

Alopecia en Pediatría. Manejo diagnóstico y terapéutico

L. Aguilera Nieto, J. M. Ledesma Albarrán

Marzo 2020

Caso 1. Anamnesis

Anamnesis

- Acude a consulta de atención primaria un varón de 4 años por la aparición rápida, en semanas, de múltiples placas de alopecia sin otra sintomatología asociada.
- No refiere procesos infecciosos, traumatismos o ingesta de fármacos previos o concomitantes con el cuadro.
- **Antecedentes personales:** trastorno del espectro autista.
- **Antecedentes familiares:** hermana de cinco años diagnosticada de déficit de atención e hiperactividad.
- Resto sin interés.

Caso 1. Exploración

Exploración

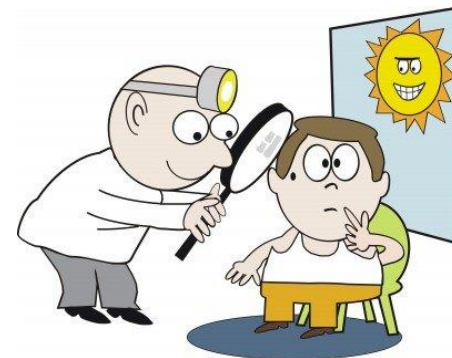
- Se observa una alopecia universal, con pelos cortos sobre una piel en apariencia normal, que se desprenden con facilidad a la tracción, sin otras alteraciones



Caso 1. Pruebas complementarias

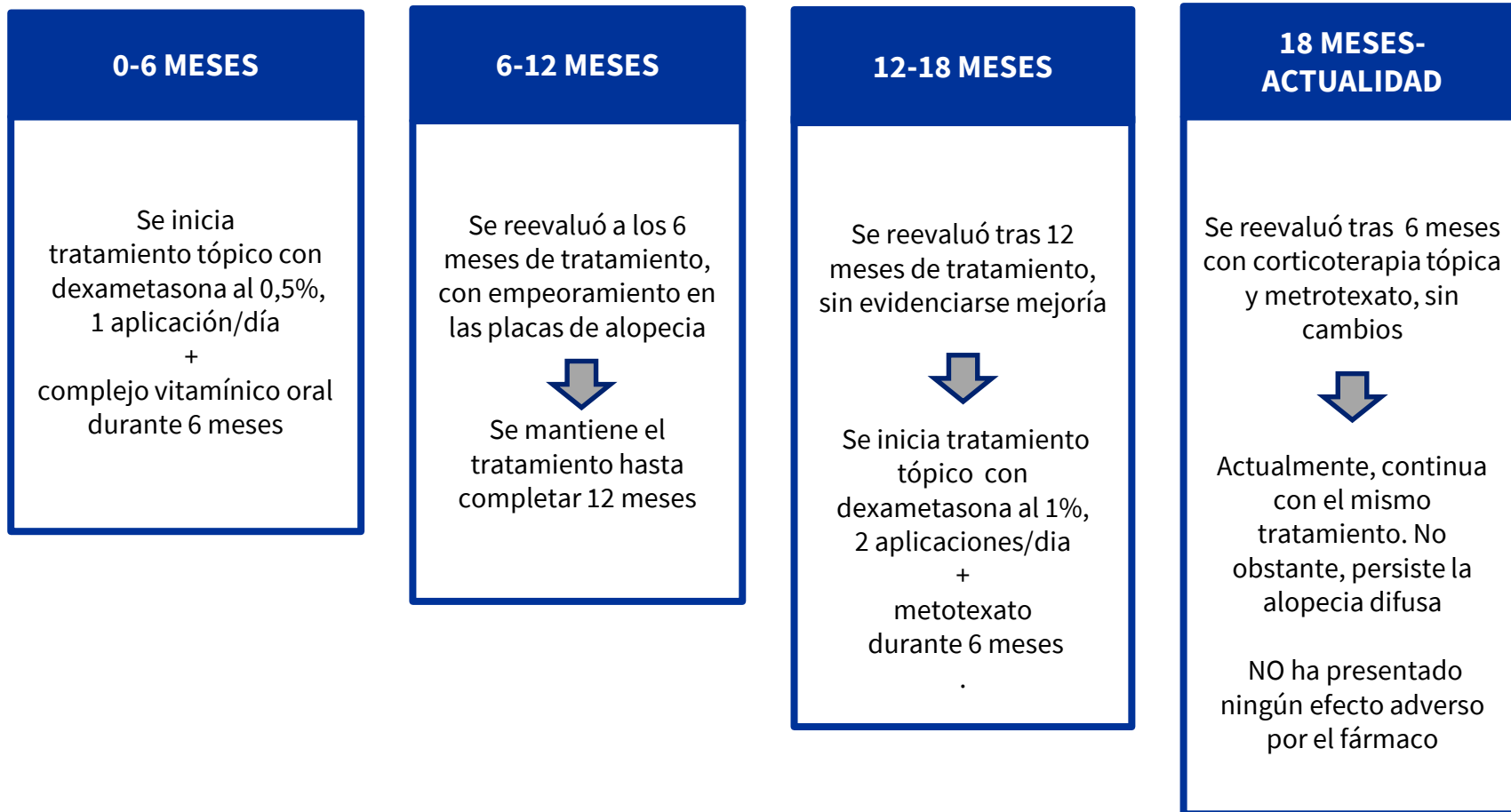
Desde Atención Primaria se cursa analítica sanguínea, que incluye:

