuaron 103 de los ítems propuestos (97%) (**Tablas suplementarias 1-4**).

Recomendaciones sobre el diagnóstico de la AFF

Basándose en la evidencia científica disponible, los panelistas afirmaron que algunos fármacos, como la terapia hormonal sustitutiva, el raloxifeno y los anticonceptivos orales, están asociados a un mayor riesgo de padecer la AFF en pacientes con predisposición genética, mientras los disruptores endocrinos presentes en algunos productos cosméticos y fotoprotectores podrían favorecer la aparición de la AFF en estos pacientes.

Los panelistas consensuaron que el diagnóstico de la AFF se debe realizar en base a criterios clínicos y tricoscópicos. La tricoscopia no solamente es muy útil para el diagnóstico, siendo recomendada su realización en la primera consulta, sino también es

una técnica fundamental para la evaluación de la respuesta de los pacientes al tratamiento. La biopsia se debe reservar para los casos de duda diagnóstica, como pueden ser los pacientes con presentaciones atípicas o casos incipientes.

Dada la posible asociación de la AFF con otras patologías dermatológicas y autoinmunes, se acordaron unas recomendaciones para el despistaje de estas comorbilidades, que se presentan en la **Tabla 1**.

Finalmente, se subrayó la importancia de una buena comunicación con el paciente sobre el pronóstico de la enfermedad, a fin de asegurar unas expectativas realistas sobre el tratamiento.

Recomendaciones sobre el manejo terapéutico de la AFF

En cuanto al manejo terapéutico de la AFF, los panelistas consensuaron que, dada la naturaleza irreversible de la pérdida capilar en esta enfermedad, se debe emplear un esquema de tratamiento combinado, utilizando fármacos con distintos mecanismos de acción y vías de administración, para aumentar las posibilidades de éxito terapéutico. Tras realizar el diagnóstico, las consultas de seguimiento se deberían realizar cada 3-4 meses hasta controlar la actividad inflamatoria. Una vez controlada la inflamación, los pacientes se deberían citar cada 6 meses para detectar nuevos brotes de inflamación, aunque esta periodicidad se debe individualizar según la situación del paciente, su clínica y síntomas asociados. Este esquema de seguimiento, junto con unas recomendaciones para realizar el seguimiento de la AFF en cada consulta, están representados en la **Figura 1** y en la **Figura suplementaria 1**.

El tratamiento médico se debe pautar en función de la progresión de la alopecia y el grado de inflamación, siempre consensuando con el paciente y teniendo en cuenta sus preferencias para mejorar la adherencia al tratamiento. El tratamiento se debería

mantener al menos hasta la estabilización de la alopecia y la resolución de los signos inflamatorios. Las recomendaciones para plantear la suspensión del tratamiento médico están recogidas en la **Tabla suplementaria 5**.

Tratamiento tópico

Los panelistas consensuaron que el tratamiento de primer escalón de la AFF es el tratamiento tópico con un corticoide de muy alta potencia asociado a un inhibidor de la calcineurina para reducir el riesgo de la atrofia cutánea que conlleva el tratamiento crónico con corticoides tópicos. El algoritmo para el tratamiento tópico en la línea de nacimiento está resumido en la **Figura 2**.

En cuanto al tratamiento de la afectación de las cejas, las recomendaciones de los panelistas se resumen en la **Tabla 2**.

Tratamiento inyectado

Las infiltraciones con corticoides intralesionales se deben añadir al tratamiento tópico en aquellos pacientes que presentan un grado moderado o grave de inflamación.

Mientras el acetónido de triamcinolona se recomendó por su mayor eficacia que otras opciones de corticoides intralesionales, no hubo consenso en las concentraciones máximas de este fármaco. Sin embargo, se desaconsejaron las concentraciones iguales o superiores de 8 mg/mL para el tratamiento tanto de la línea de nacimiento como de las cejas. En cuanto a otros tratamientos inyectados, las inyecciones locales con plasma rico en plaquetas (PRP) podrían tener un efecto antiinflamatorio, mejorando o evitando la atrófica inducida por corticoides y la atrofia propia de la enfermedad. Las inyecciones con PRP se pueden realizar en la misma sesión que el tratamiento intralesional con corticoides. Las recomendaciones para el tratamiento inyectado de la AFF se presentan en la **Tabla 3**.

