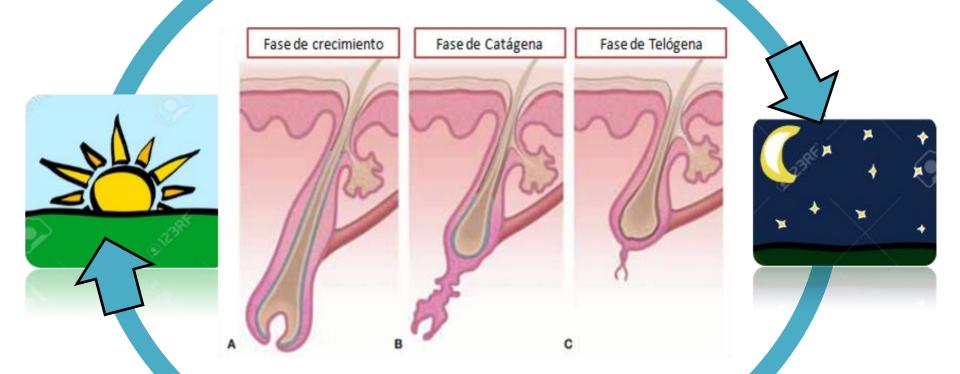
ALOPECIA



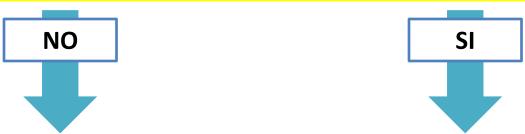
Antes de empezar...



Conceptos clave

• Importante: Alopecia puede ser un proceso primario o secundario





Alopecia no cicatricial	Alopecia cicatricial	
Alopecia androgenética	Congénita	Adquirida
Alopecia areata	Síndromes hereditarios	Enfermedades
Efluvios	Formas localizadas	inflamatorias
Tricotilomanía, traccional	Formas difusas	Infecciones
Tiña		Neoplasias
Displasias pilosas		Agentes físicos/químicos

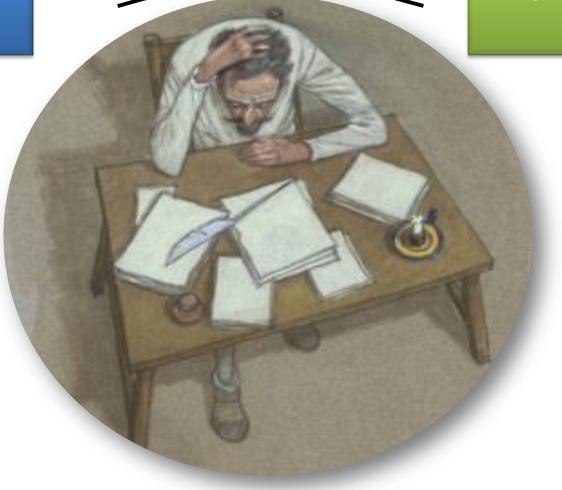


	Alopecia cicatricial	Alopecia no cicatricial	
Apertura folicular	Ausente	Presente	
Piel del cuero cabelludo	Atrófica, brillante ± signos inflamatorios	Normal	
Morfología de las placas	Irregulares, con pelos terminales en superficie	Regulares, sin pelos en superficie	
Pronóstico	Irreversible	Reversible (alopecia androgenética parcialmente)	
Causa más común	Lupus eritematoso, liquen plano pilar	Efluvio, alopecia androgenética, alopecia areata	

ANAMNESIS

Paso a paso...

EXPLORACION FISICA



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Anamnesis

- Antecedentes familiares: alopecia androgenética y congenita
- Antecedentes personales más importantes :
 - Alteraciones endocrinas: alt. tiroideas
 - Enfermedades autoinmunes: LES. L.Discoide
 - Anemia ferropénica. Dietas estrictas.
 - Historia ginecológica -obstétrica/clinica sugestiva de SOP
 - Antecedentes psicosociales: ansiedad ,depresión , anorexia nerviosa
 - Enfermedades graves o cirugías.
 - Fármacos
- Prácticas de cuidado del cabello

- Edad de inicio.
- •Súbita o progresiva?
- •Localizada o difusa?
- •<u>Síntomas asociados</u>: prurito, dolor, escozor

Efluvio telógeno	Efluvio anágeno
 Antineoplásicos 	Bleomicina
 Anticoagulantes 	 Ciclofosfamida
 Hipouricemiantes 	Citarabina
 Antitiroideos 	 Doxorubicina
 Betabloqueantes 	5-Fluorouracilo
 Antidepresivos tricíclicos 	Hidroxiurea
 Anticonceptivos orales 	Metotrexato
 Antirretrovirales 	6-mercaptopurina
	 Vincristina

Exploración física

Examen completo: cuero cabelludo, cara, cuerpo, uñas, mucosas.

