

Alopecias más frecuentes en un centro dermatológico de tercer nivel

Most frequent alopecias in a third-level dermatological center.

Adalid Yakelin Morales-Miranda,¹ María de Lourdes Morales-Trujillo²

Resumen

ANTECEDENTES: La alopecia es un problema común en la población. En algunos países representa uno de los 10 motivos más frecuentes de consulta dermatológica. En México no existen reportes al respecto.

OBJETIVO: Describir las variedades de alopecia cicatriciales y no cicatriciales más frecuentes en un centro dermatológico de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, realizado de octubre de 2016 a marzo de 2017, en el que se revisaron los expedientes de pacientes mayores de 15 años que acudieron a consulta por caída de cabello. Se registró sexo, edad y tipo de alopecia. Se realizó estadística descriptiva.

RESULTADOS: Se encontraron 111 pacientes, 69 (63%) mujeres y 42 (37%) hombres, la edad media fue de 40 años. Las alopecias no cicatriciales representaron 82% (91 casos), las alopecias cicatriciales correspondieron al 18% restante (20 casos). El diagnóstico más frecuente correspondió a la alopecia areata con 36%, seguida por la alopecia por tracción en 22% y la alopecia androgenética en 19%.

CONCLUSIÓN: La alopecia areata fue el diagnóstico más frecuente en los pacientes que consultaron por caída de cabello, seguida por la alopecia por tracción y la alopecia androgenética.

PALABRAS CLAVE: Alopecia; alopecia areata; alopecia no cicatricial; alopecia cicatricial.

Abstract

BACKGROUND: Alopecia is a common problem in the population. In some countries it is found as one of the 10 most frequent causes for dermatologic consultation. In Mexico, there are not reports in this topic.

OBJECTIVE: To describe the most frequent alopecias in a third level dermatological center.

MATERIAL AND METHOD: An observational, retrospective, cross-sectional, descriptive study done from October 2016 to March 2017. We reviewed the medical record of patients with hair loss, and recorded gender, age, type of alopecia. Descriptive statistics was done.

RESULTS: We included 111 patients, 69 women (63%) and 42 (37%) men, mean age was 40 years, non-cicatricial alopecias represented 82%, cicatricial alopecias corresponded to the remaining 18%. The most frequent diagnosis was alopecia areata, with 36%, followed by traction alopecia and androgenetic alopecia with 19%.

CONCLUSION: Alopecia areata was the most frequent diagnosis in patients who consulted for hair loss, followed by traction alopecia and androgenetic alopecia.

KEYWORDS: Alopecia; Alopecia areata; Non cicatricial alopecia; Cicatricial alopecia.

¹ Dermatóloga y tricóloga.

² Dermatóloga y dermatopatóloga. Jefa del Servicio de Dermatología. Unidad de Especialidades Médicas, SEDENA.

Recibido: febrero 2017

Aceptado: abril 2017

Correspondencia

Adalid Yakelin Morales Miranda
morayami05@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Morales-Miranda AY, Morales-Trujillo ML. Alopecias más frecuentes en un centro dermatológico de tercer nivel. Dermatol Rev Mex. 2018 mayo-junio;62(3):216-220.

ANTECEDENTES

La alopecia es un problema común y afecta incluso a 50% de la población en algún momento de su vida. Son numerosas las enfermedades y condiciones que pueden ocasionar caída de cabello o alopecia.¹

Su incidencia y prevalencia por variedad clínica han sido difíciles de estimar y existen notorias diferencias entre los distintos grupos de edad, sexo y etnias, atribuidas a diversos tipos de cabello, estilos de peinados, prácticas y cuidados, entre otras causas.²

Las alopecias más frecuentes en población caucásica son la alopecia androgenética masculina y femenina, la alopecia areata y el efluvio telógeno. Mientras que en afrodescendientes se reportan principalmente la alopecia por tracción y la alopecia central centrífuga.³

En nuestro país no existen reportes de la frecuencia de las diversas alopecias.

El objetivo de este trabajo fue describir la frecuencia de las variedades de alopecia cicatriciales y no cicatriciales en la Clínica de Pelo de una consulta dermatológica de tercer nivel. Así como determinar las características demográficas de la población estudiada.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, realizado de octubre de 2016 a mayo de 2017. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes mayores de 15 años, con cualquier tipo de alopecia, referidos a la Clínica de Pelo del servicio de Dermatología de la Unidad de Especialidades Médicas, SEDENA. Se registraron: género, edad y tipo de alopecia.