- Hemograma
- Perfil hepático
- Perfil nutricional
- Metabolismo férrico
- Reactantes de fase aguda
- Estudio autoinmune
- Estudio tiroideo
- Estudio celiacúa
- Inmunoglobulinas



El paciente no presentó ninguna alteración, y se derivó a Dermatología.

Caso 1. Tratamiento y evolución



Caso 2. Anamnesis

Anamnesis

- Acude a consulta de atención primaria un varón de 9 años por la aparición de una placa de alopecia sin otra sintomatología asociada.
- **No** refiere procesos infecciosos, traumatismos o ingesta de fármacos u otros eventos previos.
- **Antecedentes personales:** trastorno de déficit de atención e hiperactividad y dermatitis atópica.
- **Antecedentes familiares:** sin interés.

Caso 2. Exploración

Exploración

- Inicialmente, se observa una pequeña placa a nivel temporal izquierdos, con pelos cortos sobre una piel sana, que se desprende con facilidad.
- En los meses sucesivos, se observa la aparición de más placas de iguales características



Caso 2. Pruebas complementarias

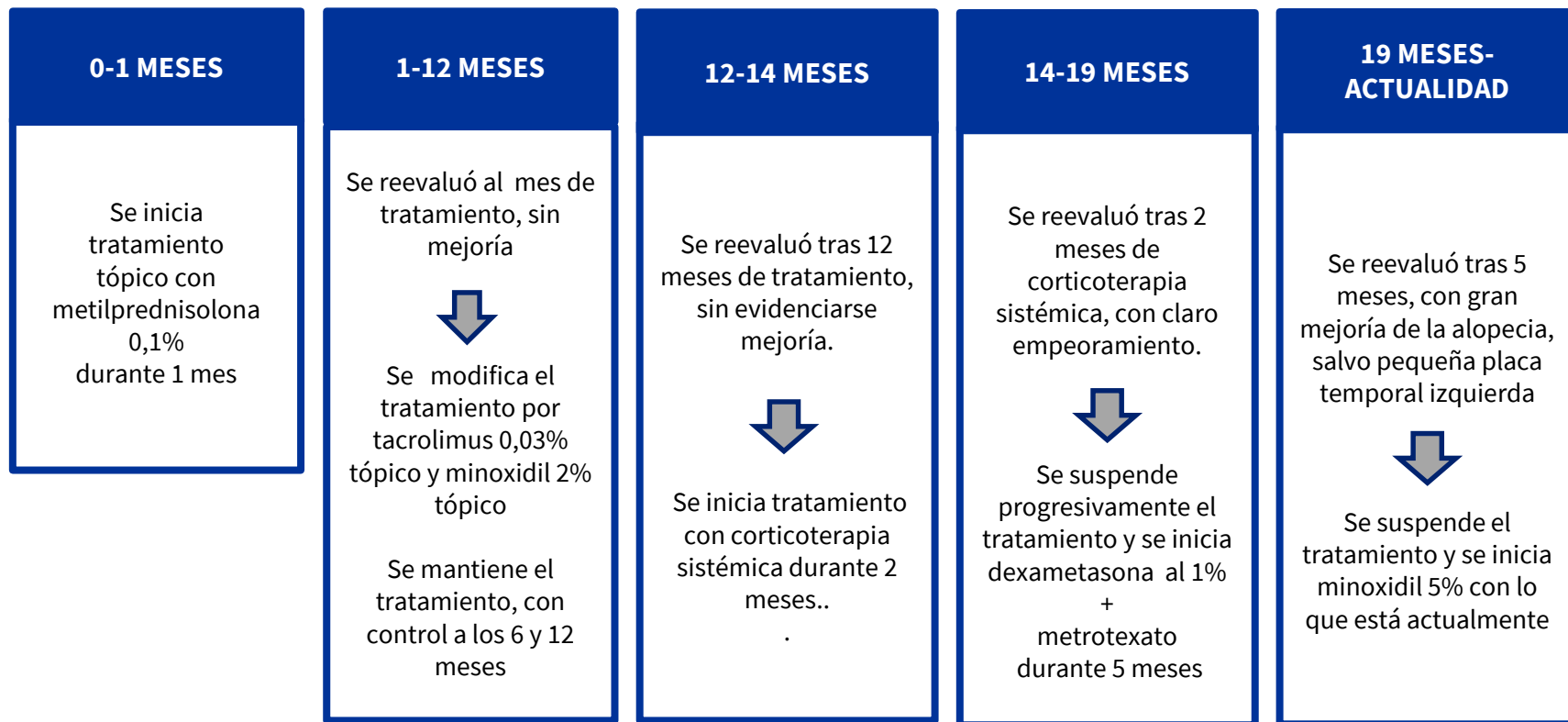
Desde Atención Primaria se cursa analítica sanguínea, que incluye:

- Hemograma.
- Perfil hepático.
- Perfil nutricional.
- Metabolismo férrico.
- Reactantes de fase aguda.
- Estudio autoinmune.
- Estudio tiroideo.
- Estudio celiaquía.
- Inmunoglobulinas .



El paciente no presentó ninguna alteración y se derivó a Dermatología.

Caso 2. Tratamiento y evolución



Caso 2. Tratamiento y evolución

0-1 MESES

1-12 MESES

12-14 MESES

14-19 MESES

19 MESES-
ACTUALIDAD

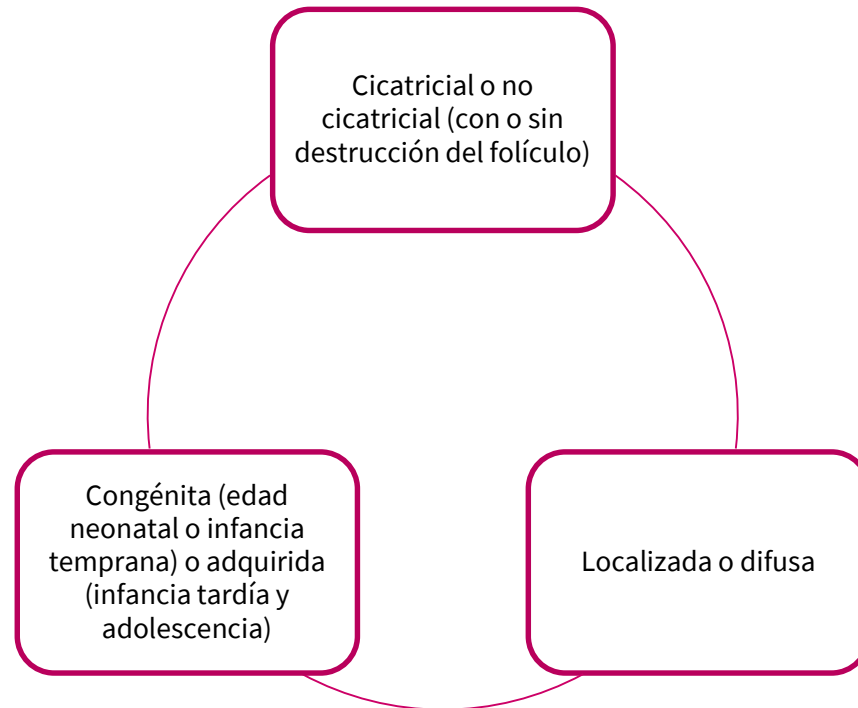


Introducción

- Las alteraciones del cabello son un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria.
- El pelo tiene poca relevancia funcional en el organismo. Sin embargo, sus alteraciones pueden tener una influencia muy negativa a nivel psicológico en el paciente y sus familiares.
- La alopecia de carácter adquirido y no cicatricial es la más frecuente, representando aproximadamente el 90% de las alopecias en la infancia. Las más frecuentes son la alopecia *areata*, *tinea capitis*, el efluvio telogénico y la tricotilomanía.
- El estudio de la alopecia requiere un estudio detallado para clasificar y diagnosticar un proceso que puede ser, desde un proceso banal hasta la manifestación de una enfermedad, déficit nutricional o formar parte de un síndrome genético.

