

El reto de la tricología en atención primaria

Objetivo de la charla:

- Aprender a realizar una correcta orientación diagnóstica y terapéutica de los problemas de cabello más frecuentes

CASO 1

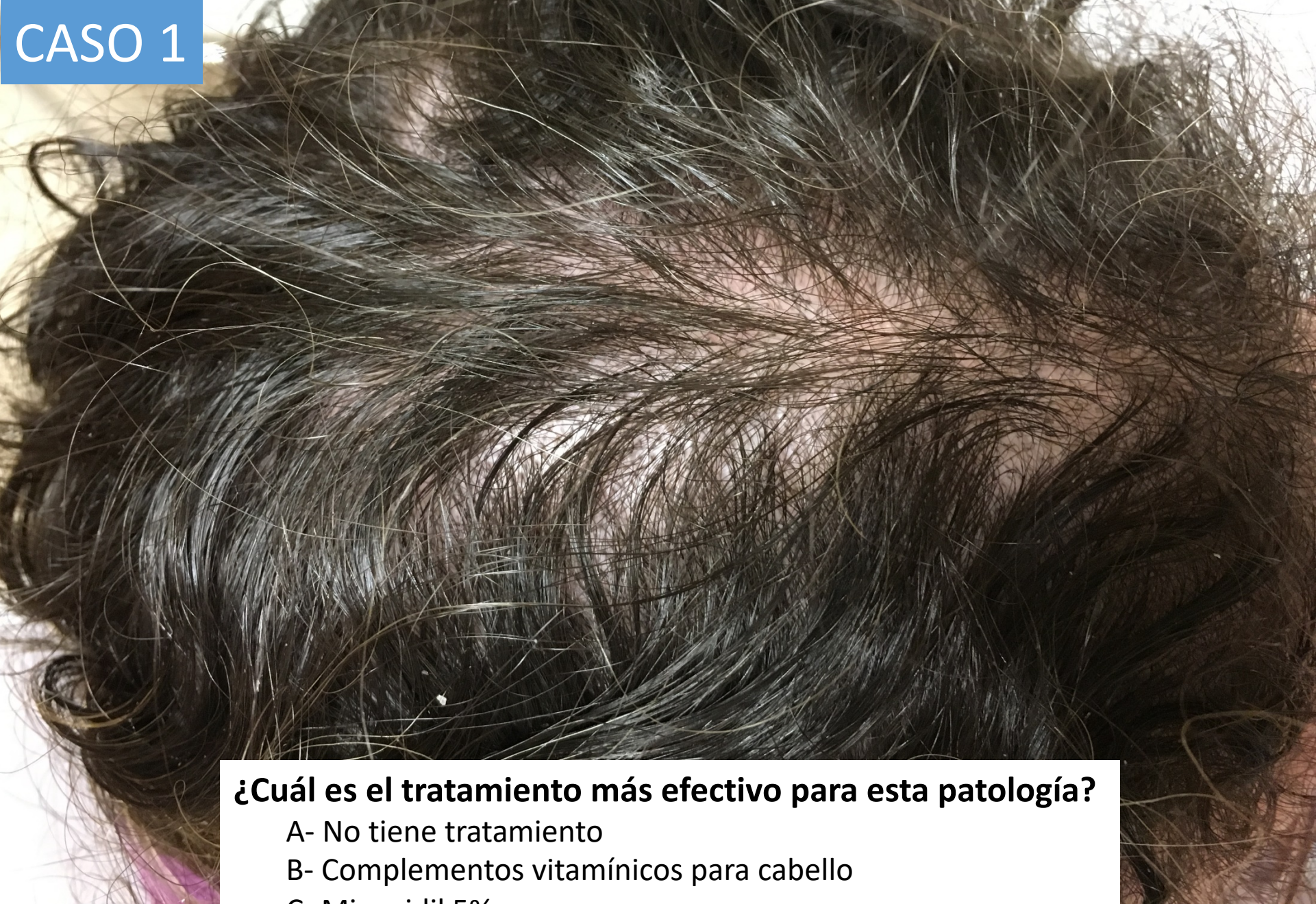


Mujer de 38 años que consulta por caída de cabello de más de 1 año de evolución.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A- Alopecia areata
- B- Efluvio telogénico crónico
- C- Alopecia central centrífuga (variante de liquen plano pilar)
- ☒ D- Alopecia androgenética de patrón femenino

CASO 1



¿Cuál es el tratamiento más efectivo para esta patología?

