

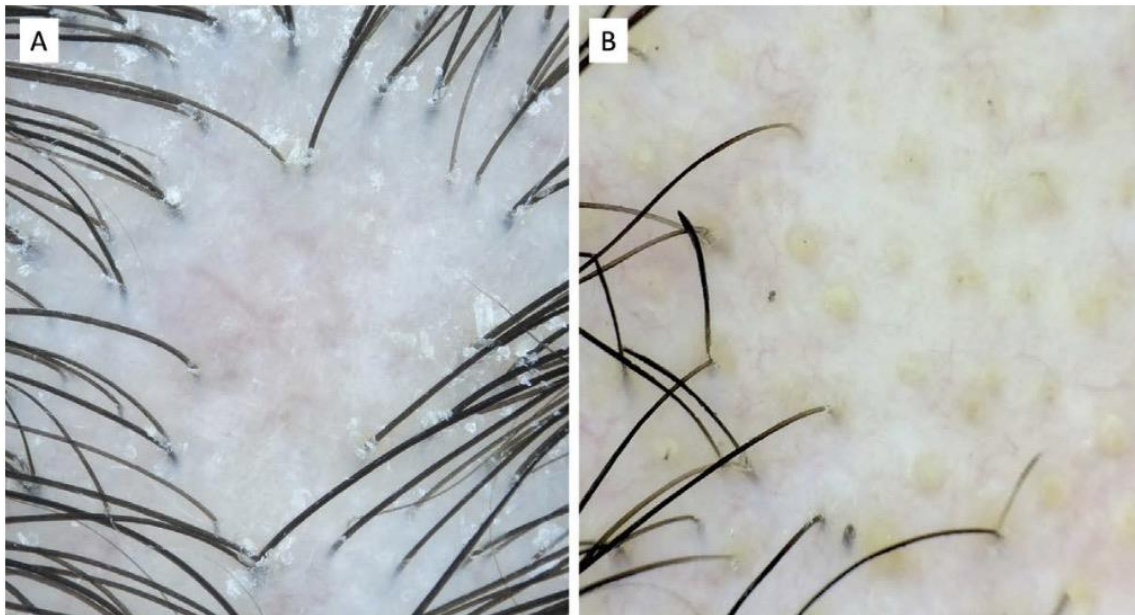
## Trichoscopy II- Rụng tóc có sẹo

Tác giả: Bruna Duque-Estrada và Rodrigo Pirmez

Dịch: Bs. Trương Tấn Minh Vũ

### Giới thiệu

Một trong những tiến bộ lớn của phương pháp soi da đầu (*trichoscopy*) là cho phép phân biệt nhanh chóng và dễ dàng giữa các dạng rụng tóc không sẹo và có sẹo. Sự phá hủy các nang tóc được nhận biết như là sự mất đi các lỗ mở nang tóc, dấu hiệu trong *trichoscopy* của rụng tóc có sẹo (Hình 6.1) <sup>[1, 2]</sup>. Ngoài ra, hầu hết các dấu hiệu trong *trichoscopy* đều có sự tương quan rõ với bệnh lý. Vì vậy, các đặc điểm cụ thể sẽ cho phép chẩn đoán bằng *trichoscopy* giữa các loại rụng tóc có sẹo khác nhau. Chương này sẽ tập trung vào dấu hiệu *trichoscopy* trong rụng tóc có sẹo nguyên phát <sup>[3, 4]</sup>.



**HÌNH 6.1** Có sẹo và không sẹo. (A) Rụng tóc có sẹo với sự mất các lỗ mở nang tóc ở trung tâm tổn thương. (B) Trong rụng tóc từng vùng, là rụng tóc không sẹo, có thể thấy các lỗ mở nang tóc chứa đầy bã nhờn, là những chấm vàng dưới trichoscopy.

Dịch: Bs. Trương Tấn Minh Vũ

## Lichen phẳng nang tóc và các biến thể

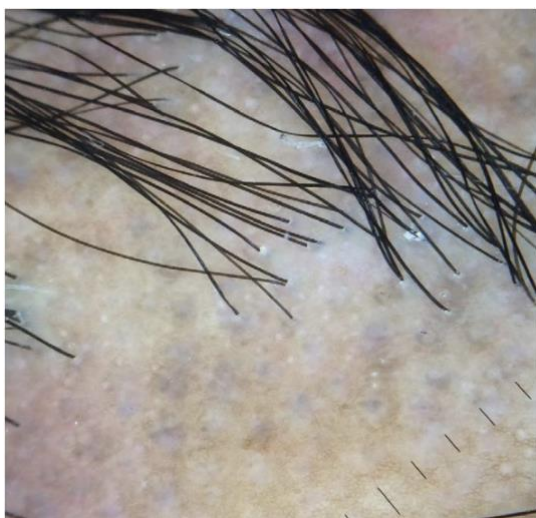
### Lichen phẳng nang tóc cổ điển

Lichen phẳng nang tóc (*lichen planopilaris*, LPP) được coi là một dạng lichen phẳng ở nang tóc và ảnh hưởng chủ yếu đến người lớn, có thể biểu hiện dưới dạng rụng tóc từng mảng hoặc lan tỏa.

Quá trình viêm trong LPP chủ yếu ở trung tâm nang tóc, do đó các dấu hiệu hoạt động của bệnh sẽ có kiểu hình phân bố ở nang tóc hoặc quanh nang tóc trên da đầu. Các tổn thương LPP đang hoạt động sẽ biểu hiện với ban đỏ quanh nang tóc và có vảy (Hình 6.2) [5]. Độ dày của vảy trong LPP thường có mối tương quan rõ với mức độ viêm và có thể được sử dụng như một chỉ dấu mức độ nghiêm trọng của bệnh cũng như đáp ứng điều trị trong theo dõi [6]. Những búi tóc nhỏ (ít hơn 5, thường là 2 hoặc 3 sợi) được bao quanh bởi vảy cũng gợi ý chẩn đoán, chúng khác biệt với những búi tóc lớn có thể chứa hàng chục sợi tóc được thấy ở viêm nang tóc decalvans (*folliculitis decalvans*). Một đặc điểm thú vị đặc trưng của LPP là vảy có thể bao quanh chặt nang tóc tạo thành các cấu trúc hình ống, khuôn tóc.