Tratamiento oral

Los inhibidores de la 5-alfa-reductasa vía oral se deben prescribir como primera línea de tratamiento en combinación con el tratamiento tópico y/o intralesional, salvo en caso de contraindicación o negativa del paciente. Se recomendó la dutasterida oral a dosis de 0,5mg/día por su mayor potencia frente a la finasterida, con un perfil de seguridad similar.

En cuanto al tratamiento con antiinflamatorios orales, la hidroxiclороquina a una dosis inicial de 4,5mg/kg/día es la terapia de elección en pacientes con AFF con persistencia de la actividad inflamatoria a pesar del tratamiento tópico e intralesional de primera línea, o en aquellos pacientes con criterios de mal pronóstico al diagnóstico. De forma excepcional, ante el fracaso del tratamiento con hidroxiclороquina, se podría valorar asociar otros fármacos antiinflamatorios como son la ciclosporina, el micofenolato mofetil o el metotrexato. Asimismo, en aquellos pacientes con una AFF de progresión muy rápida, se consensuó la prescripción de un curso corto de tratamiento con corticoides orales.

Con respecto a otras terapias orales, el minoxidil oral se puede utilizar como tratamiento coadyuvante de la AFF, así como la isotretinoína a dosis bajas (20-35mg/semana) ante la presencia de pápulas faciales.

Tratamientos reconstructivos

En cuanto al trasplante capilar, los panelistas consensuaron que éste no es una técnica de elección en todos los pacientes con AFF por el alto riesgo de pérdida de los folículos trasplantados a medio-largo plazo. Por esta razón, acordaron la importancia la correcta selección del candidato, así como una correcta comunicación informando del resultado a largo plazo y asegurándose de que el paciente tenga expectativas realistas. En cuanto el

candidato ideal para el trasplante capilar como tratamiento reconstructivo de la AFF, se acordaron los criterios expuestos en la **Tabla 4**.

Se acordó que el *microblading* como tratamiento estético puede ser una buena opción en aquellos pacientes con alopecia parcial de cejas con menores efectos secundarios que la micropigmentación, con un resultado más natural. Para realizar el *microblading*, el paciente debe estar en tratamiento y sin signos de inflamación. Se recomienda advertir al paciente que los resultados pueden durar menos tiempo que en la población general (unos 6 meses comparado con un año) y que se podrían sufrir cambios en el color (de marrón a gris). Tanto el *microblading*, como la micropigmentación y la micropigmentación tradicional son compatibles con el resto de los tratamientos para la AFF.

Otros tratamientos y recomendaciones

Las recomendaciones consensuadas de cara a otros tratamientos, incluidos el *low-level laser therapy* (LLLT) y el láser de excímero están resumidos en la **Tabla 5**.

Situaciones especiales

Las recomendaciones consensuadas sobre el tratamiento de la AFF en situaciones especiales se resumen en la **Tabla 6**.

DISCUSIÓN

Este documento de consenso reúne unas recomendaciones prácticas para el diagnóstico y manejo terapéutico de la AFF en la práctica clínica habitual, basadas en la evidencia científica disponible y en la opinión de expertos. Aunque en general el diagnóstico de la AFF se puede realizar con facilidad utilizando criterios clínicos y tricoscópicos, puede haber casos de duda diagnóstica (por ejemplo, en presentaciones atípicas, o en el varón) en los que se subraya la importancia de contar con un anatomopatólogo especializado en tricología(17,18). A pesar de que los disruptores endocrinos han sido señalados como actores en la patogénesis de la AFF, todavía existe controversia con respecto al uso de cosméticos que contengan estos componentes en los pacientes con AFF(4,19–21). En base a la evidencia disponible, los panelistas recomendaron evitar el uso de productos que contengan dichos disruptores como pueden ser los filtros orgánicos solubles en el caso de los fotoprotectores, o el salicilato de bencilo en el caso de otros cosméticos.