Clasificación

- Ante un paciente con alopecia, deberemos realizar una clasificación rápida para orientar el diagnóstico. Para ello nos centraremos en las siguientes características:



Clasificación de las alopecias congénitas o hereditarias

Alopecia	No cicatricial	Cicatricial
Localizada	<p>Alopecia triangular temporal</p> <p>Síndrome de anágeno suelto</p> <p>Alopecia occipital del recién nacido (por presión)</p> <p>Alopecia traumática</p>	<p>Aplasia cutis congénita</p> <p>Alopecia asociada a trastornos nevoides (nevo sebáceo)</p> <p>Queratosis pilar atrofiante</p> <p>Alopecia traumática</p> <p>Displasias ectodérmicas (genodermatosis con alopecia localizada) (epidermiolisis ampollosas, incontinencia pigmentaria)</p>
Difusa	<p>Efluvio telogénico del recién nacido</p> <p>Hipotricosis congénita</p> <p>Displasia del tallo piloso</p> <p>Síndrome del anágeno suelto</p>	<p>Hipotricosis de Marie-Unna</p> <p>Displasias ectodérmicas</p> <p>Tricotiodistrofia</p>

Clasificación de las alopecias adquiridas

Alopecia	No cicatricial *	Cicatricial
Localizada	<p>Alopecia <i>areata</i></p> <p>Alopecia traumática (tracción, fricción, presión, trauma)</p> <p>Tricotilomanía</p> <p>Infecciones (tiñas no inflamatorias)</p>	<p>Alopecia cicatricial primaria neutrofílica (foliculitis decalvante/disecante)</p> <p>Acné queloideo</p> <p>Alopecia mucinosa</p> <p><i>Tinea capitis</i> inflamatoria</p> <p>Traumatismos intensos (quemadura, radioterapia)</p> <p>Tricotilomanía</p> <p>Dermatosis inflamatorias (liquen plano, lupus discoide, esclerodermia)</p>
Difusa	<p>Efluvio telógeno</p> <p>Efluvio anágeno</p> <p>Alopecia androgénica</p> <p>Alopecia <i>areata</i> (universal)</p>	<p>Foliculitis decalvante</p> <p>Traumática (quemaduras)</p>

*Este grupo representa el 90% de alopecia en la infancia.

Tinea capitis

- Se trata de una dermatofitosis producida por agentes etiológicos del grupo *Trichiohyton* o *Microsporum*. Los más frecuentes en nuestro son *T. tonsurans* y *M. canis*.
- Su mayor incidencia es entre los 3 y 7 años.
- Se manifiesta como una o varias placas descamativas, pruriginosas, con alopecia incompleta al presentar pelos cortos y rotos junto con largos y normales.
- También se puede manifestar como placas eritematosas y descamativas que simulan dermatitis seborreica.
- Existen dos formas más severas, el favus y el querion. El favus es una forma inflamatoria y cicatricial, caracterizado por costras amarillentas y pústulas. El querion es una inflamatoria que drena pus junto linfadenopatías regionales.
- Son reversibles con tratamiento antifúngico. En algunos casos graves y prolongados, puede producirse una alopecia cicatricial irreversible.



Tinea capitis. Tratamiento

- El tratamiento es oral, empleándose en niños la griseofulvina y la terbinafina. También se ha empleado el itraconazol y fluconazol, pero son más caros y de eficacia similar. Su ventaja es su menor duración.
- Los tratamientos tópicos en forma de champú se emplean como adyuvante para reducir la extensión y difusión de las esporas y el riesgo de contagio.
- En las formas inflamatorias, hay que realizar curas para eliminar la supuración y pelos infectados además de añadir antiinflamatorios (corticoides orales) y antifúngicos en las primeras fases.
- Tratamiento:
 - Terbinafina en niños mayores de 4 años. Dosis:
 - ✓ <25 kg: 125 mg al día durante 6 semanas.
 - ✓ 25-35 kg: 187,5 mg por día durante 6 semanas.
 - ✓ >35 kg: 250 mg por día durante 6 semanas (igual que en adultos)
 - Griseofulvina: niños mayores de 2 años. Dosis: 10-20 mg/kg/día cada 12-24 horas durante 4-6 semanas-, hasta conseguir erradicación completa, recomendándose algunos expertos emplear dosis más altas (20-25 mg/kg/día durante 6-8 semanas). Dosis máxima 1 g/día.



Alopecia areata

- Se trata de un proceso crónico, inflamatorio, de origen inmunológico mediada por linfocitos T que afecta al folículo y ocasionalmente a las uñas (*pitting*).
- En el 50% de los casos se inicia antes de los veinte años y el 20% en la infancia.
- Se caracteriza por áreas localizadas de alopecia no cicatricial, muy bien delimitados, con una piel en apariencia normal. En dichas áreas son típicos los pelos afilados en su parte proximal, llamados pelos peládicos o en signo de exclamación.