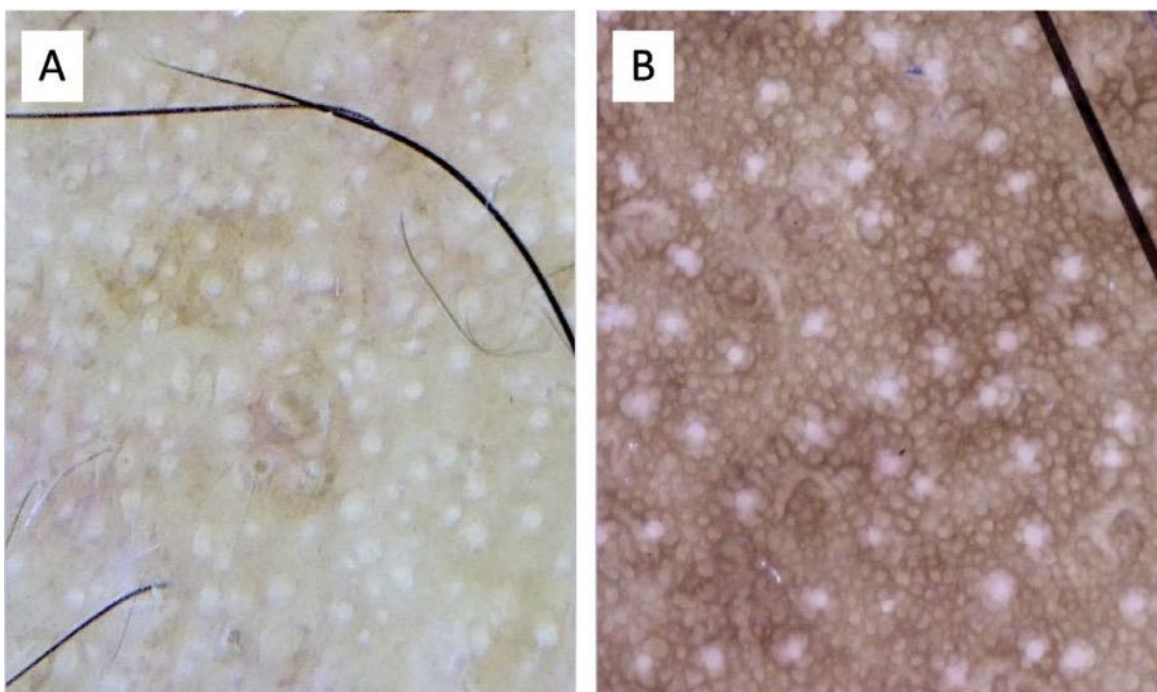


**HÌNH 6.2** Lichen phẳng nang tóc. Vảy quanh nang tóc rõ cho thấy bệnh đang hoạt động, vùng xung quanh cho thấy mất các lỗ mở nang tóc. Một khuôn tóc, tóc gãy và loạn dưỡng cũng xuất hiện.



**HÌNH 6.3** Lichen phẳng nang tóc ở bệnh nhân da tối màu. Tình trạng mất kiểm soát sắc tố quanh nang tóc tạo ra các chấm màu xanh-xám trong kiểu hình mục tiêu. Mạng lưới sắc tố được bảo tồn. Vảy quanh nang tóc cho thấy bệnh đang hoạt động.

Quá trình lichen hoá xung quanh các nang tóc có thể dẫn đến tình trạng mất kiểm soát sắc tố, điều này được thấy trong *trichoscopy* dưới dạng các chấm màu xanh- xám trong kiểu hình mục tiêu (Hình 6.3) [7]. Đặc điểm này dễ được thấy hơn ở những bệnh nhân có loại da tối màu. Ở những bệnh nhân này, các đặc điểm khác có thể được thấy. Một dấu hiệu bình thường đáng chú ý ở da đầu tối màu là thấy được mạng lưới sắc tố [8]. Đặc điểm này xuất hiện do lượng sắc tố nhiều hơn trong da và phản ánh cấu trúc da bình thường với các gờ rete tạo thành mạng lưới tối màu hơn, trong khi lớp biểu bì mỏng hơn nằm trên nhú bì tạo thành các vùng sáng hơn ở giữa. Da tối màu hơn cũng có thể cho phép nhận biết các lỗ mở tuyến mồ hôi eccrine trên da đầu dưới dạng nhiều chấm trắng [9]. Các chấm trắng và các lỗ mở nang tóc có thể trông giống nhau và do đó, việc phân biệt giữa có sẹo và không sẹo không phải lúc nào cũng dễ dàng ở da đầu tối màu (Hình 6.4) [10].



