



Alopecias difusas y no cicatriciales: abordaje de la alopecia areata incógnita

RESUMEN

La alopecia areata incógnita está en vías de clasificación; puede considerarse entre las alopecias difusas no cicatriciales. Tiene mayor incidencia en mujeres jóvenes con caída de cabello súbita y con prueba de tracción positiva. Los hallazgos tricoscópicos, histológicos y el tratamiento son semejantes a los de la alopecia areata convencional; asimismo, el pronóstico es favorable en la mayoría de los casos.

Palabras clave: alopecias cicatriciales, alopecias no cicatriciales, alopecia areata, alopecia areata incógnita, alopecia tosti, alopecia aguda y difusa de la mujer.

Julio César Jasso-Olivares¹
Antonella Tosti²
Mariya Miteva³

¹ Dermatólogo egresado del Instituto Nacional de

Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán.

² Dermatólogo experto en enfermedades del pelo.

³ Dermatólogo y Dermatopatólogo.

Escuela de Medicina Miller, Hospital de la Universidad de Miami.

Diffuse and non-scarring alopecias: approach to alopecia areata incognita

ABSTRACT

Alopecia areata incognita is currently in process of classification, it can be addressed among the non-scarring and diffuse alopecias. It is more prevalent in young women with sudden hair fall and positive pull test. The trichoscopy, histological findings and treatment are similar to those of conventional alopecia areata; also the prognosis is favorable in most cases.

Key words: scarring alopecia, non-scarring alopecia, alopecia areata, alopecia areata incognita, alopecia tosti, acute and diffuse alopecia of the women.

Nota: en agradecimiento a la Fundación Mexicana para la Dermatología por su apoyo para la realización de este estudio mediante el programa de becas de estancia corta en el extranjero.

Recibido: 10 de marzo 2015

Aceptado: 12 de junio 2015

Correspondencia: Dr. Julio C Jasso Olivares
Calzada de las Águilas 1037
01759 México, DF
j.c.jasso@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Jasso-Olivares JC, Tosti A, Miteva M. Alopecias difusas y no cicatriciales: abordaje de la alopecia areata incógnita. Dermatol Rev Mex 2015;59:406-410.

Antecedentes y epidemiología

Para propósitos prácticos las alopecias pueden clasificarse como cicatriciales y no cicatriciales, así como localizadas y difusas. Entre las alopecias difusas no cicatriciales, encontramos un vasto número de enfermedades cuya semejanza clínica puede dificultar el abordaje y elección del tratamiento oportuno. Con base en diferentes herramientas (historia clínica, examen físico, tricoscopia, histología, etc.), el clínico puede inclinarse al diagnóstico de cualquiera de las mismas; en orden de frecuencia son: la alopecia androgenética con patrón masculino o femenino, que llega a afectar, aunque en diferentes escalas de gravedad, a 80% de los hombres y 50% de las mujeres.¹ No obstante, y según el contexto del paciente, otras alopecias difusas deben tomarse en cuenta.

En alopecia areata conocemos clásicamente cuatro subtipos: en placas localizada o difusa, ofiasis, ofiasis inversa, total y universal. El término alopecia areata incógnita lo utilizó por primera vez en 1987 Alfredo Rebora en Italia,² término poco reconocido, caracterizado por alopecias difusas y hallazgos tricoscópicos e histológicos de alopecia areata cuyos diagnósticos diferenciales son otras alopecias difusas comunes, como efluvio telógeno y alopecia androgenética, aunque esta enfermedad es de inicio agudo (semanas), pero con curso crónico e intermitente y, de acuerdo con los casos publicados en la bibliografía, en más de 86% de los casos afectados son mujeres entre 20 y 40 años, cuyo pronóstico es favorable, sobre todo cuando se compara con otras alopecias difusas.^{3,4} En la actualidad, la prevalencia se desconoce, pero con base en la experiencia de los autores, es frecuente.