Debido al aumento de la incidencia de la AFF en la consulta de dermatología, es probable que la mayoría de los dermatólogos se tengan que enfrentar en algún momento al reto terapéutico que supone el tratamiento de la AFF(3). Aunque la falta de tratamientos específicos aprobados y la escasez de evidencia científica sobre los tratamientos disponibles fueron identificados en este consenso como dos grandes obstáculos para el manejo de la AFF(22), también existen otros aspectos del manejo de estos pacientes que pueden ocasionar dudas, por ejemplo, con respecto al momento idóneo para suspender el tratamiento. En este sentido, y teniendo en cuenta el riesgo de reaparición de síntomas(23), los expertos han consensuado una serie de criterios para tener en cuenta a la hora de suspender el tratamiento de la AFF, pero también dejan la puerta abierta al tratamiento crónico indefinido, siempre consensuando con el paciente.

Como en otras enfermedades tricológicas, se subraya la importancia de una buena comunicación con el paciente, así como una transmisión correcta de la información acerca del pronóstico de la enfermedad a fin de crear unas expectativas realistas sobre los posibles resultados del tratamiento(24,25).

En cuanto al tratamiento médico de la AFF, y dada la naturaleza irreversible de la pérdida capilar, de acuerdo con la evidencia disponible este documento de consenso aboga por un manejo terapéutico combinado desde el momento del diagnóstico, incluso pautando un tratamiento sistémico desde el inicio en pacientes con factores de mal pronóstico(12,13,23,26,27). Como primera línea de tratamiento, salvo casos de contraindicación o negativa del paciente, se recomienda la asociación del tratamiento tópico con corticoides de alta potencia y un inhibidor de calcineurina junto con la dutasterida oral(28,29). A este tratamiento, se puede asociar las inyecciones locales con corticoides en la presencia de actividad inflamatoria moderada o grave. Con respecto a otros tratamientos orales para la AFF, se posiciona la hidroxicloroquina como antiinflamatorio de elección en aquellos casos de actividad inflamatoria grave o pacientes que presentan factores de mal pronóstico al inicio. En este caso, es importante el seguimiento por parte de oftalmología, dada la posibilidad de desarrollar una retinopatía(30). Mientras hay cierta evidencia para apoyar el uso de los inhibidores de JAK tópicos como tratamiento adyuvante, hasta la fecha no hay ensayos clínicos sobre la eficacia y seguridad de los inhibidores de JAK orales en el tratamiento de la AFF(31,32). Sin embargo, es posible que en el futuro se puedan incluir como parte del arsenal terapéutico(33).

Este estudio tiene algunas limitaciones, incluyendo la falta de ensayos clínicos randomizados sobre los tratamientos para la AFF, lo cual condiciona un menor grado de evidencia y fuerza de recomendación para la mayoría de las recomendaciones

establecidas en el consenso. Además, los criterios empleados para incluir a los distintos panelistas podrían dar lugar a un sesgo de selección, al incluir solamente miembros del GETO-AEDV.

CONCLUSIÓN

Dado su incidencia creciente en la consulta de dermatología, así como la escasez de tratamientos específicos aprobados, el tratamiento de la AFF puede ser un reto cada vez más frecuente para los dermatólogos. Proponemos este documento de consenso nacional como una guía sobre el diagnóstico y manejo de la AFF en la práctica clínica habitual.

Conflictos de interés

David Saceda-Corrado ha recibido honorarios al participar en reuniones de asesoría estratégica de Pfizer, y como ponente de Pfizer, Lilly, L'Oreal y Cantabria Labs.

Andrea Combalia ha recibido honorarios al participar en reuniones como ponente de Lilly, Pfizer, Isdin y Cantabria Labs.

Cristina Pindado-Ortega ha recibido honorarios al participar como ponente de Novartis, Janssen, Lilly, ISDIN, UCB, Sanofi, Almirall y Leo Pharma.