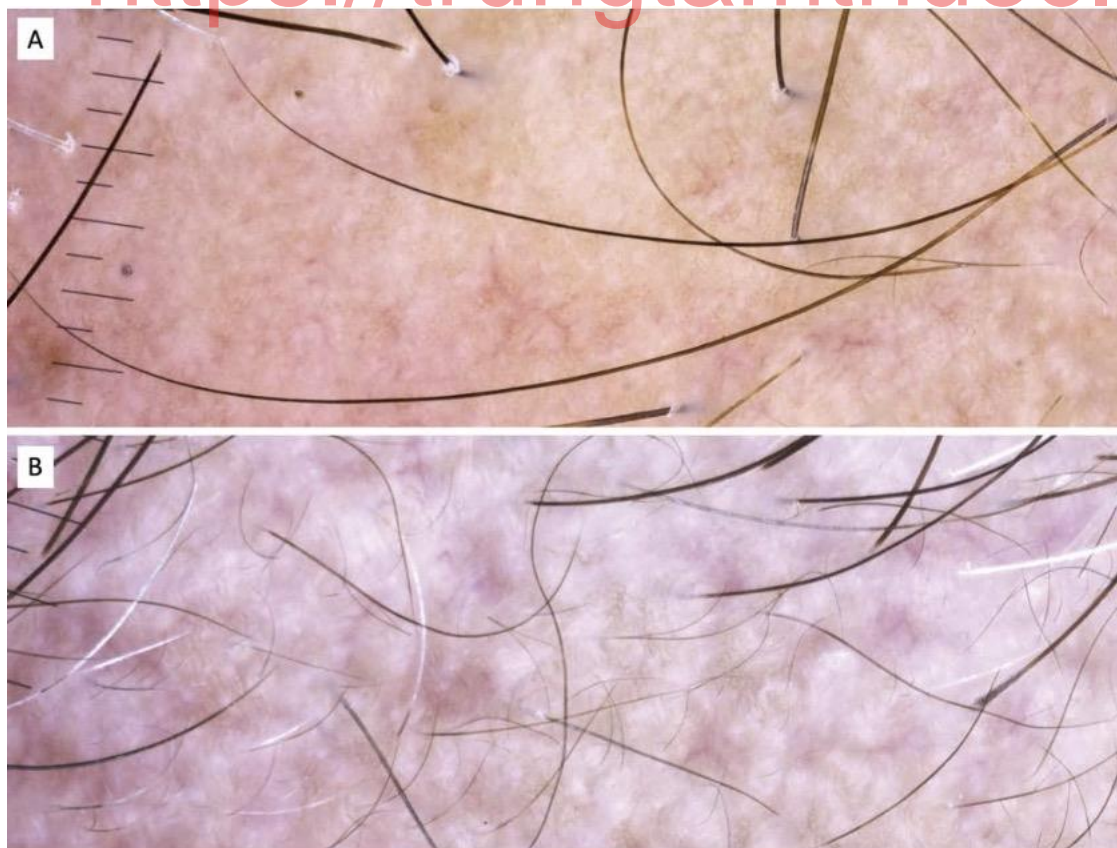
**HÌNH 6.4** Các chấm trắng ở bệnh nhân da tối màu với (A) rụng tóc từng vùng và (B) lichen phẳng nang tóc. Việc phân biệt các lỗ mở tuyến eccrine với các lỗ nang tóc có thể khó khăn trong một số trường hợp.

## Rụng tóc xơ hóa vùng trán

Rụng tóc xơ hóa vùng trán (*frontal fibrosing alopecia, FFA*) ảnh hưởng chủ yếu đến phụ nữ sau mãn kinh và được đặc trưng bởi một dải rụng tóc tiến triển ở da đầu vùng trán/ trán-thái dương. Trong một số trường hợp, cũng có ảnh hưởng ở vùng chẩm. Rụng lông mày được thấy ở hầu hết bệnh nhân. Các đặc điểm lâm sàng khác của bệnh bao gồm rụng lông trên cơ thể, sần trên mặt, các chấm đỏ ở vùng gian mày và sự lõm các tĩnh mạch trán [11–13].

*Trichoscopy* đóng một vai trò quan trọng trong chẩn đoán phân biệt giữa FFA và các rối loạn tóc khác có thể ảnh hưởng đến đường chân tóc, như là rụng tóc từng vùng, rụng tóc do lực kéo và rụng tóc androgen. Mất các sợi tóc tơ (*vellus hair*) ở đường chân tóc là một dấu hiệu đặc trưng của bệnh (Hình 6.5) [14].





**HÌNH 6.5** Sự thiếu các sợi tóc tơ ở đường chân tóc là dấu hiệu đặc trưng của (A) rụng tóc xơ hóa vùng trán (FFA). Trong các tình trạng khác có ảnh hưởng đến đường chân tóc, như (B) rụng tóc androgen (AA), có sự hiện diện của tóc tơ.

Các dấu hiệu hoạt động của bệnh ở FFA rất giống với LPP, bao gồm ban đỏ quanh nang tóc và có vảy. Tuy nhiên, chúng có xu hướng khó thấy hơn khi so sánh với LPP. Tóc pili torti thường được quan sát thấy. Vài chấm đen có thể xuất hiện dọc theo đường chân tóc.

Gần đây, “soi da đầu toàn cảnh” được mô tả cho FFA. Việc sử dụng camera điện thoại thông minh ở “chế độ panorama” gắn với kính soi da cho phép bác sĩ da liễu di chuyển camera và ghi lại các vùng lớn của đường chân tóc (Hình 6.6) [15].



**HÌNH 6.6** Trichoscopy toàn cảnh của rụng tóc xơ hoá vùng trán (FFA).

Khi tóc mai bị ảnh hưởng, các dấu hiệu viêm không quá phổ biến, ngay cả khi bệnh đang hoạt động. Sự mọc tóc có đầu gùn trong suốt được bao quanh bởi các mảng da mịn nhạt màu hơn được báo cáo là đặc điểm đặc trưng của FFA tại vị trí cụ thể này [16].

Mặc dù FFA là rụng tóc có sẹo, nhưng các dấu hiệu *trichoscopy* phổ biến được thấy ở lông mày thường liên quan đến chứng rụng tóc không sẹo. Do đó, trong hầu hết các trường hợp, *trichoscopy* lông mày không giống với *trichoscopy* FFA trên da đầu. Chấm đen, lông loạn dưỡng, gãy rụng là những dấu hiệu thường gặp (Hình 6.7). Đôi khi, những sợi lông thưa thớt có thể xuất hiện trên lông mày trong FFA, dẫn đến chẩn đoán nhầm rụng tóc từng vùng<sup>[17]</sup>. Lông mày mọc lại theo các hướng khác nhau có thể phản ánh quá trình xơ hóa của FFA và được báo cáo là đặc điểm phân biệt có thể chấp nhận<sup>[18]</sup>.



**HÌNH 6.7** Trichoscopy lông mày của một bệnh nhân rụng tóc xơ hoá vùng trán (FFA) cho thấy các chấm đen, các sợi lông gãy và vảy nhẹ.

## Rụng tóc xơ hóa phân bố theo kiểu hình

Rụng tóc xơ hóa phân bố theo kiểu hình (*fibrosing alopecia in a pattern distribution, FAPD*) là một biến thể lâm sàng được mô tả gần đây trong nhóm tế bào lympho của rụng tóc có sẹo nguyên phát<sup>[19]</sup>. Sự kết hợp giữa các dấu hiệu lâm sàng/ *trichoscopy* và mô bệnh học của lichen phẳng nang tóc và rụng tóc androgen (AGA) đặc trưng cho tình trạng này.