Fisiopatología

En sus observaciones iniciales, Rebora comprobó un porcentaje elevado de pelos en telógeno

estipulando que probablemente sea secundaria a la existencia (y persistencia) de algunos y escasos pero difusos pelos en anágeno temprano VI (aquellos con índice mitótico más alto y por tanto más vulnerables al daño),⁵ en la que sólo estos pelos en anágeno podrían destruirse y la pérdida de cabello sería difusa en lugar de en placas, como en alopecia areata, pudiendo así diferenciarse de esta entidad, porque en la alopecia areata clásica los pelos crecen o mudan con distrofia y las placas alopécicas se formarían debido a que hay un mismo grupo de pelos en subfase aguda de anágeno que son detenidos simultáneamente por la misma alteración mitótica, lo que resulta en bordes bien definidos en la placa. En cambio, en la alopecia areata incógnita la pérdida del cabello sólo es telogénica, lo que resulta en alopecias difusas en ausencia de retracción o placas alopécicas.⁵

Cuadro clínico

Al ser una enfermedad de descripción reciente, hay pocos estudios que evalúen sus características clínicas generales con el fin de clasificarla y establecer criterios clínicos diagnósticos, de hecho, algunos dermatólogos no comparten la existencia de tal entidad y la encasillan en otros trastornos de alopecias no cicatriciales y alopecias difusas, como efluvio telógeno, alopecia androgenética con patrón femenino o simplemente como una enfermedad con miniaturización aguda del cabello o alopecia Tosti.⁶ Sin embargo, en los reportes actuales la alopecia areata incógnita tiene patrones bien definidos que la diferencian de otras formas de alopecias no cicatriciales con alopecias difusas con afectación clínica a mujeres menores de 40 años (87%) que tienen alopecia difusa (con caída de pelos en telógeno) sin causa identificada, localizada predominantemente en el vértice (Figura 1), sin retracción de la línea de implantación con o sin tricodinia,⁷ de inicio agudo (promedio dos meses) y pronta recuperación (promedio seis meses).



Figura 1. Alopecia difusa con predominio en la línea media. Cortesía de la Dra. Miteva.

Instrumentos diagnósticos

Entre los hallazgos dermatoscópicos (o tricoscópicos), Tosti y su grupo^{8,9} reportaron la existencia de puntos amarillos (hallazgo más frecuente, 95%), pelos terminales cortos en crecimiento, poca variabilidad (Figura 2) y con menos frecuencia pelos en exclamación, cadaverizados (puntos negros) y distróficos en 3 a 4% (aunque un estudio reciente demostró la existencia de pelos distróficos en la prueba de Wash (que cuenta el número total de pelos telógenos perdidos y el porcentaje de vello) como herramienta para identificar pacientes con alopecia areata incógnita con una cuenta mayor a 350 pelos en telógeno).¹⁰ La prueba de tirón habitualmente es positiva con extracción de pelos en telógeno, telógeno temprano (pelos con existencia de vaina epitelial circundante al bulbo piloso) o en diferentes grados de maduración.

Si bien clínicamente es similar a otras formas de alopecias difusas (como efluvio telógeno,

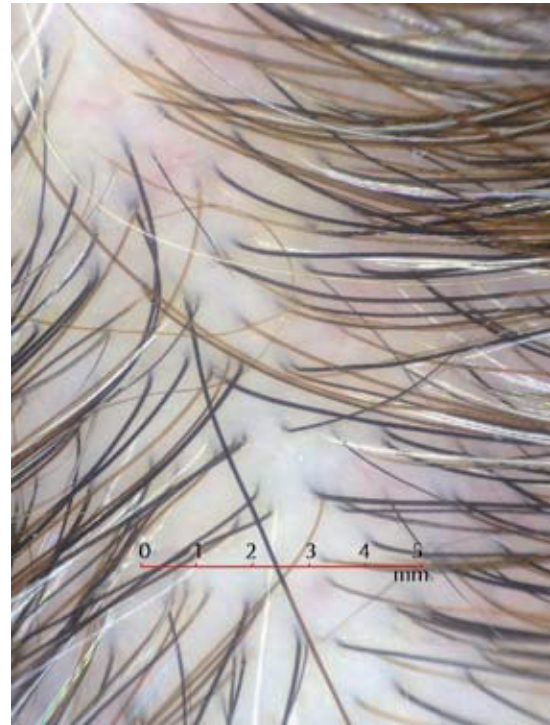


Figura 2. Tricoscopia: pelos cortos en crecimiento y poca variabilidad entre el diámetro de un pelo con otro. Cortesía de la Dra. Miteva.