RESULTADOS

Se incluyeron 111 pacientes, de los que 69 (63%) eran mujeres. El intervalo de edad fue de 15 a 75 años, con edad media de 40 años. La distribución por grupos de edad se detalla en la **Figura 1**.

Las alopecias no cicatriciales fueron las más frecuentes con 91 casos (82%), las alopecias cicatriciales se manifestaron en 20 pacientes (18%).

Las tres primeras causas de consulta por caída de cabello fueron: alopecia areata en 33 pacientes (36%), alopecia por tracción en 20 casos (22%) y la alopecia androgenética en 17 pacientes (19%), el resto de las variedades encontradas y su distribución por sexo y edad se describe en el **Cuadro 1**.

La alopecia areata fue más frecuente en el sexo femenino con 17 (51.5%) pacientes y 16 hombres (48.5%). Respecto a la morfología se observó placa única en 10 pacientes (30.3%), más de dos placas en 21 pacientes (67%), un caso de alopecia total y uno de alopecia univer-

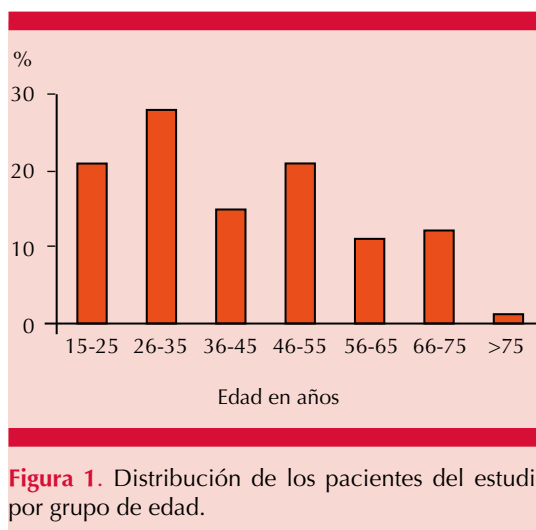


Figura 1. Distribución de los pacientes del estudio por grupo de edad.

Cuadro 1. Variedades de alopecia más frecuentes en el estudio, distribución por sexo y edad

Variedad de alopecia	Número de casos (%)	Porcentaje hombres/mujeres	Media de edad (años)
Alopecia areata	33 (47.1)	H: 55%, M: 45%	39
Alopecia por tracción	20 (28.5)	M: 100%	31
Alopecia androgenética	17 (24.2)	H: 57%, M: 43%	49
Efluvio telógeno crónico	13 (18.5)	M: 100%	38
Efluvio telógeno agudo	6 (6.6)	M: 100%	39
Tricotilomanía	1 (1.4)	M	70
Alopecias cicatriciales	20 (28.1)	H: 60%, M: 50%	39

sal (Figura 2). Por topografía el sitio más afectado fue la región occipital.

Según el tipo de infiltrado inflamatorio, fueron más frecuentes las alopecias linfocíticas con 40%, seguidas de las alopecias neutrofílicas con 35% y, por ultimo, las alopecias mixtas con 20%.

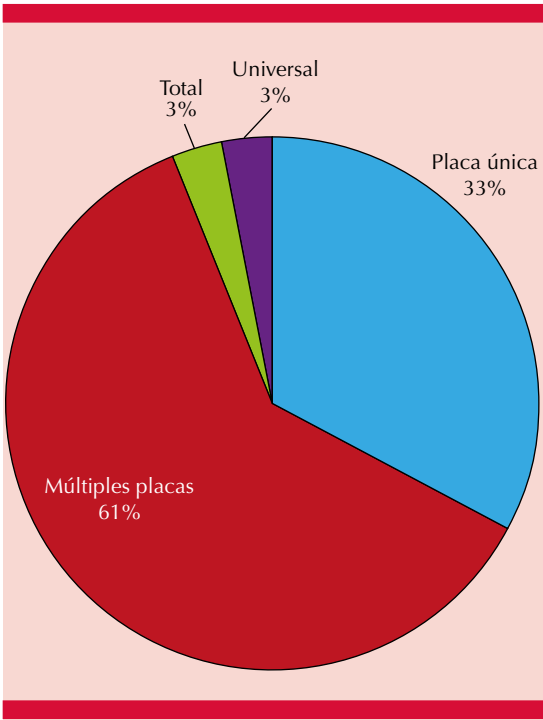


Figura 2. Subtipos de alopecia areata encontrados en el estudio.