*Trichoscopy* trong FAPD cho thấy sự đa dạng về đường kính tóc điển hình được thấy trong AGA kết hợp với các dấu hiệu viêm như ban đỏ quanh nang tóc và có vảy<sup>[20]</sup>. Vảy ở những bệnh nhân này có thể bị chẩn đoán nhầm là viêm da tiết bã. Điều này đặc biệt quan trọng và là một cái bẫy tiềm ẩn ở những bệnh nhân đang được đánh giá để cấy tóc, vì rụng tóc có sẹo đang hoạt động là một chống chỉ định của thủ thuật này. Trong khi các dấu hiệu viêm chủ yếu là quanh nang tóc trong FAPD, thì trong viêm da tiết bã chúng sẽ ở giữa các nang tóc. Ngoài ra, sự hình thành các búi tóc nhỏ (chứa 2-3 sợi tóc) được bao quanh bởi vảy là đầu mối để chẩn đoán FAPD (Hình 6.8). Sinh thiết dưới hướng dẫn của soi da đầu vùng bị ảnh hưởng là cách tiếp cận tốt nhất để chẩn đoán sớm và chính xác. Trong những trường hợp tiến triển, các vùng rụng tóc sẽ cho thấy mất các lỗ mở nang tóc<sup>[21]</sup>.





**HÌNH 6.8** Rụng tóc xơ hóa phân bố theo kiểu hình. Lưu ý sự đa dạng về đường kính thân tóc, một búi tóc nhỏ được bao quanh bởi các vảy, vảy mịn xung quanh một số thân tóc và mất tóc khu trú (phía dưới bên trái).

## Lupus ban đỏ dạng đĩa

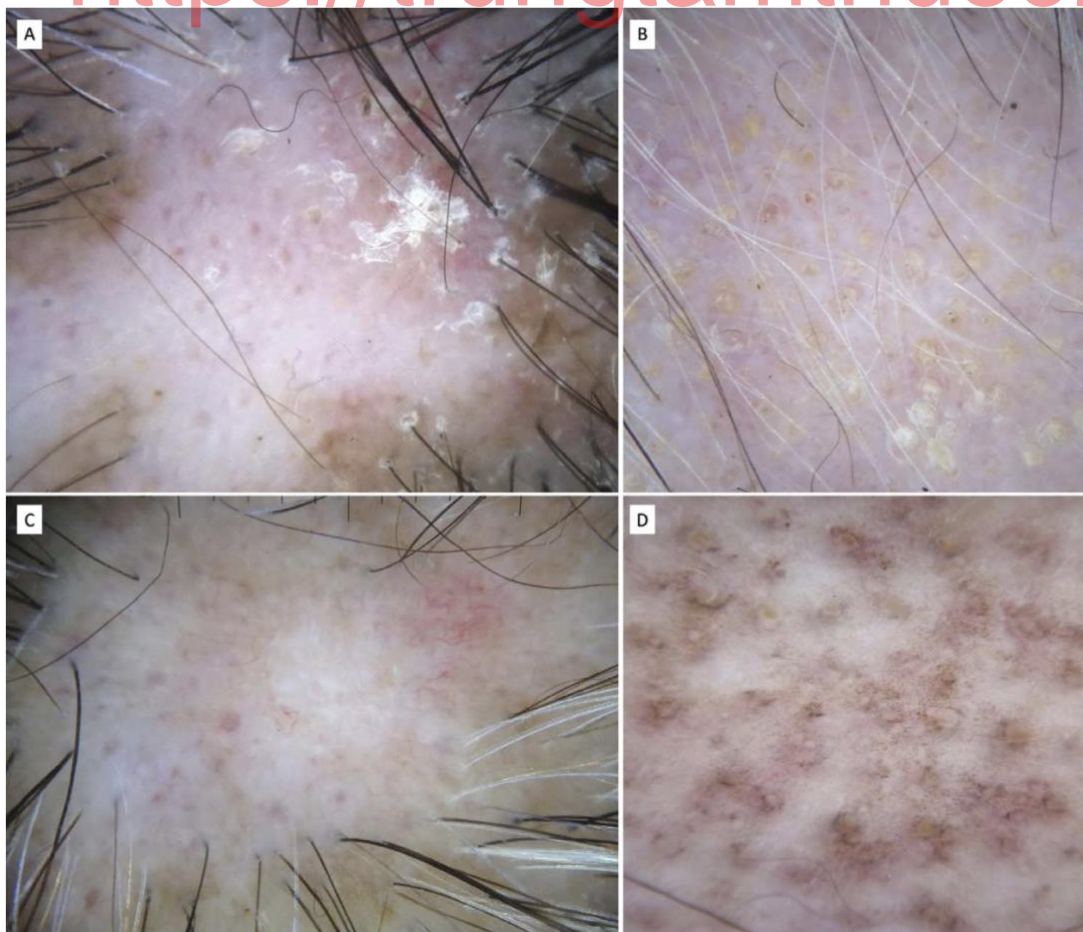
Khoảng 60% bệnh nhân mắc bệnh lupus ban đỏ dạng đĩa (*discoid lupus erythematosus*, DLE) có các mảng rụng tóc có sẹo trên da đầu. Mối liên quan với bệnh lupus toàn thân là không phổ biến [22, 23].

Trong DLE, tình trạng viêm sẽ ảnh hưởng đến nang tóc cũng như vùng da giữa chúng. Do đó, các đặc điểm *trichoscopy* của DLE sẽ bao gồm cả kiểu hình quanh nang tóc và giữa nang tóc. Điều này đúng với các dấu hiệu hoạt động của bệnh gồm ban đỏ và có vảy (Hình 6.9A). Đặc điểm đặc trưng của DLE là sự hình thành các nút sừng lớn (Hình 6.9B).

Các chấm đỏ nang tóc có thể xuất hiện trong tổn thương sớm của DLE và là dấu hiệu tiên lượng tốt (Hình 6.9A,B). Chúng tương ứng với các nang tóc còn sống được bao quanh bởi các mạch máu giãn ra trong bệnh lý. Tóc có thể mọc lại trong những tổn thương này nếu được điều trị kịp thời [24, 25].