Alopecia areata

- En ocasiones, puede evolucionar a formas graves, con pérdida total del pelo. Generalmente afecta al cuero cabelludo pero también puede aparecer por el resto del pelo corporal, produciendo una alopecia universal.
- En el 60% de los casos hay remisiones espontáneas en un año. En el resto, aparecen recurrencias o se hace permanente. Son factores de peor pronóstico: el comienzo en la infancia, la afectación marginal de cuero cabelludo (ofiasis), cambios ungueales y asociación con dermatitis atópica.
- Se ha demostrado su asociación otros procesos autoinmunes: enfermedades autoinmunes tiroideas (30% de los casos), vitíligo, diabetes *mellitus*, el síndrome de Addison, el lupus y la trisomía 21.

Alopecia areata. Tratamiento de primera línea

Corticoides tópicos potentes

- **Es el tratamiento de primera línea en niños, especialmente en las formas localizadas.**
- Fármacos usados: propionato de clobetasol 0,05% o dipropionato de betametasona 0.05%
- Modo de empleo: se aplican 2 veces al día sobre el área afecta y 1 cm de margen sano, durante 2-6 semanas consecutivas. Se puede emplear sólo o combinado con minoxidil.
- Resultados: Este tratamiento presenta una tasa de recaída del 37-63%.
- Efectos adversos: atrofia cutánea iatrogénica (el más frecuente), hipopigmentación o teleangiectasias en la zona.



Alopecia areata. Tratamiento de primera línea

Infiltración intradérmica de corticoides

- Es el tratamiento de primera línea en adultos y en las formas localizadas de los adolescentes, empleándose sobre placas únicas o múltiples con una afectación inferior al 50% del cuero cabelludo. En niños el dolor limita su uso.
- Fármaco usado: la triamcinolona el más empleado.
- Modo de empleo: previa a la infiltración se aplica anestésico tópico (como lidocaína 2.5%). Estas infiltraciones se puede repetir cada 4-6 semanas, y finaliza cuando el crecimiento es completo.
- Resultado: Generalmente, el crecimiento de pelo aparece normalmente a las 6-8 semanas tras iniciar las inyecciones en 2/3 de los pacientes. Si no hay respuesta en 6 meses, se debe interrumpir el tratamiento.
- Efectos adversos: atrofia cutánea iatrogénica (el más frecuente), hipopigmentación o teleangiectasias en la zona.

Alopecia *areata*. Tratamiento de primera línea

Inmunoterapia tópica

- El objetivo es producir una dermatitis de contacto alérgica controlada en el cuero cabelludo para que los linfocitos produzcan dermatitis en lugar de actuar sobre el folículo piloso
- Sensibilizador usado: el más empleado es difenciprona (DPCP, difenilciclopropeno).

Alopecia areata. Tratamiento de primera línea

Inmunoterapia tópica

- Modo de empleo. 2 fases:
 - 1. Sensibilización del paciente: colocación de un parche de DPCP al 2% en un área pequeña del cuero cabelludo para hacer al paciente alérgico y esperar 15 días hasta que el paciente se sensibilice.
 - 2. Búsqueda de la concentración de DPCP ideal: el objetivo es alcanzar la concentración óptima (aquella que produce una reacción similar a una quemadura) para que el paciente se pueda aplicar el producto de forma local. Se comienza con aplicaciones de DPCP al 0,01% y si no irrita, se va subiendo progresivamente hasta obtener la reacción, como máximo se empleará DPCP al 2%. Si irrita mucho, se bajará a DPCP al 0,05% y se irá aumentando lentamente. Una vez encontrada dicha concentración, se aplicará una vez por semana sobre las zonas afectadas, con lavado de pelo unas 24-48 horas después. Mientras que el producto esté sobre la piel, deben protegerse esas zonas de la exposición solar con sombrero o pañuelo.

Alopecia areata. Tratamiento de primera línea

Inmunoterapia tópica

- Resultados: El crecimiento del pelo comienza a las 4-12 semanas del tratamiento. Una vez que se ha conseguido la máxima ganancia de pelo, se reduce el tratamiento. Si no se consigue respuesta a los 6 meses, se suele interrumpir el tratamiento.
- El principal efecto adverso es la dermatitis grave. Si aparecen vesículas o ampollas, se debe lavar y tratar con corticoides tópicos.