Sergio Vañó-Galván ha recibido honorarios al participar en reuniones de asesoría estratégica de Pfizer, Lilly y Cantabria Labs, y como ponente de Pfizer, Lilly, L'Oreal, Pierre Fabre y Cantabria Labs.

Pablo Fernández-Crehuet, Gloria Garnacho, María Librada Porriño-Bustamante y

Cristina Serrano declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Dra. Bernadette Pfang y al Dr. Pablo Rivas en nombre de Content Ed Net por su ayuda en la redacción del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kerkemeyer KLS, Eisman S, Bhoyrul B, Pinczewski J, Sinclair RD. Frontal fibrosing alopecia. *Clin Dermatol*. 2021 Mar 1;39(2):183–93.
2. Kossard S. Postmenopausal Frontal Fibrosing Alopecia: Scarring Alopecia in a Pattern Distribution. *Arch Dermatol* [Internet]. 1994 Jun 1 [cited 2025 Mar 16];130(6):770–4. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/555809>
3. Mirmirani P, Tosti A, Goldberg L, Whiting D, Sotoodian B. Frontal Fibrosing Alopecia: An Emerging Epidemic. *Skin Appendage Disord* [Internet]. 2019 Feb 13 [cited 2024 Sep 4];5(2):90–3. Available from: <https://dx.doi.org/10.1159/000489793>
4. 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. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2024 Sep 4];44(4):404–10. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/ced.13785>
5. Rayinda T, McSweeney SM, Christou E, Ung CY, Fenton DA, McGrath JA, et al. Gene-Environment Interaction Between CYP1B1 and Oral Contraception on Frontal Fibrosing Alopecia. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2024 Jul 17 [cited 2024 Oct 25];160(7):732–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38809548/>
6. Kam O, Na S, Guo W, Tejeda CI, Kaufmann T. Frontal fibrosing alopecia and personal care product use: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dermatol Res* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2024 Sep 3];315(8):2313–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37014396/>
7. Aldoori N, Dobson K, Holden CR, McDonagh AJ, Harries M, Messenger AG. Frontal fibrosing alopecia: possible association with leave-on facial skin care products and sunscreens; a questionnaire study. *Br J Dermatol* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2024 Sep 3];175(4):762–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26987767/>
8. Ormaechea-Pérez N, López-Pestaña A, Zubizarreta-Salvador J, Jaka-Moreno A, Panés-Rodríguez A, Tuneu-Valls A. Frontal Fibrosing Alopecia in Men: Presentations in 12 Cases and a Review of the Literature. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*. 2016 Dec;107(10):836–44.
9. Imhof RL, Chaudhry HM, Larkin SC, Torgerson RR, Tolkachjov SN. Frontal Fibrosing Alopecia in Women: The Mayo Clinic Experience With 148 Patients, 1992-2016. *Mayo Clin Proc*. 2018 Nov 1;93(11):1581–8.
10. Porriño-Bustamante ML, Pinedo-Moraleda FJ, Fernández-Flores Á, Montero-Vílchez T, Fernández-Pugnaire MA, Arias-Santiago S. Frontal Fibrosing Alopecia: A Histopathological Comparison of the Frontal Hairline with Normal-Appearing Scalp. *J Clin Med* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2024 Oct 25];11(14). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35887885/>
11. Rocha VB, Machado CJ, Contin LA. Uncommon subtypes of frontal fibrosing alopecia: retrospective analysis of clinical characteristics and prognosis. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2024 Oct 25];97(2):260–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34895787/>