Sự thay đổi màu sắc là một đặc điểm nổi bật khác của DLE: bệnh nhân có thể xuất hiện giảm và tăng sắc tố. Ở những bệnh nhân có loại da tối màu, tình trạng viêm trong DLE sẽ dẫn đến phá hủy mạng lưới sắc tố – đây là điểm khác biệt quan trọng so với LPP giúp chẩn đoán phân biệt (Hình 6.9C). Tình trạng viêm cũng dẫn đến tình trạng mất kiểm soát sắc tố ở vùng giữa nang tóc, nguyên nhân gây ra đặc điểm *trichoscopy* được biết là các chấm màu xám- xanh trong một kiểu hình đốm (Hình 6.9D) [7].

Bệnh ở giai đoạn cuối sẽ xuất hiện các vùng màu sữa-đỏ và mất các lỗ mở nang tóc. Các mạch máu dày là đặc điểm đặc trưng có thể thấy ở cả tổn thương đang hoạt động và giai đoạn cuối.



**HÌNH 6.9** DLE thường cho thấy (A) vảy quanh và giữa các nang tóc và sự thay đổi màu sắc. Lưu ý các chấm đỏ nang tóc ở trung tâm tổn thương. (B) Nang tóc đặc trưng. (C) DLE ở bệnh nhân da sẫm màu: chú ý mạng lưới sắc tố bị phá hủy ở trung tâm tổn thương, được bảo tồn ở ngoại vi. Ngoài ra còn có sự hiện diện của các chấm đỏ và các mạch máu phân nhánh. (D) Mất kiểm soát sắc tố lan tỏa trong DLE được nhận thấy như những chấm dạng đốm màu xanh- xám dưới trichoscopy.

## Rụng tóc có sẹo trung tâm ly tâm

Rụng tóc có sẹo trung tâm ly tâm (*central centrifugal cicatricial alopecia, CCCA*) đại diện cho một nguyên nhân quan trọng gây rụng tóc có sẹo ở người gốc châu Phi. Trong CCCA, vùng rụng tóc lan tỏa ly tâm từ vùng đỉnh hoặc giữa da đầu.

Trichoscopy của CCCA cho thấy sự biến đổi của thân tóc và giảm mật độ tóc. Sự bảo tồn mạng lưới sắc tố hình tổ ong, các chấm trắng với sự phân bố không đều và mất các lỗ mở nang tóc là đặc điểm. Quầng trắng- xám quanh nang tóc quanh chỗ mọc của các thân tóc là đặc điểm của CCCA và là vị trí tốt nhất để thực hiện sinh thiết dưới hướng dẫn của trichoscopy (Hình 6.10). Những quầng này tương ứng về mặt mô học với tình trạng xơ hóa đồng tâm quanh nang tóc, ở cả tóc trưởng thành và tóc tơ, không có vỏ rễ trong [26]. Các mảng trắng rải rác cũng được thấy ở những vùng rụng tóc. Trong bệnh viêm cấp tính, các dấu hiệu hoạt động của bệnh bao gồm ban đỏ và có vảy nhẹ quanh nang tóc, các chấm đen và tóc gãy ngắn. Các dát sắc tố hình dấu hoa thị cũng được mô tả ở những vùng rụng tóc tiếp xúc với ánh nắng mặt trời (Hình 6.11) [27].





**HÌNH 6.10** Trichoscopy của rụng tóc có sẹo trung tâm ly tâm (CCCA) cho thấy quầng trắng đặc trưng xung quanh các đơn vị nang tóc. Đáng chú ý, có thể thấy ban đỏ lan tỏa riêng biệt và mật độ tóc giảm với sự thu nhỏ tóc.



**HÌNH 6.11** Rụng tóc có sẹo trung tâm ly tâm (CCCA). Các chấm trắng phân bố không đều, quầng trắng điển hình bao quanh các đơn vị nang tóc và sự tăng sắc tố của mạng lưới sắc tố hình tổ ong bao quanh các đơn vị nang tóc.

## Nhóm bạch cầu trung tính

### Viêm nang tóc decalvans

Viêm nang tóc decalvans (*folliculitis decalvans*, *FD*) là một rối loạn viêm mãn tính nghiêm trọng dẫn đến rụng tóc có sẹo. Da đầu cho thấy nhiều tổn thương sần - mụn mủ tái phát và các vùng tiết dịch đóng mòi. Khi các nang tóc bị phá hủy, tình trạng viêm giảm, dẫn đến tình trạng rụng tóc có sẹo ở các mức độ khác nhau.

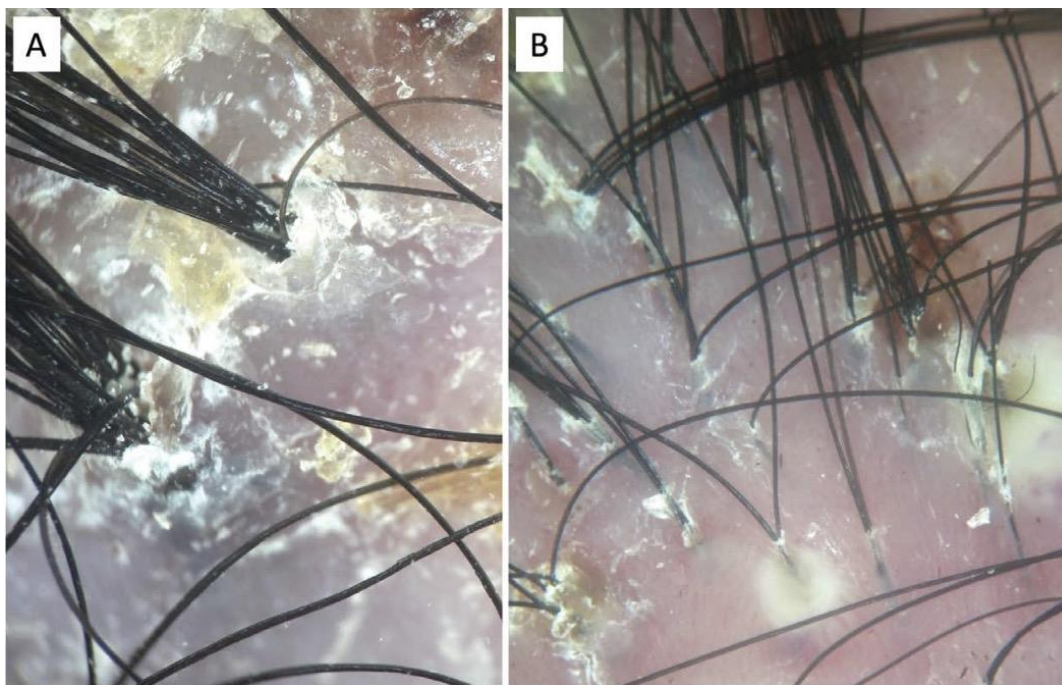
Ở giai đoạn hoạt động, trichoscopy giúp tăng cường các dấu hiệu lâm sàng. Ban đỏ quanh nang tóc với các mạch máu cuộn tương ứng với tăng sinh biểu mô (*acanthosis*) và tăng lưu lượng máu ở đám rối bề mặt. Xuất huyết quanh nang tóc là kết quả của sự thoát mạch của