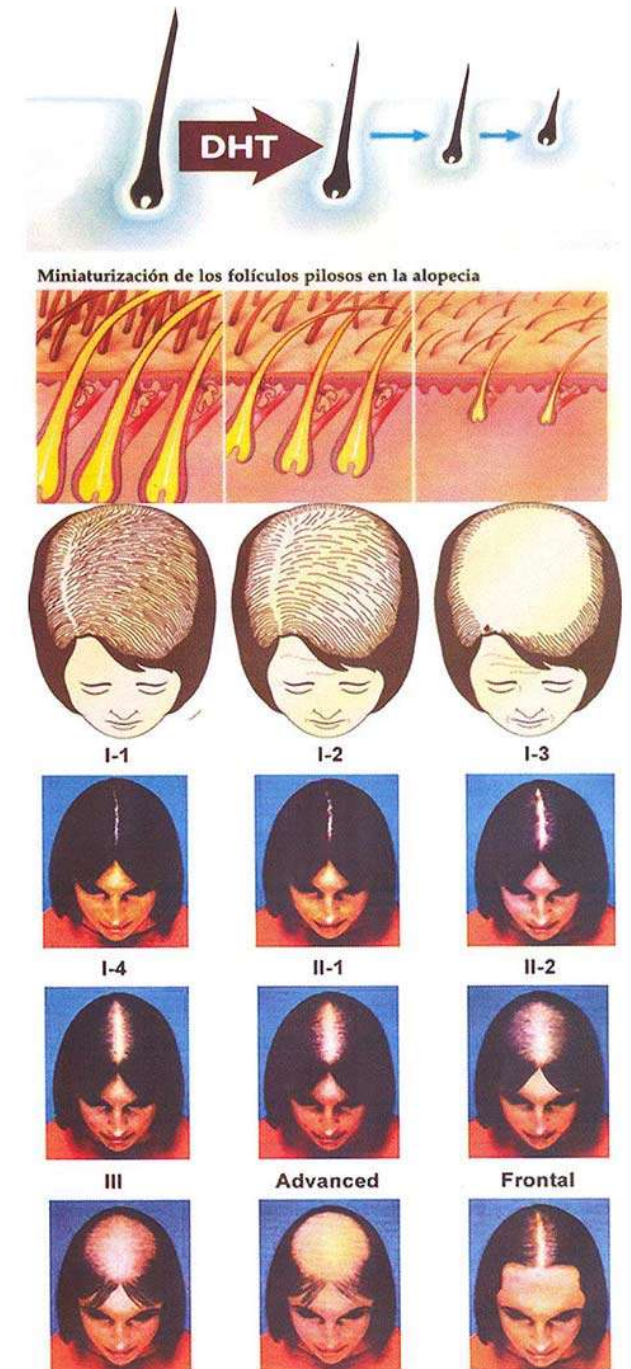
- A- No tiene tratamiento
- B- Complementos vitamínicos para cabello
- C- Minoxidil 5%
- ☒ D- Finasterida 5mg/día

Alopecia androgenética

Finasterida inhibe la 5 alfa reductasa

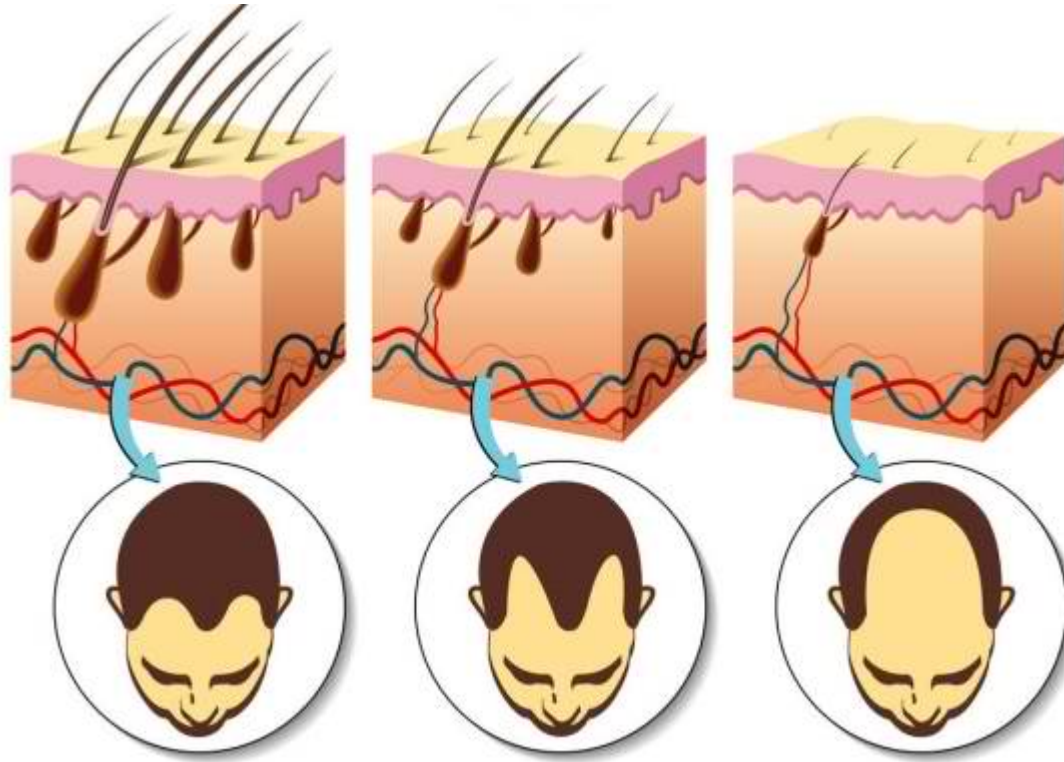
Testosterona $\xrightarrow{5\alpha \text{ Reductasa}}$ Dihidrotestosterona