Alopecia areata. Tratamiento de segunda línea

- **Minoxidil 2 y 5%:** es usado 2 veces al día, siendo más efectivo la solución al 5%. Se debe emplear durante 3 meses para evaluar su efectividad y posteriormente se requiere continuar su aplicación para mantener el crecimiento del pelo. Se puede emplear sólo o combinados con el tratamiento de primera línea. NO es efectivo en pacientes con alopecia difusa. Suele ser bien tolerado, aunque puede producir crecida de pelo en zonas indeseadas, como el vello facial, prurito o dermatitis.
- **Antralina:** es menos potente y más irritativo, porque lo su uso está muy limitado en niños y sólo se suele emplear en adultos con psoriasis.
- **Fotoquimioterapia con radiación PUVA:** se emplea durante 4-6 meses en casos de alopecia difusa o universal, en los que no se tolera la inmunoterapia. A largo plazo se ha asociado con tumores cutáneos malignos, por lo que su uso está limitado en niños.

Alopecia *areata*. Tratamiento sistémico

Se emplean en casos de alopecia *areata* grave. Sin embargo, pese a su uso, existe una alta tasa de recaída y los potentes efectos adversos limitan su uso en casos de recidiva.

- **Glucocorticoides orales:** se emplean ciclos de 4-6 semanas de glucocorticoides a 1 mg/kg/día para frenar la caída del pelo brusca en pacientes con alopecia extensa. Sus efectos adversos limitan su uso a largo plazo
- **Metotrexato:** fármaco empleado en casos de alopecias extensas resistentes al tratamiento en adultos. Sin embargo, en niños, aún no hay estudios suficientes que muestren su eficacia. La duración óptima del tratamiento es desconocida, empleándose actualmente, según los escasos estudios no controlados, unos 18-24 meses en los niños respondedores y suspendiéndose a los 6-9 meses en pacientes sin respuesta. Los principales efectos adversos son elevación de las transaminasas, estomatitis, náuseas y vómitos.
- Otros fármacos empleados: ciclosporina A, tacrolimus, sulfasalazina y azatioprina, pero al igual que el metotrexato, hay escasos estudios en niños, y altas tasas de recidivas al suspender el tratamiento y efectos adversos.

Efluvios anágenos y telógenos

En este tipo de alopecia el cabello se cae como consecuencia de un factor estresante. Por ello, el tratamiento se basará en suspender el agente detonante.

Es el tipo más frecuente de alopecia difusa en la infancia.

Existen dos tipos de efluvios en función de la fase de crecimiento del cabello a la que afecte: efluvio anágeno y efluvio telógeno.

- **Efluvio anágeno:** se trata de una alopecia de instauración **rápida** en la que el factor desencadenante afecta a los folículos que se encuentran en fase anágena (o fase activa del crecimiento del cabello). Son factores desencadenantes: tratamientos radioterápicos o quimioterápicos, incluyendo ciclofosfamida, doxorubicina, metotrexato y azatioprina. Tras retirar dicho factor, el cabello crece, aunque en ocasiones puede alterarse la textura o el color. Rara vez la pérdida de pelo es permanente.

Efluvios anágenos y telógenos

- **Efluvio telógeno:** es una alopecia de instauración **lenta** en la que un factor estresante provoca el paso de los folículos que están en fase anágena, de crecimiento, hacia una fase telógena (fase de reposo o de caída del cabello). Esta pérdida de pelo se produce aproximadamente tres meses después de exponerse al factor. Son factores desencadenantes: enfermedades febriles, medicamentos, hemorragias intensas, cambios en la dieta (periodos ayuno), cirugías, estrés emocional, etc. Si el efluvio se mantiene durante más de seis meses, pasa a denominarse **efluvio telogénico crónico**, que tiene como causas más frecuentes alteraciones tiroideas, déficit de hierro, malabsorción (celiaquía) o malnutrición (anorexia).

Tricotilomanía

- La alopecia se produce por arrancamiento compulsivo del niño. Puede asociarse a otras alteraciones del comportamiento (succión del dedo, onicofagia)...
- Se presenta como un área irregular con pelos de distintas longitudes (a diferencia de la alopecia *areata*, con placa de borde regular y pelo en el mismo estadio).
- Las cejas y pestañas pueden afectarse. La piel suele ser normal, aunque puede aparecer liquenificación o escoriaciones por rascado.