hồng cầu (Hình 6.12). “Cấu trúc màu vàng” như mụn mủ nang tóc, vảy hình ống màu vàng và lớp mài màu vàng đại diện cho sự thâm nhiễm viêm bạch cầu trung tính của bệnh. Các khuôn tóc dày hơn so với các khuôn tóc trong LPP là thường xuất hiện và bao quanh các búi tóc (Hình 6.13) [28, 29].



**HÌNH 6.12** Xuất huyết quanh nang tóc trong viêm nang tóc decalvans (FD).



**HÌNH 6.13** Viêm nang tóc decalvans, giai đoạn viêm cấp tính. (A) Trichoscopy cho thấy các búi tóc gồm hơn sáu sợi tóc được bao quanh bởi các khuôn màu vàng. (B) Mất lỗ mở nang tóc và ban đỏ lan tỏa giữa các nang tóc cũng được ghi nhận.

Xơ hóa được đại diện bởi sự mất các lỗ nang tóc và các búi tóc có từ sáu sợi tóc trở lên, đây là đặc điểm trichoscopy đặc trưng nhất trong FD (Hình 6.14). Mô bệnh học của các búi tóc tương ứng với các cấu trúc nang tóc phức hợp gồm sáu nang tóc trở lên với các phễu nang dính nhau (các nang tóc “sáu phần”) được bao quanh bởi tình trạng viêm dày đặc và xơ hóa đồng tâm [29, 30]. Sự quan sát thấy các mạch máu mỏng xác định rõ có liên quan đến sự cải thiện của giai đoạn viêm [28].

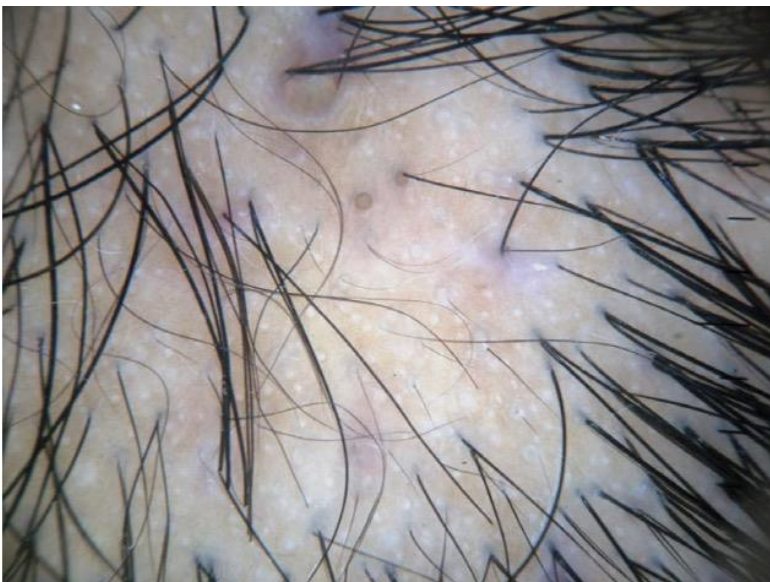


**HÌNH 6.14** Viêm nang tóc decalvans (FD), giai đoạn xơ hóa. Lưu ý các búi tóc lớn đi kèm với ban đỏ lan tỏa giữa các nang, các mạch máu cuộn và các vết trắng đại diện cho quá trình xơ hóa.

## Viêm mô tế bào da đầu

Viêm mô tế bào da đầu (*dissecting cellulitis of the scalp, DCS*) là một tình trạng viêm mãn tính đặc trưng bởi các nốt, áp xe và mạch lươn tái phát. Nó thường bắt đầu như một viêm nang tóc đơn giản với sự tắc nghẽn của các lỗ mở nang tóc chủ yếu ở đỉnh da đầu, sau đó là các mụn mủ quanh nang tóc và các nốt đau dao động tiết ra dịch mủ. Theo thời gian, các tổn thương phát triển thành các mảng gồm các nốt liên kết với nhau, áp xe hoặc rò mạch lươn, dẫn đến hình thành mô sẹo.