Dihidrotestosterona causa miniaturización progresiva folículo piloso

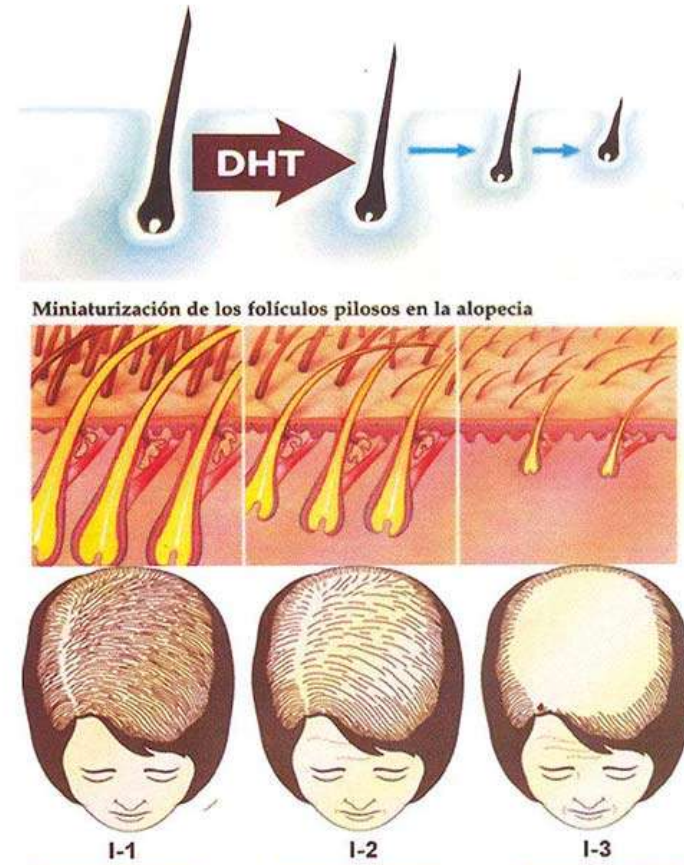


Alopecia androgenética (=calvicie común)

HOMBRES



MUJERES



CASO 1



¿Debemos realizar alguna prueba complementaria en este caso?

A- No

B- Analítica con ferritina y TSH

☒ C- Analítica con hemograma, TSH, ferritina, prolactina, testosterona, DHEA-S.

D- Biopsia cutánea

CASO 2



Mujer de 39 años que consulta por caída de cabello de más de 1 año de evolución.

Es cierto que:

A- Igual que en el caso 1 observamos una disminución de la densidad capilar a nivel interparietal

B- Si no se trata esta patología, puede evolucionar a calvicie

☒ C- La caída de cabello tiene un impacto emocional significativo en las mujeres

D- Es habitual que exista una causa corregible con tratamiento, por lo que debemos realizar una analítica en todos los casos

CASO 2



¿Cuál es el tratamiento más efectivo para esta patología?

- A- No tiene tratamiento
- ☒ B- Complementos vitamínicos para cabello
- ☒ C- Minoxidil 5%
- D- Finasterida 5 mg/día

CASO 2



¿Debemos realizar alguna prueba complementaria en este caso?

A- No

☒ B- Analítica con ferritina y TSH

C- Analítica con hemograma, TSH, ferritina, prolactina, testosterona, DHEA-S.