12. Ho A, Shapiro J. Medical therapy for frontal fibrosing alopecia: A review and clinical approach. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Aug 1;81(2):568–80.
13. Dina Y, Aguh C. Algorithmic approach to the treatment of frontal fibrosing alopecia: A systematic review. *J Am Acad Dermatol [Internet]*. 2021 Aug 1 [cited 2024 Sep 5];85(2):508–10. Available from: <http://www.jaad.org/article/S0190962218328135/fulltext>
14. Saber M, Farokhshahi M, Fatemi Naeini F, Mohaghegh F, Asilian A. Clinical effectiveness of finasteride versus hydroxychloroquine in the treatment of frontal fibrosing alopecia: A randomized controlled trial. *J Cosmet Dermatol [Internet]*. 2024 Feb 1 [cited 2025 Mar 16];23(2):576–84. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocd.15993>
15. García A, Navarro MR, Ramirez A, Pino A, Navarro A, Moles I, et al. Plasma Rich in Growth Factors as an Adjuvant Treatment for the Management of Frontal Fibrosing Alopecia: A Retrospective Observational Clinical Study. *J Cutan Med Surg [Internet]*. 2023 Jul 1 [cited 2025 Mar 16];27(4):340–9. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/12034754231177599>
16. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009) — Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM), University of Oxford [Internet]. [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>
17. Poblet E, Jiménez F, Pascual A, Piqué E. Frontal fibrosing alopecia versus lichen planopilaris: a clinicopathological study. *Int J Dermatol [Internet]*. 2006 Apr 1 [cited 2025 Mar 16];45(4):375–80. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-4632.2006.02507.x>
18. Ma SA, Imadojemu S, Beer K, Seykora JT. Inflammatory features of frontal fibrosing alopecia. *J Cutan Pathol [Internet]*. 2017 Aug 1 [cited 2025 Mar 16];44(8):672–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cup.12955>
19. Robinson G, McMichael A, Wang SQ, Lim HW. Sunscreen and frontal fibrosing alopecia: A review. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Mar 1;82(3):723–8.
20. Noakes R. Frontal fibrosing alopecia. An example of disrupted aryl hydrocarbon receptor-mediated immunological homeostasis in the skin? *Clin Cosmet Investig Dermatol [Internet]*. 2020 [cited 2025 Mar 16];13:479–84. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=dcci20>
21. Leechaoen W, Thanomkitti K, Thuangtong R, Varothai S, Triwongwaranat D, Jiamton S, et al. Use of facial care products and frontal fibrosing alopecia: Coincidence or true association? *J Dermatol [Internet]*. 2021 Oct 1 [cited 2025 Mar 16];48(10):1557–63. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1346-8138.16063>
22. Messenger AG, Asfour L, Harries M. Frontal Fibrosing Alopecia: An Update. *American Journal of Clinical Dermatology* 2024 26:2 [Internet]. 2024 Dec 19 [cited 2025 Mar 16];26(2):155–74. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40257-024-00912-w>
23. Gamret AC, Potluri S, Krishnamurthy K, Fertig RM, Sumanth Potluri V. Frontal fibrosing alopecia: efficacy of treatment modalities. *Int J Womens Health [Internet]*. 2019 Apr [cited 2024 Sep 5];Volume 11:273–85. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=djwh20>

24. D S, C P, ÓM M. Health-related quality of life in patients with frontal fibrosing alopecia. *JAMA Dermatol.* 154:479–80.
25. Cook MK, Perche PO, White JC, Feldman SR, Strowd LC. Psychosocial burden of frontal fibrosing alopecia: a qualitative interview study. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2025 Mar 16];187(6):1013–5. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/bjd.21786>
26. Beyzaee AM, Goldust M, Patil A, Ghoreishi B, Ghahremanloo T, Rokni GR. Treatment of Frontal Fibrosing Alopecia. *Dermatol Ther* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2025 Mar 16];2023(1):3856674. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1155/2023/3856674>
27. Rácz E, Gho C, Moorman PW, Noordhoek Hegt V, Neumann HAM. Treatment of frontal fibrosing alopecia and lichen planopilaris: A systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2013 Dec;27(12):1461–70.
28. Seo HM, Oh SU, Kim S, Park JH, Kim JS. Dutasteride in the treatment of frontal fibrosing alopecia: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. 2024 Aug 1 [cited 2025 Mar 16];38(8):1514–21. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jdv.19802>
29. Heymann WR. Confronting frontal fibrosing alopecia. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2025 Mar 16];85(2):319–20. Available from: <https://www.jaad.org/action/showFullText?pii=S019096222100997X>
30. Yusuf IH, Charbel Issa P, Ahn SJ. Hydroxychloroquine-induced Retinal Toxicity. *Front Pharmacol.* 2023 May 30;14:1196783.
31. Williams KN, Perez SM, Burroway B, Tosti A. Topical ruxolitinib in the management of frontal fibrosing alopecia and/or lichen planopilaris: A single-center retrospective cohort study. *J Am Acad Dermatol.* 2025 Jan 1;92(1):170–2.
32. Martin A, Sharma D, Su M, Kreytak C, Senna MM. A review of Janus kinase inhibitor use in scarring alopecia. *JAAD Reviews* [Internet]. 2025 Mar 1 [cited 2025 Mar 16];3:190–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2950198925000078>
33. Dunn C, Griffith V, Coican A, Dane A, Chow W, Aneja S, et al. Janus kinase inhibition for the treatment of refractory frontal fibrosing alopecia: A case series and review of the literature. *JAAD Case Rep.* 2023 Oct 1;40:47–52.