Se encontraron tres casos de alopecia frontal fibrosante (15%), tres casos de liquen plano pilar (15%), dos casos de lupus discoide (10%), cuatro casos de foliculitis decalvante (20%), dos casos de celulitis disecante o perifoliculitis abcediens (10%), un caso de dermatosis pustulosa erosiva de la piel cabelluda (5%) y cuatro casos de acné queloides de la nuca (20%), su distribución por sexo y edad se especifica en el Cuadro 2.

DISCUSIÓN

La epidemiología de la alopecia ha sido difícil de estimar, un estudio reciente efectuado en Estados Unidos reportó que la alopecia areata es causa de consulta frecuente, representa 25% de todas las visitas médicas por caída de cabello.⁴ En nuestro estudio la prevalencia de la alopecia areata fue aún mayor, suponemos que es debido a que se detecta con mayor facilidad y por tratarse de consulta de tercer nivel.

En ese mismo estudio se encontró que la alopecia areata fue más frecuente en el sexo femenino (51%);⁴ sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En México, Guzmán-Sánchez y colaboradores encontraron también que la alopecia areata fue más frecuente en mujeres (57%),⁵ al igual que en nuestra serie.

En nuestro estudio el área más afectada fue la piel cabelluda y específicamente la región occipital, similar a lo reportado en la bibliografía.⁶

Cuadro 2. Alopecias cicatriciales encontradas, número de casos y porcentajes, distribución por sexo y edad media

Tipo de alopecia	Núm. de casos (%)	Sexo	Edad media en años
Foliculitis decalvante	4 (20)	Hombres: 100% (4)	47
Celulitis disecante	2 (10)	Hombres: 100%	29
Dermatosis pustulosa erosiva de la piel cabelluda	1 (5)	Mujeres: 100%	77
Acné queloideo de la nuca	4 (20)	Hombres: 100% (4)	27
Alopecia frontal fibrosante	3 (15)	Mujeres: 100%	62.3
Liquen plano pilar	3 (15)	Mujeres: 100%	62.3
Lupus eritematoso discoide	2 (10)	Mujeres: 100%	34

El segundo lugar en frecuencia correspondió a la alopecia por tracción antiguamente denominada alopecia groenlándica, que se ha reportado con mayor frecuencia en población femenina afroamericana con incidencia de 17 a 33%,^{2,3} existen escasos reportes en otras etnias o razas. No encontramos datos publicados de su frecuencia en población mexicana. Se considera que la tracción sostenida del cabello por peinados muy apretados como la cola de caballo o “cebolla” ocasiona daño mecánico en la raíz del pelo, lo que condiciona la pérdida capilar definitiva. Suponemos que su alta frecuencia puede ser ocasionada porque una gran cantidad de las pacientes evaluadas eran militares (enfermeras u obreras) que deben recogerse el cabello durante más de 8 horas al día.

La alopecia androgenética ocupó el tercer lugar como causa de consulta a pesar de ser la variedad más frecuente en hombres y en mujeres, seguida del efluvio telógeno agudo y crónico.

Las alopecias cicatriciales se clasifican de acuerdo con el infiltrado inflamatorio predominante a nivel folicular en tres tipos: alopecias linfocíticas, neutrofílicas y de infiltrado mixto. En pacientes con enfermedad de inicio reciente, los hallazgos clínicos e histológicos permiten establecer un diagnóstico más certero, en los casos de larga evolución suele ser más difícil e incluso imposible clasificar la enfermedad.

Este tipo de alopecias tiene prevalencia menor, su frecuencia en clínicas de cabello es de 3.2 a 7%;^{7,8} en ambos estudios predominaron las alopecias con infiltrados linfocíticos. En nuestro estudio la frecuencia de las alopecias cicatriciales primarias fue mayor (18%).