Inspección general:

- ¿Se puede ver el cuero cabelludo?
- Textura, color, longitud del pelo
- ¿Cómo es el pelo del resto del cuerpo?
- ¿Hay signos de virilización?



Pilotraccion (Signos de Sabouraud) OJO: Poco valor si se ha lavado el pelo antes de la prueba Pellizcamiento (signo de Jacquet)

+ si puedo pellizcar cuero cabelludo= atrofia foliculos pilosos

Exploración detallada:

- Pérdida localizada o difusa
- Lesiones asociadas
- Reconocer patrones característicos
- Maniobras útiles
- Cicatricial Vs No cicatricial. Fijarse en 4 elementos:
 - 1. Regeneración del cabello
 - 2. Apertura del Folículo
 - 3. Piel del cuero cabelludo
 - 4. Morfología de las placas de alopecia

	Alopecia cicatricial	Alopecia no cicatricial
Apertura folicular	Ausente	Presente
Piel del cuero cabelludo	Atrófica, brillante ± signos inflamatorios	Normal
Morfología de las placas	Irregulares, con pelos terminales en superficie	Regulares, sin pelos en superficie



NO regeneración del cabello

También puede ser útil....





Otros:
Estudio
hongos
Microscopía

Analítica

- No siempre es necesaria. En algunas ocasiones puede ser de gran utilidad principalmente en mujeres
- Descartar principalmente:
 - Déficit de hierro
 - Alteraciones tiroideas
 - Hiperandrogenismo (si clínica sugestiva:alt menstruación, hirsutismo, acné etc)

• nemograma, vsG	E
Bioquímica (función hepática y renal)	•
Hierro, ferritina, transferrina	•
• Proteinograma	•
• T ₄ , TSH	•
• Zn, Cu, Biotina*	•
 Vitamina B₁₂, ácido fólico* 	•
 Anticuerpos antitiroideos* 	•

Estudio si se sospecha una causa hormonal

- Testosterona (libre y total)
- Androstendiona
- DHEA sulfato
- Globulina transportadora de andrógenos (SHBG)
- 17-OH-progesterona
- Prolactina
- Cortisol
- FSH
- LH
- PSA
- Ecografía ginecológica*
- TC abdominal*

DHEA: dehidroepiandrosterona; FSH: hormona foliculoestimulante; LH: hormona luteinizante; PSA: antígeno prostático específico; TC: tomografía computarizada.

Reagina plasmática rápida*

ANA, complemento, inmunocomplejos*

Función hormonal*

■ Homograma VSC

ANA: anticuerpos antinucleares; TSH: hormona estimulante de la tiroides; VSG: velocidad de sedimentación globular.

^{*}Si hay datos analíticos alterados.

^{*}Si se sospecha patología relacionada.



ALOPECIAS NO CICATRICIALES

Alopecia androgenética

- **ETIOLOGIA:** Andrógenos + Genética----- Antecedentes familiares frecuentes
- **EPIDEMIOLOGIA:**
 - Varones (++ frec): en cualquier momento después de pubertad (+frec entre los 40-50 años)
 - Mujeres: más tarde, en casi 40% entre los 60 y 70 años

No datos de alopecia cicatricial

<u>CLÍNICA:</u> progresiva



Alopecia areata

ETIOLOGIA. Proceso autoinmune. Linfocitos autorreactivo. Asociación con :

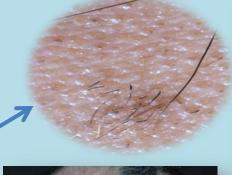
- Anemia perniciosa
- Artritis reumatoide
- Enfermedad de Addison
- Tiroiditis de Hashimoto
- Liquen plano

- Lupus eritematoso sistémico
- · Miastenia grave
- Colitis ulcerosa
- Diabetes mellitus
- Esclerodermia

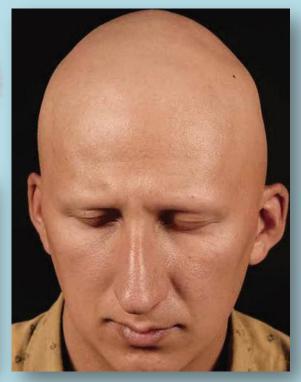
- Gastritis crónica atrófica
- Hipogammaglobulinemia
- Polimialgia reumática
- Timoma
- Vitíligo

• **EPIDEMIOLOGIA:** a cualquier edad. + frec < 25 años

- CLÍNICA
 - Caída gradual (semanas, meses)
 - Parches de alopecia,redondeados simples o múltiples
 - ■Pelos en exclamacion !!!
 - ■Puede ser generalizada. Afectar a pelo de la cara, vello corporal
 - A veces alt. ungueales