D- Biopsia cutánea

CASO 3

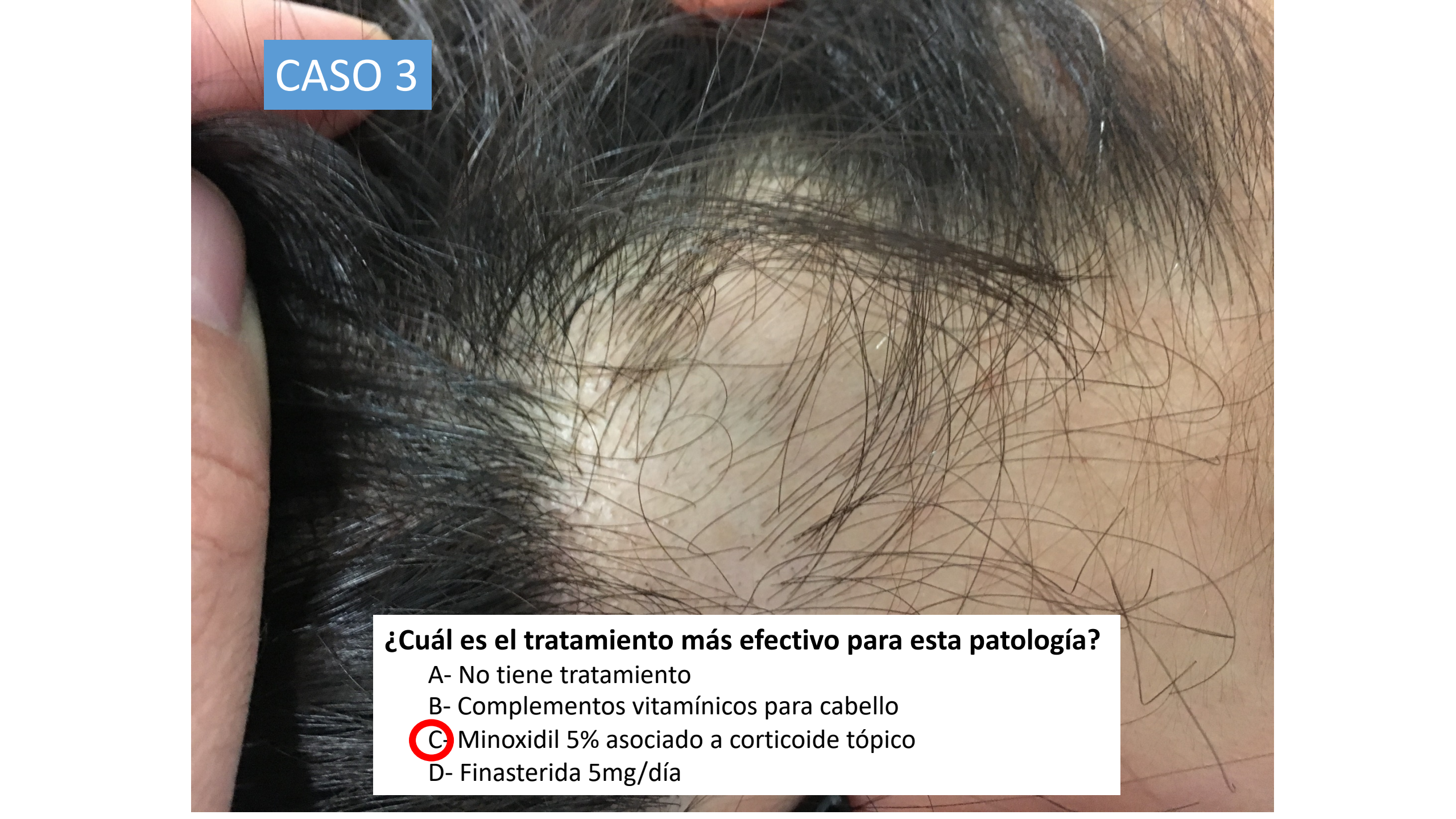
Mujer de 32 años que consulta preocupada por esta placa alopécica de reciente aparición. Nos pregunta si estará curada por su boda que se celebra en 1 mes

A close-up photograph of a person's scalp. A hand is visible on the left, pulling back dark hair to reveal a circular patch of alopecia areata. The skin in the patch is smooth and lacks hair. The surrounding hair is dark and appears healthy.