Tabla 1. Recomendaciones para el despistaje de las comorbilidades más frecuentes asociadas a la AFF (NE 5; GR D).

Para todos los pacientes:

- Solicitar niveles de tirotropina.
- Si existe una alteración de los niveles de tirotropina, ampliar el estudio con una detección de anticuerpos antitiroideos.

Para aquellos pacientes con antecedentes personales o familiares de enfermedades autoinmunes:

- Solicitar niveles de ANA y anticuerpos antitiroideos

Para aquellos pacientes con historia personal de dermatitis de contacto, signos de liquen plano pigmentoso, o eccema facial:

- Plantear un estudio de dermatitis de contacto alérgica

AFF, alopecia frontal fibrosante; ANA, anticuerpos antinucleares; NE, nivel de evidencia; GR, grado de recomendación.

Tabla 2. Recomendaciones para el tratamiento de la afectación de las cejas en pacientes con AFF.

- Se recomienda prescribir un inhibidor de la calcineurina (tacrolimus o pimecrolimus) vía tópica como tratamiento de primera línea de la afectación de las cejas (NE 4; GR C).
- Se puede prescribir un ciclo corto inicial de corticoides tópicos, ajustando la posología posteriormente, con el fin de suspenderlos según la evolución del paciente (NE 4; GR C).
- Se debe valorar prescribir minoxidil oral en el caso de afectación de las cejas (NE 4; GR C).
- Se deben valorar las infiltraciones con corticoides intralesionales (NE 4; GR C).
- Se puede valorar la prescripción de minoxidil tópico 5% y/o análogos de las prostaglandinas para mejorar el vello de las cejas y evitar su pérdida progresiva (NE 4; GR C).

AFF, alopecia frontal fibrosante; NE, nivel de evidencia; GR, grado de recomendación.

Tabla 3. Recomendaciones para el tratamiento inyectado de la AFF

<p>Tratamiento inyectado con corticoides intralesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las infiltraciones con corticoides intralesionales deben añadirse al tratamiento tópico en aquellos pacientes que presentan un grado moderado/grave de inflamación (NE 4; GR C). • Se recomienda el acetónido de triamcinolona por su mayor eficacia que otras opciones de corticoides intralesionales con un perfil de seguridad similar (NE 4; GR C). • Se debe infiltrar cantidades de 0,1 mL o menos por inyección, a nivel de la dermis (unos 2 mm de profundidad) en los focos de inflamación (NE 5; GR D). • Las infiltraciones con corticoides locales deberían realizarse cada 2-3 meses durante el primer año (NE 5; GR D). • Posteriormente, se pueden espaciar cada 6 meses hasta controlar la actividad inflamatoria, vigilando el grado de atrofia (NE 5; GR D). <p>Tratamiento inyectado con PRP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las inyecciones locales con PRP podrían tener un efecto antiinflamatorio en la AFF y pueden mejorar o evitar la atrofia inducida por corticoides, además de la atrofia propia de la enfermedad (NE 4; GR C). • Es posible realizar la inyección de PRP y de corticoides en la misma sesión (NE 5; GR D). • Las inyecciones de PRP se pueden aplicar en la dermis, o en la dermis y en el tejido celular subcutáneo (NE 5; GR D). • En el caso de prescribir un tratamiento con PRP, las sesiones se deberían programar cada 3 meses (NE 5; GR D).