Efluvio telógeno

• ETIOLOGIA:

EPISODIO ESTRESANTE

- Cirugía mayor
- Anemia ferropénica
- Enfermedad grave
- Desnutrición
- Dietas estrictas
- Fármacos

- Hemorragia crónica
- Estrés psicológico
- Parto



Pérdida difusa y aguda

Se autolimita una vez desaparece el agente causal

EPIDEMIOLOGIA:

- Cualquier edad
- + Frec. en las mujeres: tras parto, suspension de ACO, dietas extremas

CLINICA:

- Perdida difusa/aguda. A veces no total o poco aparente
- Puede afectarse a las uñas : líneas de Beau
- Pilotracción positiva



Efluvio anágeno

ETIOLOGÍA.:

- •Radioterapia.
- Quimioterapia con alquilantes.
- •Intoxicaciones (Hg, acido borico, talio)
- •Desnutricion proteica grave

Efluvio anágeno

- Bleomicina
- Ciclofosfamida
- Citarabina
- Doxorubicina
- 5-Fluorouracilo
- Hidroxiurea
- Metotrexato
- 6-mercaptopurina
- Vincristina



CLÍNICA

- Pérdida difusa y extensa +/- pelo de la cara/vello corporal
- Pilotraccion positiva
- Pueden alterarse las uñas: bandas o rebordes transversos
- Pelo vuelve a crecer después de suspenderse la QT

Otros

TRICOTILOMANIA

- ETIOLOGIA: Trastorno del control de los impulsos
- EPIDEMIOLOGIA: Afecta a cualquier edad, aunque es más frecuente durante la infancia y en Niñas
- CLINICA:
 - Placas alopécicas irregulares e incompletas, con una forma angulada o atípica, con pelos arrancados de raíz y rotos.
 - Pelo cuero cabelludo > Pestañas > Cejas , vello corporal

ALOPECIA POR TRACCIÓN ALOPECIA POR PRESIÓN ALOPECIA SYPHILITICA

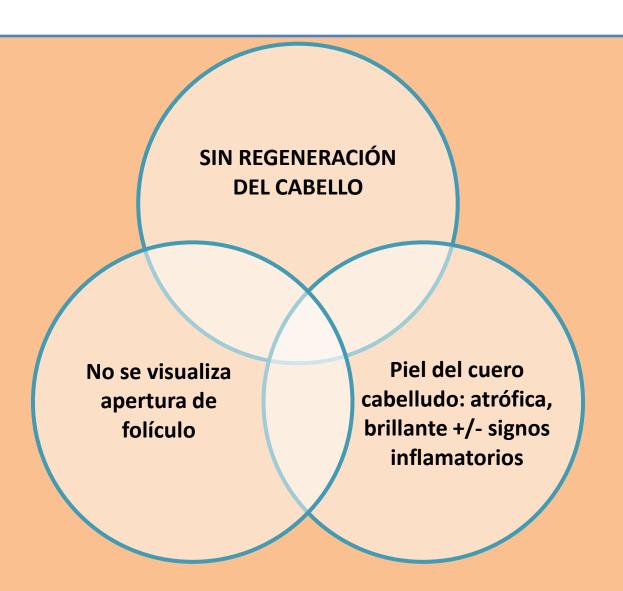
(aspecto alopecia "carcomida")







ALOPECIAS CICATRICIALES



Alopecias cicatriciales primarias	Alopecias cicatriciales secundarias
Infiltrado linfocítico	Neoplasias
Liquen plano pilar: Lupus eritematoso	Carcinoma basocelular
- Clásico discoide	Carcinoma epidermoide
 Síndrome de Piccardi-Lassueur- 	Dermatofibrosarcoma protuberans
Graham-Little	Linfoma
 Alopecia frontal fibrosante 	Melanoma
<u>Pseudopelada</u> de Brocq	Metástasis
Alopecia central centrífuga	
Alopecia mucinosa	
Queratosis espinulosa folicular decalvante	
Infiltrado neutrofílico	Dermatosis granulomatosas
Foliculitis decalvante	Necrobiosis lipoidea
Celulitis disecante	Sarcoidosis
Infiltrado mixto	Trastornos esclerosantes
Acné queloideo	Liquen escleroatrófico
Acné necrótico	Morfea
Dermatosis pustular erosiva	Esclerodermia
del cuero cabelludo	Porfiria cutánea tarda
	Infecciones
	Hongos/protozoos/tuberculosis/sífilis/virus
	Agentes físicos/químicos
	Tracción (mecánica)
	Radiodermitis
	Quemaduras térmicas, congelaciones
	Quemaduras químicas
	Reacción a cuerpo extraño