CASO 3

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

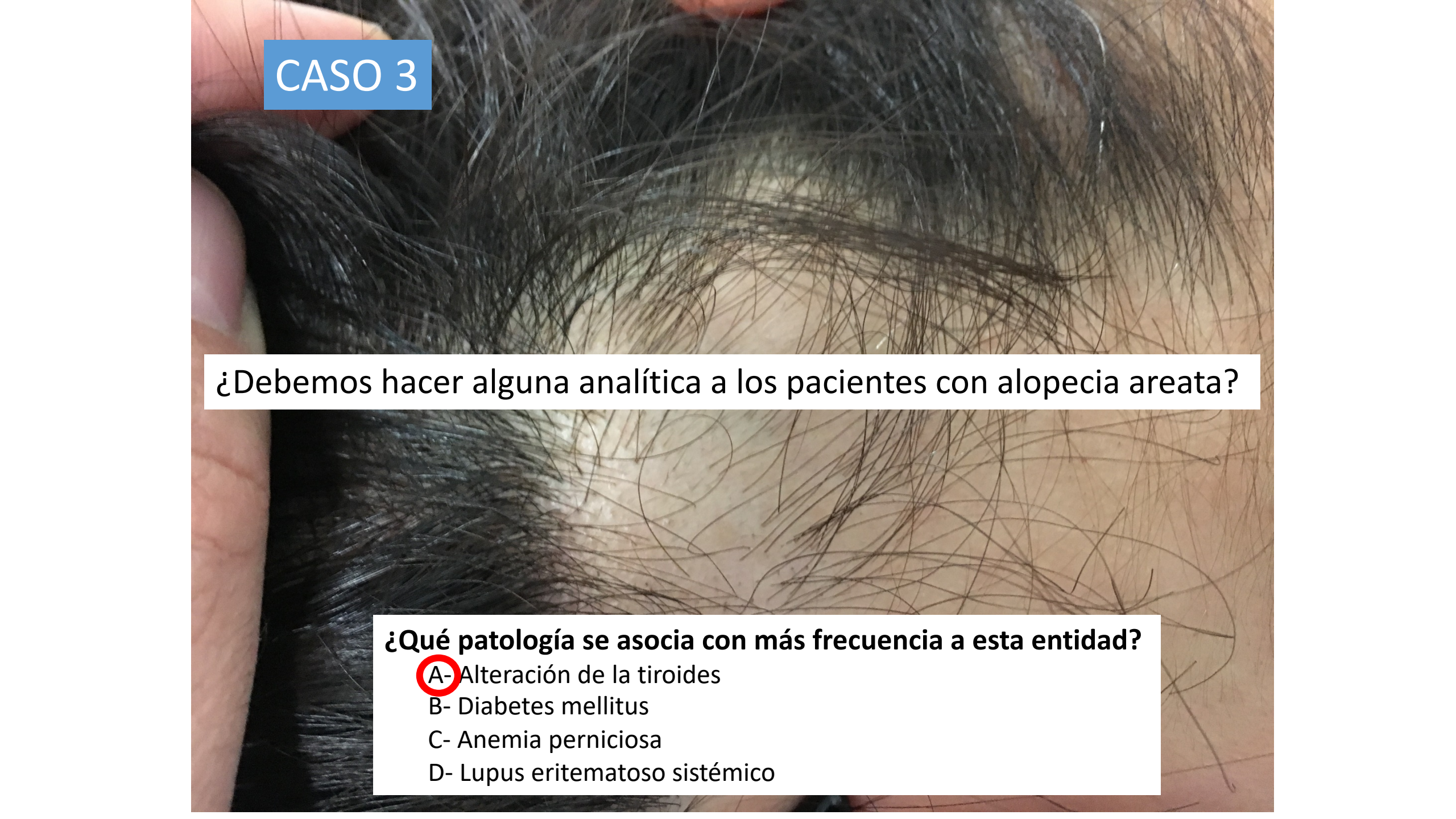
- A- Alopecia por sífilis
- B- Tricotilomanía
- C- Tiña capitis
- ☒ D- Alopecia areata



CASO 3

¿Cuál es el tratamiento más efectivo para esta patología?

- A- No tiene tratamiento
- B- Complementos vitamínicos para cabello
- ☒ C- Minoxidil 5% asociado a corticoide tópico
- D- Finasterida 5mg/día



CASO 3

¿Debemos hacer alguna analítica a los pacientes con alopecia areata?

¿Qué patología se asocia con más frecuencia a esta entidad?

- ☒ A- Alteración de la tiroides
- B- Diabetes mellitus
- C- Anemia perniciosa
- D- Lupus eritematoso sistémico

Alopecia areata

Part 1: pathogenesis, diagnosis, and prognosis

Frank Spano MD CCFP Jeff C. Donovan MD PhD FRCPC

Laboratory evaluation. A biopsy is not necessary in most cases of AA. Unusual forms of AA, including diffuse AA, might closely mimic other conditions, making a biopsy helpful in these specific situations. While we routinely check complete blood count and ferritin, thyroid-stimulating hormone, and 25-hydroxyvitamin D levels in AA, at present there are no evidence-based guidelines to direct the workup or studies highlighting the cost-effectiveness of screening for concomitant disorders. Preliminary small studies show a possible increased risk of 25-hydroxyvitamin D deficiency in AA;

British Association of Dermatologists' guidelines for the management of alopecia areata 2012

A.G. Messenger, J. McKillop,* P. Farrant,† A.J. McDonagh and M. Sladden‡

8.0 Investigations

Investigations are unnecessary in most cases of alopecia areata. When the diagnosis is in doubt appropriate tests may include fungal culture, skin biopsy, serology for lupus erythematosus or serology for syphilis. The increased frequency of autoimmune disease in patients with alopecia areata is probably insufficient to justify routine screening.