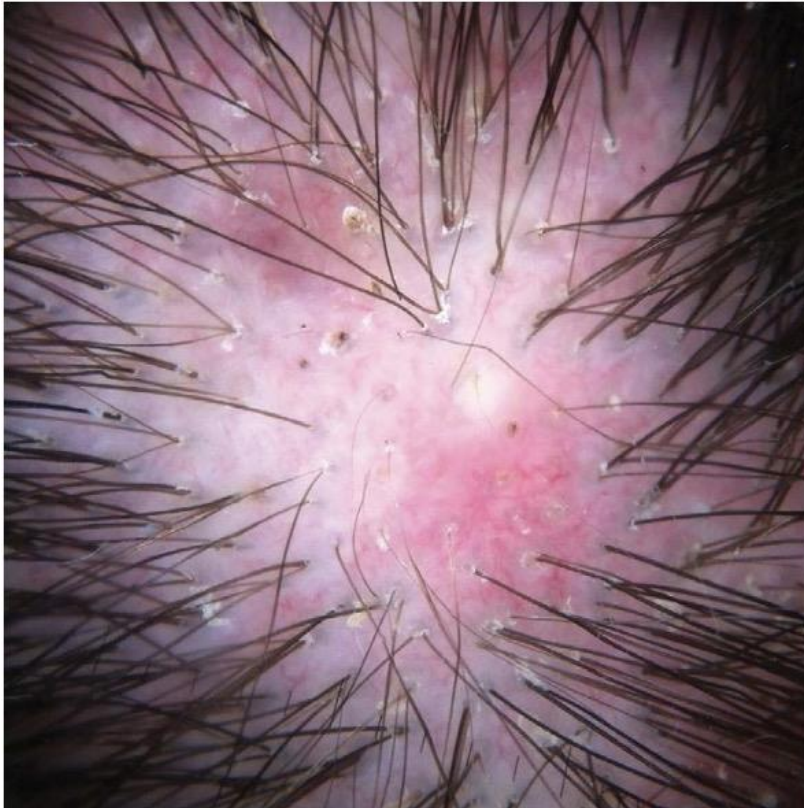
Trong giai đoạn sớm của DC, sự thâm nhiễm viêm của tế bào lympho quanh nang tóc và dưới nang tóc tương tự như đàn ong được thấy trong rụng tóc từng vùng. Vì vậy, trichoscopy của DC giai đoạn sớm đôi khi có thể giống rụng tóc từng vùng, cho thấy các chấm đen, tóc gãy và tóc vellus. Tóc đầu chấm than cũng được báo cáo. Các lỗ mở nang tóc nở rộng bị bít tắc – “các chấm vàng 3D” cũng là một đặc điểm nổi bật (**Hình 6.15**)<sup>[31]</sup>.



**HÌNH 6.15** Tổn thương sớm của viêm mô tế bào da đầu (DC). Trichoscopy cho thấy các chấm vàng 3D, ban đỏ lan tỏa, các đơn vị nang tóc trông, tóc vellus và tóc gãy. Các chấm vàng 3D giúp phân biệt DC với rụng tóc từng vùng.



Khi bệnh tiến triển đến hình thành áp xe, các vùng không có cấu trúc màu vàng (hồ mủ) và màu trắng được nhìn thấy. Các dấu hiệu khác bao gồm ban đỏ lan tỏa, tóc gãy, tóc vellus và các chấm trắng phân bố đều ở những người gốc Phi (Hình 6.16) [32].



**HÌNH 6.16** Viêm mô tế bào (DC), tổn thương dạng nốt. Trichoscopy cho thấy ban đỏ lan tỏa, mụn mủ nang tóc, trụ quanh nang tóc có mào vàng và các chấm đen. Lưu ý rằng tình trạng viêm rõ hơn nhiều ở tổn thương này.

Ở những vùng xơ hóa giai đoạn muộn, dấu hiệu *trichoscopy* có thể xuất hiện dưới dạng những vùng hợp lưu màu trắng ngà, không có lỗ mở nang tóc, mảng trắng hoặc vết hoa cúc. Đặc điểm đặc trưng nhất của giai đoạn này là sự hình thành các vết nứt da với các búi tóc nhô ra từ trung tâm (Hình 6.17) [33].



**HÌNH 6.17** Viêm mô tế bào (DC) – vết nứt.

## Mụn sẹo lồi vùng gáy

Mụn sẹo lồi vùng gáy (*acne keloidalis nuchae*) là một tình trạng viêm mãn tính ảnh hưởng đến thanh niên gốc Phi và gốc Tây Ban Nha. Cạo những sợi tóc xoắn ngắn được coi là yếu tố thúc đẩy chính dẫn đến viêm và hình thành sẹo lồi. Nó có thể liên quan đến viêm mô tế bào và viêm nang tóc decalvans.

Trichoscopy cho thấy mất lỗ nang tóc và các búi tóc nhỏ. Viêm nang tóc giả với sự thâm nhập qua nang hoặc từ ngoài nang (tóc mọc ngược). Các dấu hiệu khác bao gồm tóc gãy và khuôn nang tóc (Hình 6.18) [33].



**HÌNH 6.18** Mụn sẹo lồi vùng gáy. Trichoscopy ở sẹo nang tóc cho thấy các tổn thương quanh nang tóc với các sợi tóc gãy, ban đỏ và các vùng màu trắng đại diện cho các bó collagen ở lớp bì.

## Tài liệu tham khảo

1. Miteva M, Tosti A. Hair and scalp dermatoscopy. J Am Acad Dermatol. 2012 Nov;67(5):1040–1048. doi: 10.1016/j.jaad.2012.02.013.
2. Olszewska M, Rudnicka L, Rakowska A, et al. Trichoscopy. Arch Dermatol. 2008 Aug;144(8):1007. doi: 10.1001/archderm.144.8.1007.
3. Miteva M, Tosti A. Dermoscopy guided scalp biopsy in cicatricial alopecia. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013 Oct;27(10):1299–1303. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04530.x.
4. Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M, Shapiro J. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: Part II. Trichoscopic and laboratory evaluations. J Am Acad Dermatol. 2014 Sep;71(3):431.e1–431.e11. doi: 10.1016/j.jaad.2014.05.008.
5. Ramos-e-Silva M, Pirmez R. Red face revisited: Disorders of hair growth and the pilosebaceous unit. Clin Dermatol. 2014;32(6):784–799. doi: 10.1016/j.clindermatol.2014.02.018.