Lupus eritematoso cutáneo

Lupus eritematoso cutáneo agudo (ACLE)

> 90% coexiste con Lupus eritematoso sistémico (LES) -Localizado (eritema malar) -Generalizado



Lupus eritematoso cutáneo subagudo (SCLE) 48-50% coexiste con LES



alopecia difusa no cicatrizal

Lupus eritematoso cutáneo crónico CCLE

Lupus eritematoso discoide (DEL):
 >> Localizado 5-10% con LES
 >> Generalizado 15-28 % con LES





- <u>Lupus tumidus</u>: muy rara vez coexiste con LES. Placa inflamatoria dérmica, violácea, con alopecia superpuesta
- Lupus profundo: 10% con LES. Paniculitis (Nodulos violáceos) Pueden darse en cuero cabelludo. Cicatriz posterior



Liquen plano pilar

• <u>EPIDEMIOLGÍA</u>. + Frec en mujeres, mediana edad

CLINICA:

- NO siempre se acompaña de afectación de piel o mucosas
- Frecuente: picor, dolor en cuero cabelludo
- Puede afectar a otras areas con pelo (axilas, ingle etc)
- Típico el eritema perifolicular
 - Papulas eriematoviolaceas perifoliculares, descamativas

Variante: **ALOPECIA FIBROSANTE FRONTAL**Recesion de la linea de implantación del cabello frontotemporal y pérdida de cejas





PSEUDOPELADA DE BROCQ

- Idiopática
- Lenta destruccion sin inflamación previa
- Van apareciendo placas de alopecia con piel normal (huellas en la nieve)
 - La hiperqueratosis folicular y el eritema son mínimos o ausente
 - ¿¿ etapa tardía del liquen planopilar ??



FOLICULITIS DISECANTE DEL CUERO CABELLUDO

- Independientemente o en asociación con acné conglobata e hidradenitis supurativa
- + frec en hombres negros jóvenes
- Pápulas foliculares, pústulas, nódulos fluctuantes y abscesos en el cuero cabelludo.
- Con el tiempo : cicatrices hipertróficas o queloides.



Tiña del cuero cabelludo "tiña capitis"

+ frec en edad pediátrica. Si afecta adultos pensar en Inmunodepresión

Formas inflamatorias:

- •Querion de Celso: masa inflamatoria con placas/nodulos purulentos + dolor, prurito,
- •<u>Favus</u>: eritema perifolicular posteriormente costras adherentes, <u>amarillas</u> + **Olor fétido**.

Formas No inflamatorias:

- •Placa de **alopecia gris** nacarada, bien definida, con descamación intensa
- "Mancha negra": Placas de alopecia mal definida, con pelos rotos cerca del foliculo





Adenopatías inflamatorias cervicales/occipitales .

Reacciones dermatofitide

Tratamiento

Alopecia androgenética

- Minoxidilo típico 5% -2% : 1 ml cada 12 horas durante 3-12 meses
- **Finasteride oral:** 1mg/24 horas durante al menos 6-12 meses

EN MUJERES:

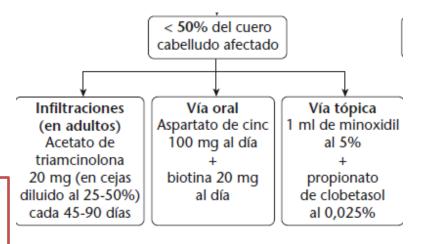
Minoxidilo

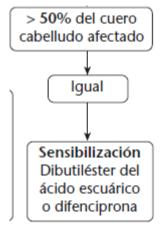
Si mala respuesta a minoxidilo:

- Acetato de ciproterona
- . •Ciproterona/etinilestra diol
 - Espironolactona (OJO: con anticoncepcion)



Alopecia areata





BIBLIOGRAFIA.

- Ana María Molina Ruiz, Antonio Clemente Ruiz de Almirón et al. Manual de dermatologia para residentes.
- Carlos Alberto Aguirre Chavarría . Se me cae el pelo. AMF 2016;12(11):667-673
- Jerry Shapiro et al. Evaluacion y Diagnóstico de la pérdida de cabello. UpToDate. Revisión 2019
- Jeff Donovan et al. Alopecia androgenética en hombres: patogenesis, caracteristicas clínicas y diagnóstico. UpToDate. Revision 2019
- Amy McMichael et al. Pérdida de cabello de patrón femenino (alopecia adrogenética en mujeres): tratamiento y pronostico. UpToDate. Revisión 2019
- Klaus Wolff et al. Fitzpatrick Atlas de Dermatologia Clínica. 7º edicion