Ejemplos representativos de las 3 patologías capilares más frecuentes:

CASO 1. **Alopecia androgenética** (de patrón femenino)

CASO 2. **Efluvio telogénico**

CASO 3. **Alopecia areata**

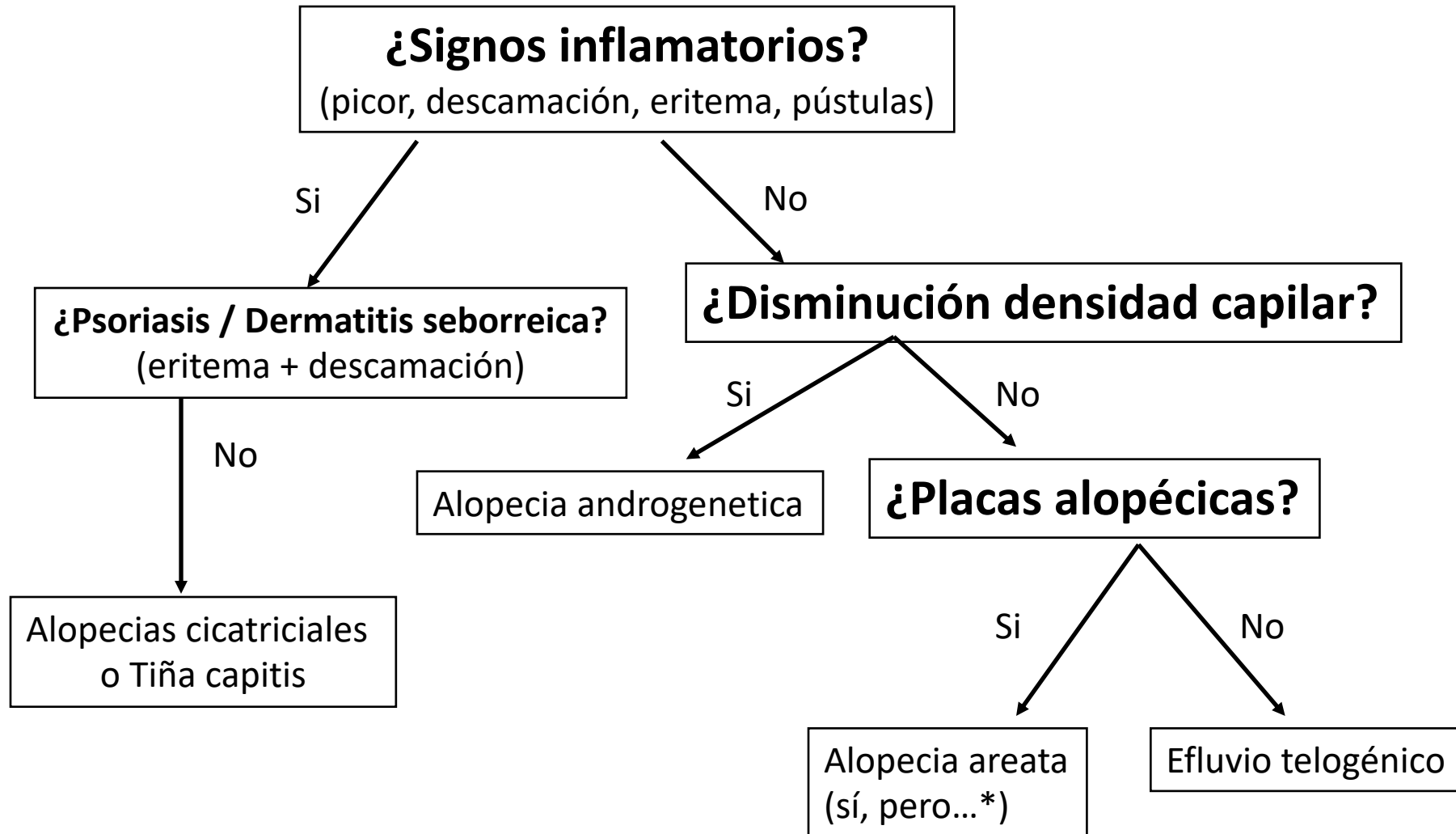
95%* de las consultas por problemas de cabello son:

1. EFLUVIO TELOGÉNICO (75%)
2. Alopecia areata (10%)
3. Alopecia androgenética (10%)
4. Alopecia frontal fibrosante (5%)

*(sin signos inflamatorios)