alopecia androgenética con patrón femenino, tricotilomanía, alopecia traccional o inducida por quimioterapia), en términos histológicos es muy similar a la alopecia areata en su variante clásica, cuyo hallazgo habitual es un infiltrado inflamatorio circunscrito al bulbo piloso que paulatinamente y según su cronicidad disminuye encontrándose en estadios tardíos sólo alrededor de algunos folículos miniaturizados o de estelas foliculares. Por lo anterior, el reto para el diagnóstico histopatológico depende del estadio clínico en el que se obtiene la biopsia de piel cabelluda porque comúnmente la alopecia areata incógnita muestra un escenario particular caracterizado por recambio de pelos en telógeno en presencia (o ausencia) de infiltrado linfocitario peribulbar (o en dermis superficial) hasta en 13 a 66% de los casos.

En una serie publicada recientemente¹¹ se postularon los siguientes hallazgos como criterios histológicos; se requieren preferentemente cortes horizontales (Figura 3), aunque la histología sigue siendo no específica:

Incluso en 80% de los casos y como criterios mayores:

1. Número preservado de unidades foliculares y disminuido de folículos terminales.
2. Disminución del radio terminal: vello promedio: 3.3:1 (normal: 7:1).
3. Incremento de folículos en catágeno y telógeno promedio 37% en vez de 0-15% (100% en estadios iniciales y en tardíos hasta en 33%) con inversión en la relación anágeno-telógeno 2.2:1.

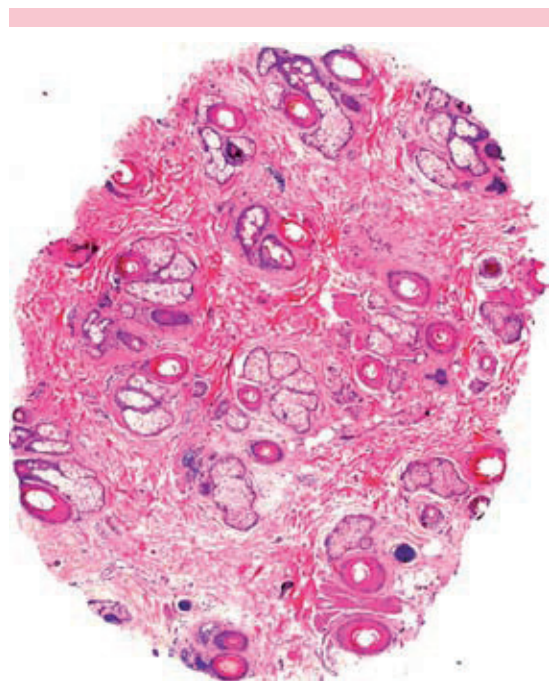


Figura 3. Corte horizontal a nivel del istmo 10x. Disminución de la densidad folicular con 32% de pelos en telógeno. Radio terminal: vello 3:1. Cortesía de la Dra. Miteva.

4. Existencia de al menos una unidad telógeno terminal, un folículo telógeno y bulbo telógeno pequeño o ambos.
5. Dilatación folicular infundibular (0.02-0.05 mm) con cavidades llenas de sebo, bacterias o queratina, que corresponden a los puntos amarillos observados en dermatoscopia (91% de los pacientes) mayormente descritos en la población caucásica y menos frecuentes en la población asiática y afroamericana (40-64%).