AFF, alopecia frontal fibrosante; PRP, plasma rico en plaquetas; NE, nivel de evidencia; GR, grado de recomendación.

Tabla 4. Criterios para el trasplante capilar en la AFF (NE 5; GR D)

<p>El candidato para el trasplante capilar en el caso de un paciente con AFF debería reunir los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expectativas realistas sobre los resultados del tratamiento. • Conocimiento del riesgo alto de pérdida de los folículos trasplantados a medio-largo plazo. • Estabilidad de la AFF durante al menos 12 meses. • Ausencia de signos de inflamación en la tricoscopia. • Zonas a trasplantar pequeñas (<1.500 unidades foliculares).

AFF, alopecia frontal fibrosante; NE, nivel de evidencia; GR, grado de recomendación.

Tabla 5. Recomendaciones para otros tratamientos en el manejo de la AFF

Tratamiento con *low-level laser therapy* (LLLT):

- El LLLT (*low-level laser therapy*) puede ser útil como terapia adyuvante para mejorar el grosor y crecimiento del folículo piloso, así como reducir los signos inflamatorios (hiperqueratosis y eritema perifolicular). (NE 4, GR C).
- El LLLT como tratamiento adyuvante en la AFF se debe administrar 3-7 veces a la semana durante seis meses, y posteriormente 1-2 veces a la semana. (NE 5, GR D).
- Se recomiendan los dispositivos domiciliarios dada la mayor sencillez de aplicación a largo plazo. (NE 5, GR D).

Tratamiento con láser de excímero:

- Se puede valorar el láser de excímero como tratamiento adyuvante en la AFF dada su actividad antiinflamatoria e inmunomoduladora. (NE 5, GR D).
- En caso de prescribirse, el láser de excímero se debe aplicar en clínica dos o tres veces a la semana durante un periodo inicial de tres meses. (NE 5, GR D).
- Se puede prolongar el tratamiento más allá de los tres meses si es necesario. (NE 5, GR D).

Productos cosméticos

- No hay evidencia para apoyar el uso de los nutricosméticos actuales en pacientes para mejorar la AFF. (NE 5, GR D).
- Los pacientes con AFF deben intentar evitar el uso de productos cosméticos que contengan disruptores endocrinos como el salicilato de bencilo. (NE 4, GR C).
- Se aconseja el uso de un fotoprotector que contenga un filtro insoluble inorgánico (mineral) y evitar aquellos fotoprotectores que emplean filtros orgánicos solubles. (NE 4, GR C).

AFF, alopecia frontal fibrosante; LLLT, *low-level laser therapy*; NE, nivel de evidencia; GR, grado de recomendación.

Tabla 6. Recomendaciones para el tratamiento de la AFF en situaciones especiales (NE 5, GR D)

Recomendaciones para el tratamiento de la AFF en el varón:

- La afectación de la barba y de las patillas, la pérdida de vello corporal, la asociación de liquen plano, o la presencia de pápulas faciales son signos que nos deben hacer sospechar la AFF en el varón.
- El tratamiento de la AFF en la zona de la barba se debe realizar con un inhibidor de la calcineurina vía tópica, y limitar el uso de corticoides tópicos por el riesgo de atrofia cutánea.
- Las infiltraciones locales con corticoides se pueden administrar en la zona de la barba con cautela y de forma puntual.