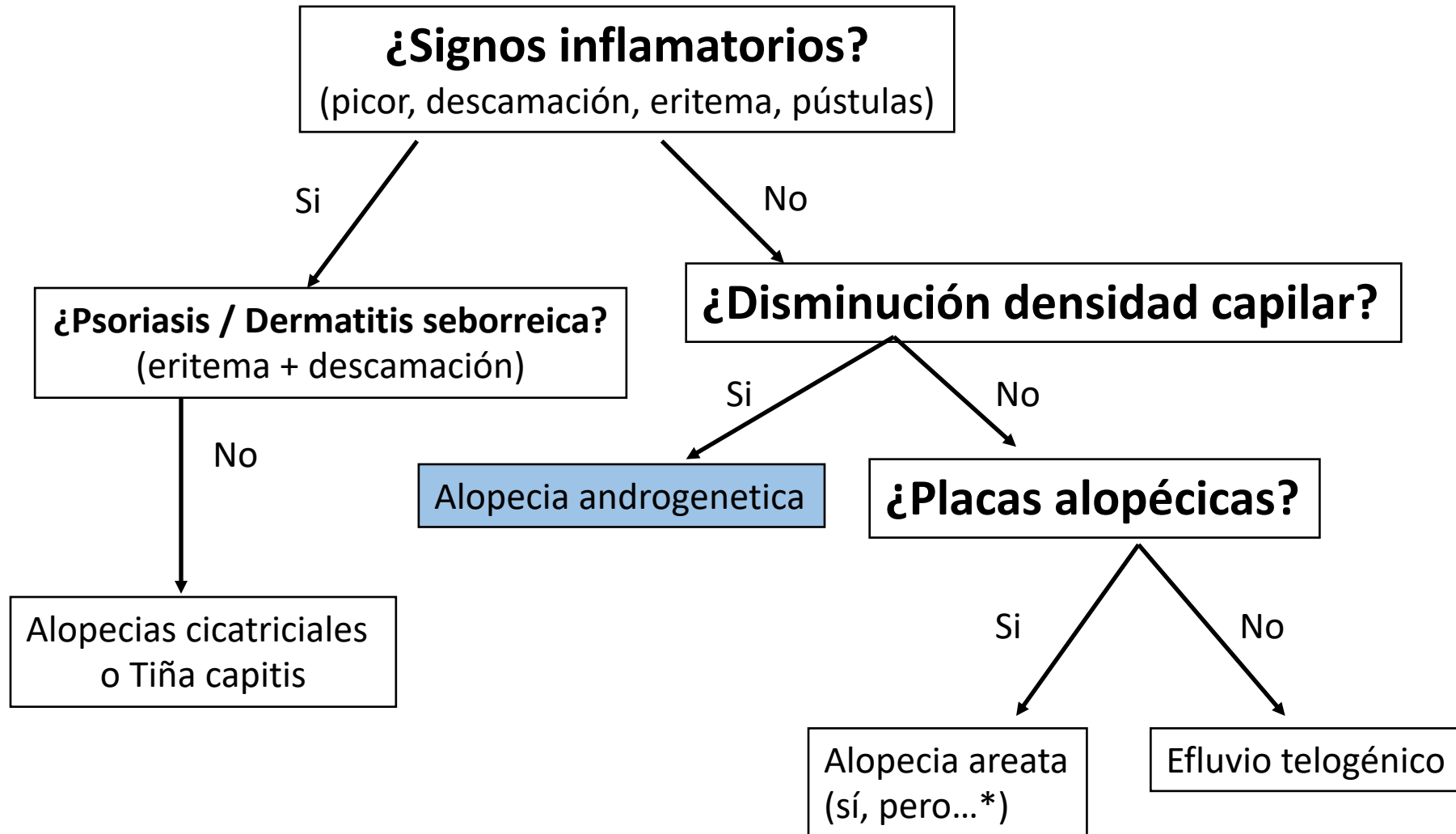
Paciente que consulta por problema de cabello

¿Qué tiene?

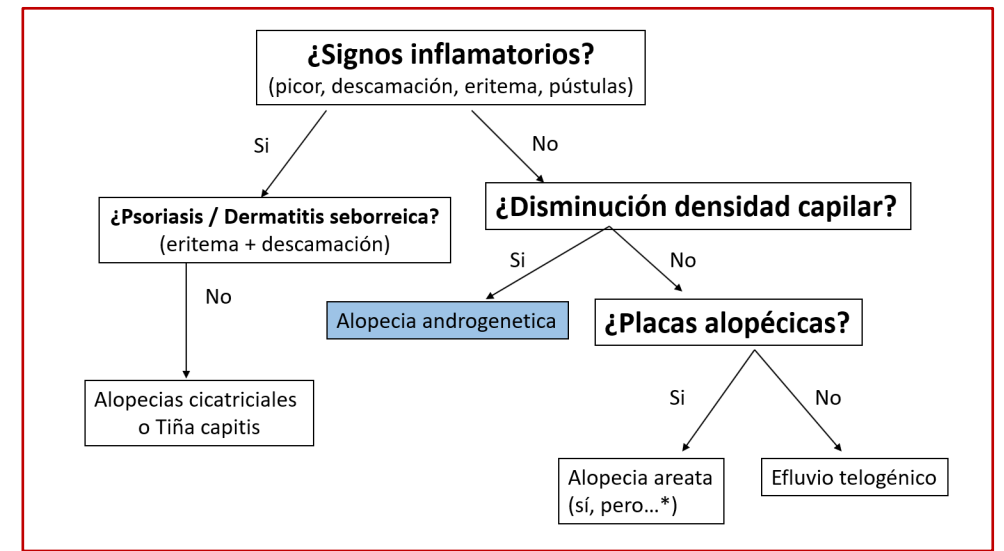


Paciente que consulta por problema de cabello

¿Qué tiene?