De manera interesante, al predominar la dilatación folicular podemos encontrar patrones en forma de queso suizo,¹² cara de mono o calavera en cortes histológicos verticales. Se ha postulado que estos estadios pueden ser precedidos de pelos en nanógeno y tales pelos perderán la capacidad de transporte de sebo a la superficie epidérmica (acrotriquio), llevando a su acumulación a nivel infundibular. También se han reportado en alopecia androgenética en 36% y en efluvio telógeno en 29%.

Otras pistas para el diagnóstico observadas incluso en 50% de los casos son la existencia de infiltrado inflamatorio alrededor de folículos miniaturizados en la dermis superficial, linfocitos dentro de estelas fibrosas y, ocasionalmente, linfocitos en panal de abejas. Finalmente también pueden encontrarse, en el promontorio, pequeños agregados basaloideos de células poligonales.

Tratamiento y pronóstico

Por lo general, la mayoría de los pacientes responden al tratamiento, que es similar al prescrito contra la alopecia areata con esteroides tópicos súper potentes¹³ (debido a la profundidad del infiltrado) en combinación con minoxidil (Figura 4).¹ Un esquema racional¹ es la administración de propionato de clobetasol 0.05% en crema aplicándolo con oclusión nocturna con 2.5 g



Figura 4. Repoblación tras cuatro meses de tratamiento con clobetasol tópico y minoxidil (mismo paciente de la Figura 2). Cortesía de la Dra. Miteva.

al día (que corresponde a cinco falanges distales del dedo índice); debe indicársele al paciente enjuagarse las manos después de la aplicación o aplicarlo con guantes y baño al día siguiente, además, que un tubo de 30 g debe durar 12 días; de lo contrario, habría un error en la aplicación. La administración de este tratamiento es por tiempo prolongado y, en experiencia de los autores, la atrofia cutánea es extremadamente rara como efecto adverso. Por último, se alienta a medir las concentraciones de ferritina, vitamina D y perfil

tiroideo en el abordaje inicial y, en caso de anomalía, iniciar tratamiento dirigido sustitutivo.

REFERENCIAS

1. Tosti A, Piraccini BM. Tricología ambulatoriale; malattie dei capelli e del cuoio capelluto. Springer, 2014.
2. Rebora A. Alopecia areata incognita: a hypothesis. Dermatologica 1987;174:214-218.
3. Park J, Song KH, Nam KH. Circumscribed alopecia areata incognita. Australas J Dermatol 2013;54:52-54.
4. Rebora A. Alopecia areata incognita. J Am Acad Dermatol 2011;65:1228.
5. Rebora A. Alopecia areata incognita: a comment. Clinics (Sao Paulo) 2011;66:1481-1482.
6. Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, Olszewska M, et al. Alopecia areata incognita: true or false? J Am Acad Dermatol 2009;60:162-163.
7. Ramos-e-Silva M, Pirmez R. Disorders of hair growth and the pilosebaceous unit: facts and controversies. Clin Dermatol 2013;31:759-763.
8. Tosti A, Whiting D, Iorizzo M, Pazzaglia M, et al. The role of scalp dermoscopy in the diagnosis of alopecia areata incognita. J Am Acad Dermatol 2008;59:64-67.
9. Lencastre A, Tosti A. Role of trichoscopy in children's scalp and hair disorders. Pediatr Dermatol 2013;30:674-682.
10. Quercetani R, Rebora AE, Fedi MC, Carelli G, et al. Patients with profuse hair shedding may reveal anagen hair dystrophy: a diagnostic clue of alopecia areata incognita. J Eur Acad Dermatol Venereol 2011;25:808-810.
11. Miteva M, Misciali C, Fanti PA, Tosti A. Histopathologic features of alopecia areata incognita: a review of 46 cases. J Cutan Pathol 2012;39:596-602.
12. Müller CS, El Shabrawi-Caelen L. "Follicular Swiss cheese" pattern--another histopathologic clue to alopecia areata. J Cutan Pathol 2011;38:185-189.
13. Molina L, Donati A, Valente NS, Romiti R. Alopecia areata incognita. Clinics (Sao Paulo) 2011;66:513-515.