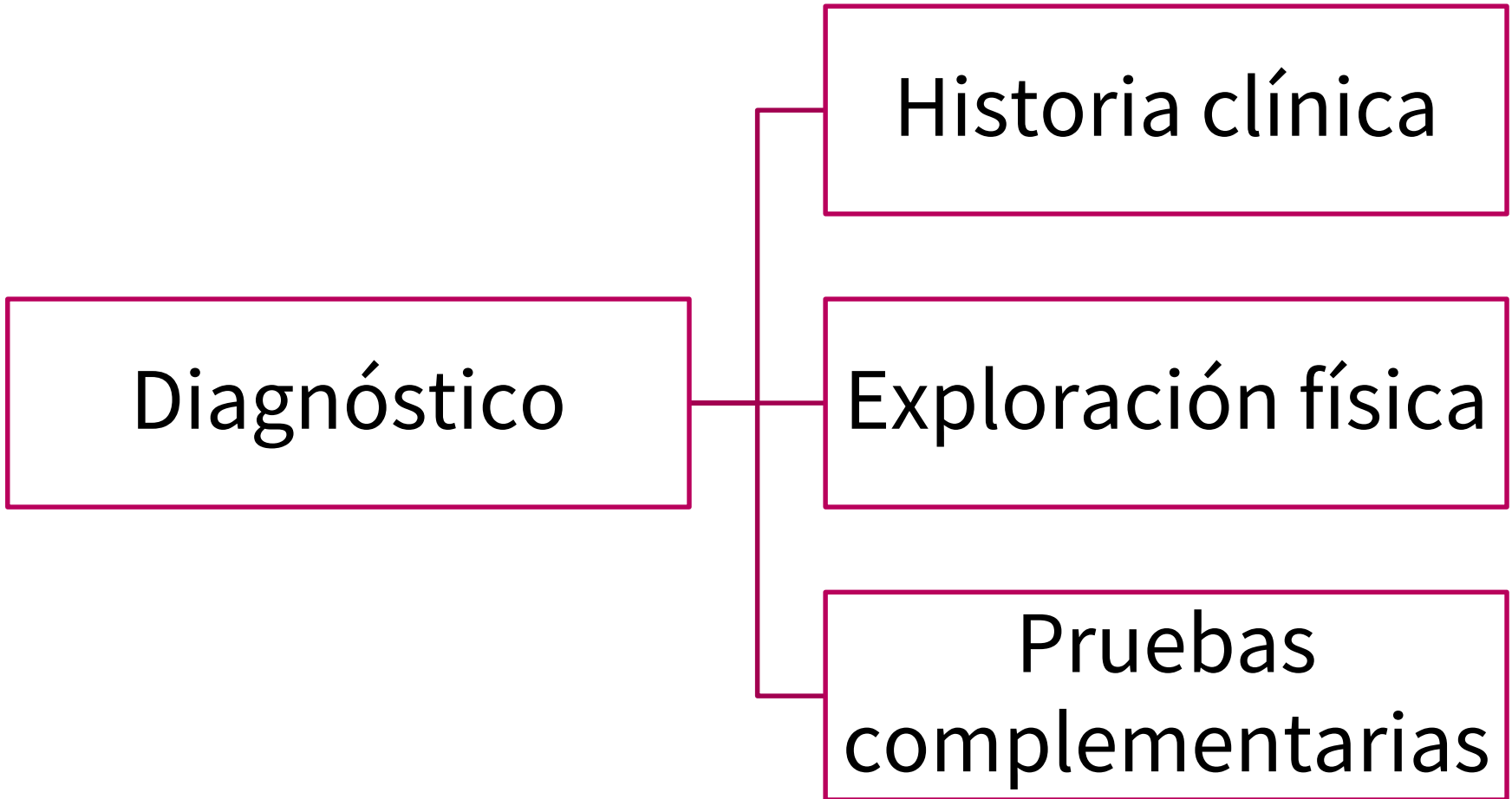
Alopecia traumática

- La alopecia, en la mayoría de los casos, es de tipo fraccional, por peinados muy apretados (trenzas, coletas), que tensan el pelo constantemente, con disminución de los cabellos en dichas áreas de más tensión.
- El tratamiento se basará en interrumpir el mecanismo que lo produce, antes de que aparezcan cicatrices y la pérdida de pelo se perpetúe.



Alopecia cicatricial

- Pueden ser el resultado de un defecto del desarrollo, infecciones que produzcan un daño inflamatorio severo, traumatismo físico intenso, irradiación, enfermedades infiltrativas y otras dermatosis como el liquen plano, lupus discoide o esclerodermia
- Existen pocas evidencias sobre el tratamiento a emplear.



Historia clínica

- Historia del proceso tricológico
 - Momento de aparición (nacimiento, infancia o adolescencia)
 - Progresión (rápida, lenta)
 - El patrón de distribución (difuso, localizado)
 - Alteración de otro anejo.
- Asociación a síntomas acompañantes (fatiga, cambio de peso, fiebre)
- Antecedentes familiares: enfermedades autoinmunes, dermatológicas y psiquiátricas.