6. Martínez-Velasco MA, Vázquez-Herrera NE, Misciali C, et al. Frontal fibrosing alopecia severity index: A trichoscopic visual scale that correlates thickness of peripilar casts with severity of inflammatory changes at pathology. *Skin Appendage Disord*. 2018;4(4):277–280. doi: 10.1159/000487158.
7. Duque-Estrada B, Tamler C, Sodrè CT, et al. Dermoscopy patterns of cicatricial alopecia resulting from discoid lupus erythematosus and lichen planopilaris. *An Bras Dermatol* 2010;85(2):179–183.
8. de Moura LH, Duque-Estrada B, Abraham LS, et al. Dermoscopy findings of alopecia areata in an African-American patient. *J Dermatol Case Rep*. 2008;2(4):52–54.
9. Abraham LS, Pinheiro-Maceira J, Duque-Estrada B, et al. Pinpoint white dots in the scalp: Dermoscopic and histopathologic correlation. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63(4):721–722.
10. Ardigò M, Torres F, Abraham LS, et al. Reflectance confocal microscopy can differentiate dermoscopic white dots of the scalp between sweat gland ducts or follicular infundibulum. *Br J Dermatol*. 2011 May;164(5):1122–1124. doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10242.x.
11. Pirmez R, Donati A, Valente NS, et al. Glabellar red dots in frontal fibrosing alopecia: A further clinical sign of vellus follicle involvement. *Br J Dermatol*. 2014;170(3):745–746. doi: 10.1111/bjd.12683.
12. Pirmez R, Barreto T, Duque-Estrada B, et al. Facial papules in frontal fibrosing alopecia: Beyond vellus hair follicle involvement. *Skin Appendage Disord*. 2018;4(3):145–149. doi: 10.1159/000481695.
13. Vañó-Galván S, Rodrigues-Barata AR, Urech M, et al. Depression of the frontal veins: A new clinical sign of frontal fibrosing alopecia. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72(6):1087–1088. doi: 10.1016/j.jaad.2015.02.1129.
14. Lacarrubba F, Micali G, Tosti A. Absence of vellus hair in the hairline: A videodermatoscopic feature of frontal fibrosing alopecia. *Br J Dermatol*. 2013;169(2):473–474. doi: 10.1111/bjd.12316.
15. Abraham LS, Martins SS, Pirmez R, Duque-Estrada B. Panoramic Trichoscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Sep 24:S0190-9622(19)32786–0. doi: 10.1016/j.jaad.2019.09.041. Online ahead of print.
16. Cervantes J, Miteva M. Distinct trichoscopic features of the sideburns in frontal fibrosing alopecia compared to the frontotemporal scalp. *Skin Appendage Disord*. 2018;4(1):50–54. doi: 10.1159/000479116.
17. Anzai A, Pirmez R, Vincenzi C, et al. Trichoscopy findings of frontal fibrosing alopecia on the eyebrows: A study of 151 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Dec 17:S0190-9622(19)33298–0. doi: 10.1016/j.jaad.2019.12.023. Online ahead of print.
18. Waśkiel-Burnat A, Rakowska A, Kurzeja M, et al. The value of dermoscopy in diagnosing eyebrow loss in patients with alopecia areata and frontal fibrosing alopecia. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2019;33(1):213–219. doi: 10.1111/jdv.15279.
19. Zinkernagel MS, Trüeb RM. Fibrosing alopecia in a pattern distribution: Patterned lichen planopilaris or androgenetic alopecia with a lichenoid tissue reaction pattern? *Arch Dermatol*. 2000;136(2):205–211. doi: 10.1001/archderm.136.2.205.
20. Baquerizo Nole KL, Nusbaum B, Pinto GM, Miteva M. Lichen planopilaris in the androgenetic alopecia area: A pitfall for hair transplantation. *Skin Appendage Disord*. 2015;1(1):49–53. doi: 10.1159/000381588.
21. Mardones F, Hott K, Martinez MC. Clinical study of fibrosing alopecia in a pattern distribution in a Latin American population. *Int J Dermatol*. 2018;57(2):e12–e14. doi: 10.1111/ijd.13871.
22. Callen JP. Chronic cutaneous lupus erythematosus: Clinical, laboratory, therapeutic, and prognostic examination of 62 patients. *Arch Dermatol*. 1982;118(6):412–416. doi:10.1001/archderm.1982.01650180046015.

23. Grönhagen CM, Fored CM, Granath F, Nyberg F. Cutaneous lupus erythematosus and the association with systemic lupus erythematosus: A population-based cohort of 1088 patients in Sweden. *Br J Dermatol.* 2011;164(6):1335–1341. doi:10.1111/j.1365-2133.2011.10272.x.
24. Tosti A, Torres F, Misciali C, et al. Follicular red dots: A novel dermoscopic pattern observed in scalp discoid lupus erythematosus. *Arch Dermatol.* 2009;145(12):1406–1409.
25. Pirmez R, Piñeiro-Maceira J, Almeida BCR, Sodré CT. Follicular red dots: A normal trichoscopy feature in patients with pigmentary disorders? *An Bras Dermatol.* 2013;88(3):459
26. Miteva M, Tosti A. Dermatoscopic features of central centrifugal cicatricial alopecia. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71:443–449.
27. Yin NC, Tosti, A. A systematic approach to Afro-textured hair disorders: Dermoscopy and when to biopsy. *Dermatol Clin.* 2014; 32:145–151.
28. Saceda-Corralo D, Moreno-Arrones OM, Rodrigues-Barata R, et al. Trichoscopy activity scale for folliculitis decalvans. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(2):e55–e57.
29. Uchiyama M, Harada K, Tobita R, et al. Histopathologic and dermoscopic features of 42 cases of folliculitis decalvans: A case series (Ahead of print). *J Am Acad Dermatol.* 2020;S0190-9622(20):30515–30516.
30. Pincus LB, Price VH, McCalmont TH. The amount counts: Distinguishing neutrophil-mediated and lymphocyte-mediated cicatricial alopecia by compound follicles. *J Cutan Pathol.* 2011;38(1):1–4.
31. Tosti A, Torres F, Miteva M. Dermoscopy of early dissecting cellulitis of the scalp simulates alopecia areata. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(1):92–99.
32. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, Slowinska M. Trichoscopy update 2011. *J Dermatol Case Rep.* 2011;5:82–88.
33. Verzì AE, Lacarrubba F, Micali G. Heterogeneity of trichoscopy findings in dissecting cellulitis of the scalp: Correlation with disease activity and duration. *Br J Dermatol.* 2017;177(6):e331–e332.