Tan y colaboradores reportaron un estudio realizado en 112 pacientes con alopecias cicatriciales; encontraron que el lupus eritematoso discoide fue el tipo más frecuente con 33.9%, seguido de la pseudopelada de Brock con 24.1%, en tercer lugar el liquen plano pilar con 22.3%.^{8,9} En el estudio publicado por Whiting efectuado en 358 pacientes, las alopecias cicatriciales predominaron en la población femenina, con media de edad de 41 años, la pseudopelada de Brock o alopecia cicatricial no específica ocupó el primer lugar, seguida del liquen plano pilar.⁹

En los estudios mencionados las alopecias con infiltrados neutrofílicos tienen baja prevalencia: 10% para la foliculitis decalvante, 4.5% celulitis disecante y 1.8% para el acné queloideo de la nuca que se considera de infiltrado mixto. En nuestro estudio la alopecia cicatricial más frecuente fue la foliculitis decalvante y el acné queloideo de la nuca, este hallazgo es similar a lo publicado en pacientes con piel de color (afroamericanos, nativos americanos, etc.), poblaciones en las que suelen ser más frecuentes las alopecias neutrofílicas, como la foliculitis

decalvante, celulitis disecante y las alopecias linfocíticas, como la alopecia central centrífuga (casi exclusiva de población negra).^{9,10}

En la actualidad la etiopatogenia de la foliculitis decalvante no está bien definida, se ha implicado colonización del folículo piloso por *S. aureus* que podría actuar como superantígeno y estar implicado en la respuesta inflamatoria observada, otros autores han sugerido que la oclusión folicular mecánica y la retención de cabellos en telógeno contribuyen a generar la inflamación propia de esta enfermedad.^{11,12} El personal militar suele usar casco de material Kevlar por largas jornadas, en ocasiones más de 4 horas continuas al día, éste pudiera representar un factor predisponente de la alta prevalencia de foliculitis decalvante en nuestro estudio. El acné queloides de la nuca se ha asociado con rasurado frecuente y el personal militar debe rasurar el cabello cada semana.

Limitaciones

Tamaño reducido de la muestra, diseño retrospectivo del estudio.

CONCLUSIÓN

La alopecia areata fue la causa de consulta más frecuente por caída de cabello, seguida por la alopecia por tracción y la alopecia androgenética. Las alopecias neutrofilicas fueron más frecuentes que las linfocíticas. Hace falta mayor número de estudios al respecto en población mexicana.

REFERENCIAS

1. Mounsey A, Reed S. Diagnosing and treating hair loss. *Am Fam Physician* 2009;80(4):356-362.
2. Madu P, Kundu V. Follicular and scarring disorders in skin of color: presentation and management. *Am J Clin Dermatol* 2014;15:307-321.
3. Alexis AF, Sergay AB, Taylor SC. Common dermatologic disorders in skin of color: A comparative practice survey. *Cutis* 2007;80:387-394.
4. McMichael AJ, Pearce DJ, Wasserman D, et al. Alopecia in the United States: outpatient utilization and common prescribing pattern. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:S49-51.
5. Guzman-Sanchez DA, Villanueva-Quintero GD, Alfaro-Alfaro N, Mac Michael A. A clinical study of alopecia areata in Mexico. *Int J Dermatol* 2007;46(12):1308-1310.
6. Villasante A, Miteva M. Epidemiology and burden of alopecia areata: a systematic review. *Clin Cosmet Invest Dermatol* 2015;8:397-403.
7. Haskin A, Aguh C. All hairstyles are not created equal: what the dermatologist needs to know about black hairstyling practices and the risk of traction alopecia. *J Am Acad Dermatol* 2016; 75:606-611.
8. Tan E, Martinka M, Ball N, Shapiro J. Primary cicatricial alopecias: Clinicopathology of 112 cases. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:25-32.
9. Whiting D. Cicatricial alopecia: clinico-pathological findings and treatment. *Clin Dermatol* 2001;19:211-225.
10. Thakur BK, Verma S, Raphael V. Clinical, trichoscopic, and histopathological features of primary cicatricial alopecias: A retrospective observational study at a tertiary care centre of North East India. *Int J Trichol* 2015;7:107-12.
11. Rocha M, Pereira C, Fernández C. Folliculitis decalvans: the use of dermatoscopy as an auxiliary tool in clinical diagnosis. *An Bras Dermatol* 2013;88(5):814-6.
12. Vañó-Galván S, Molina Ruíz AM, Fernández-Crehuet P, Rodríguez-Barata R, Arias-Santiago S, Serrano-Falcón C, et al. Folliculitis decalvans: a multicentre review of 82 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:1750-1757.