Historia clínica

- Factores precipitantes en los meses previos al inicio del cuadro:
 - Medicamentos, principalmente retinoides, exceso de ingesta de vitamina A, anticoagulantes, ácido valproico, beta bloqueantes, cimetidina, quimioterapia, radioterapia.
 - Desnutrición crónica: el pelo presenta cambios de coloración, pudiendo presenta bandas de color oscuro alternando con bandas de color claro, el denominado “signo de la bandera” que traduce los períodos en que el paciente tiene mayor o menor ingesta calórica proteica. Suelen presentarlos pacientes con anorexia nerviosa o bulimia.
 - Desnutrición aguda grave.

Historia clínica

- Alteraciones metabólicas: se suele asociar a detención del crecimiento y desarrollo, eccema, diarrea y alteraciones del pelo (aparición de pelo reseco, quebradizo, claro y de crecimiento lento. Las causas más frecuentes son:
 - Deficiencia de ácidos grasos, en pacientes con alteraciones en la absorción intestinal o con alimentación parenteral con poca cantidad de ácidos grasos.
 - Deficiencia de biotina (vitamina B₇) y biotinidasa por defectos congénitos de carboxilasas. El tratamiento es con biotina oral.
 - Deficiencia de zinc, principalmente la acrodermatitis enteropática, en pacientes con desnutrición crónica o malabsorción. El tratamiento consiste en la administración oral de zinc.
- Enfermedades autoinmune: principalmente alteraciones tiroideas.
- Cuidado del cabello: productos químicos, tipo de peinados.
- Otros: infecciones, cirugías, trastornos psiquiátricos.

Exploración

Aspecto general

- Fenotipo dismórfico, datos de enfermedad aguda, signos de enfermedades autoinmunes o metabólicas como retraso en el crecimiento o alteraciones dentarias.

Piel y uñas

- Se buscará cualquier alteración como vitíligo, dermatitis atópica, piel seca, piqueteado ungueal en forma de depresiones puntiformes o *pitting*).



Exploración

Cuero cabelludo y otras zonas vellosas

- Se analizarán el patrón de alopecia, la piel subyacente y aspecto del cabello afectado y restante (color, textura, fragilidad...) así como la presencia de eritema, edema, cicatrices, foliculitis, inflamación, descamación, pústulas o cualquier otra alteración.
- Las alteraciones del tallo piloso se analizarán mediante dermatoscopia o el examen microscópico de los cabellos por el dermatólogo.
- A nivel de la consulta de atención primaria, existen algunas maniobras específicas que pueden ayudar el diagnóstico. La más empleada es la **maniobra de Sabourad** o **signo del arrancamiento**: realizando una suave tracción determinará si el pelo es frágil y se desprende o no con facilidad; la positividad a esta prueba indica alteraciones en el ciclo del pelo (efluvio telogénico, anágeno) y alopecia *areata*.

Pruebas complementarias

Las pruebas complementarias se solicitarán según la sospecha clínica. Algunas de ellas requerirán derivación al especialista. Sin embargo, muchas se pueden realizar desde la consulta de atención primaria cuando no existe un desencadenante claro.

Desde Atención Primaria

- Hemograma.
- Velocidad de sedimentación.
- Metabolismo férrico.
- Perfil nutricional.
- Despistaje de celiaquía*.
- Estudio tiroideo (tirotropina, T4, anticuerpos antitiroideos)*.
- Serología de sífilis.
- Anticuerpos antinucleares.

Desde Dermatología

- Tricograma.
- Fototricograma.
- Examen con luz polarizada.
- Microscopia electrónica.
- Biopsia cutánea.
- Cultivo y visión directa microbiológica.

*Especialmente si sospechamos alopecia *areata*.

Conclusiones

- La alopecia es un motivo frecuente de consulta en atención primaria, siendo las más prevalentes las de carácter adquirido y no cicatricial.
- Su estudio es fundamental, para, por una parte, tratar un problema que puede traer consigo repercusiones negativas a nivel psicológicas sobre el niño y por otra parte, poder diagnosticar alteraciones más graves del paciente que deberemos descartar.
- Para una orientación correcta, será esencial realizar una buena anamnesis, exploración física y pruebas complementarias correspondientes en función de nuestra sospecha diagnóstica, con el fin de realizar un diagnóstico y tratamiento precoz y reconocer aquellos casos que requieren la derivación al especialista.