Recomendaciones para el tratamiento de la AFF en la mujer premenopáusica:

- En mujeres premenopáusicas, es muy importante tener en cuenta el deseo genésico y la posibilidad de embarazo para adaptar la terapia.
- En aquellas pacientes premenopáusicas con deseo genésico, la hidroxiclороquina puede prescribirse como tratamiento de primera línea junto con la terapia tópica con clobetasol y un inhibidor de la calcineurina.
- Se debe evitar el embarazo durante la toma de dutasterida y los 6 meses posteriores a su suspensión.
- Se debe evitar el embarazo durante la toma de isotretinoína y 1 mes después de su suspensión.
- Durante el embarazo, en caso de necesidad y valorando los beneficios y riesgos para la paciente y su bebé de forma individualizado, se puede mantener el tratamiento tópico con clobetasol, infiltraciones locales de triamcinolona y plasma rico en plaquetas.
- Los inhibidores de la calcineurina tópicos y el minoxidil oral se pueden iniciar y mantener durante la lactancia materna.

AFF, alopecia frontal fibrosante; NE, nivel de evidencia; GR, grado de recomendación.

Legendas de las Figuras

Figura 1. Esquema de seguimiento para los pacientes diagnosticados de AFF

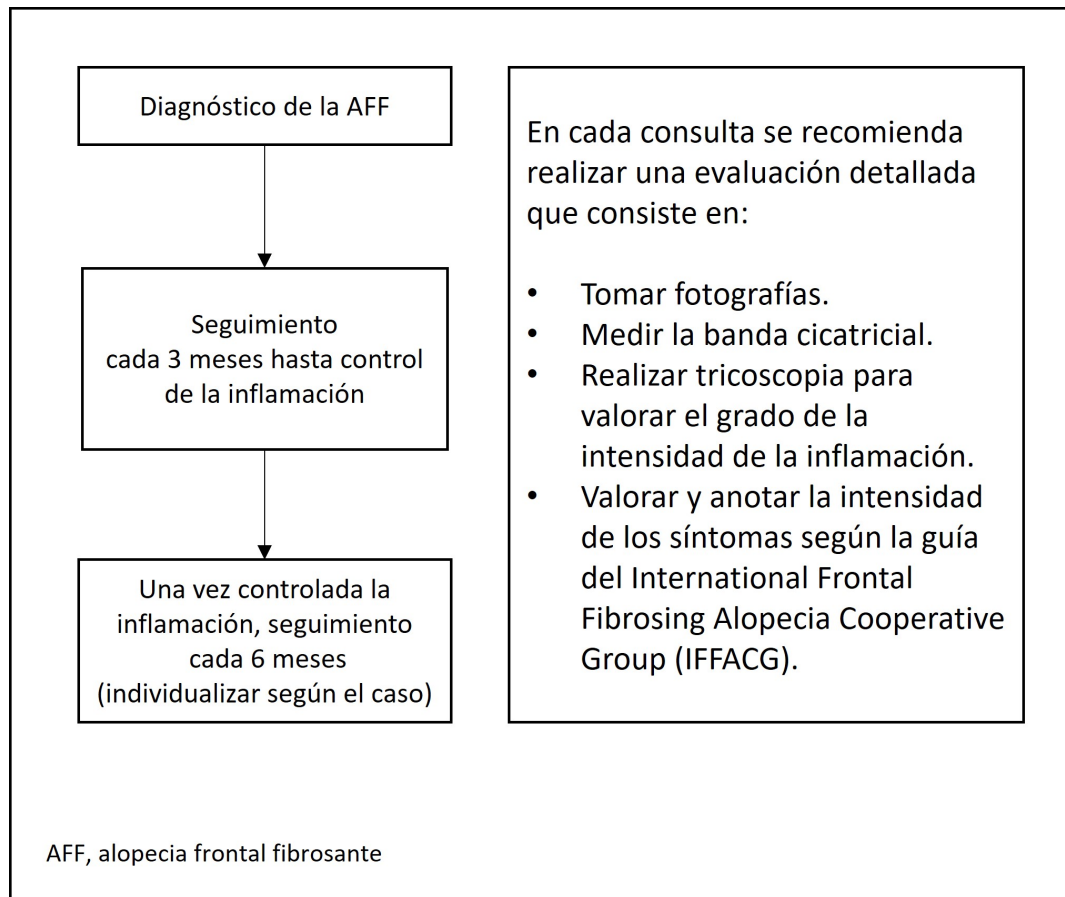


Figura 2. Algoritmo para el tratamiento tópico de la AFF