Alopecia androgenética



MUJER



HOMBRE

Alopecia androgenética de patrón femenino



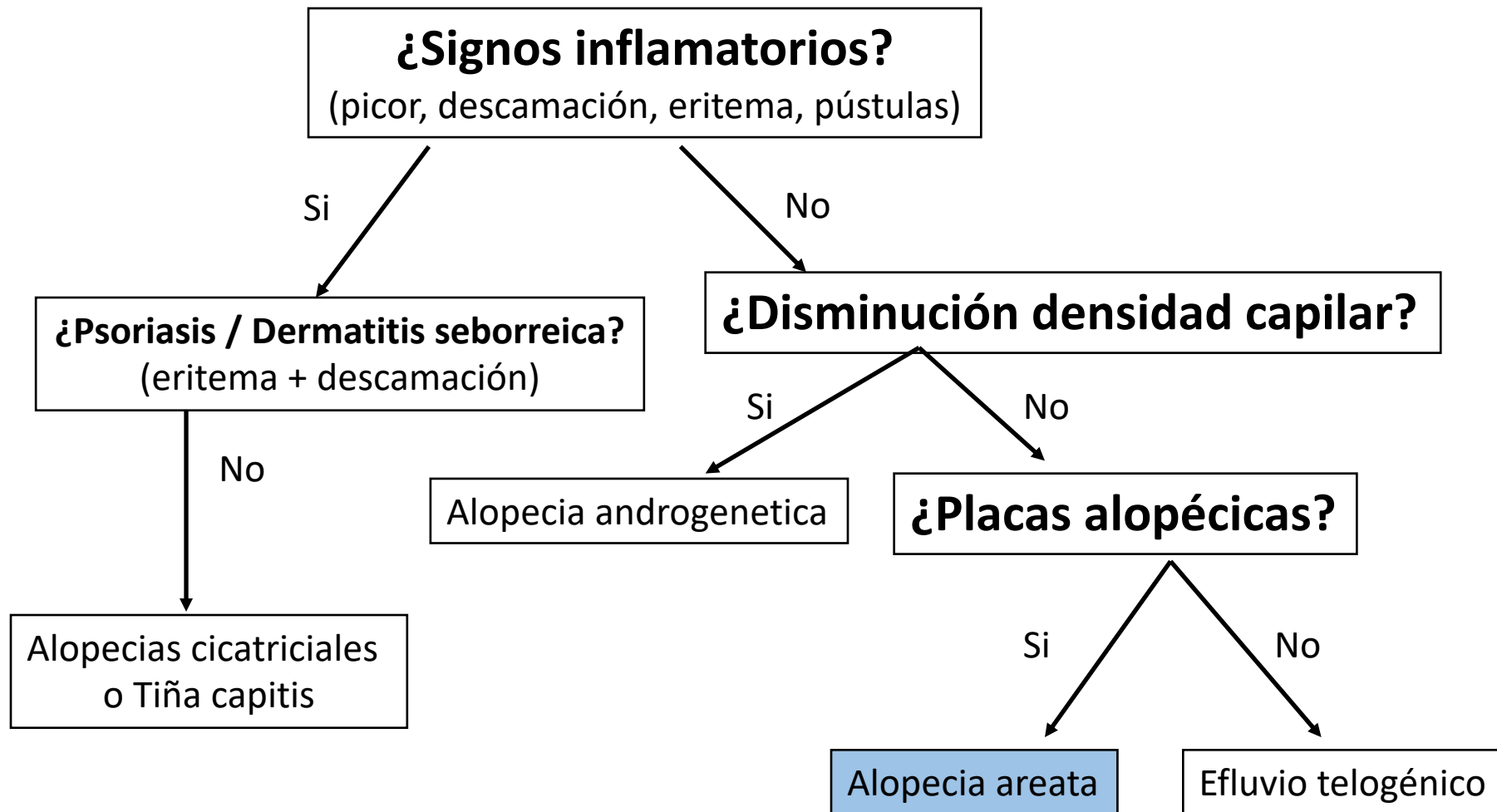
Type I

Type II

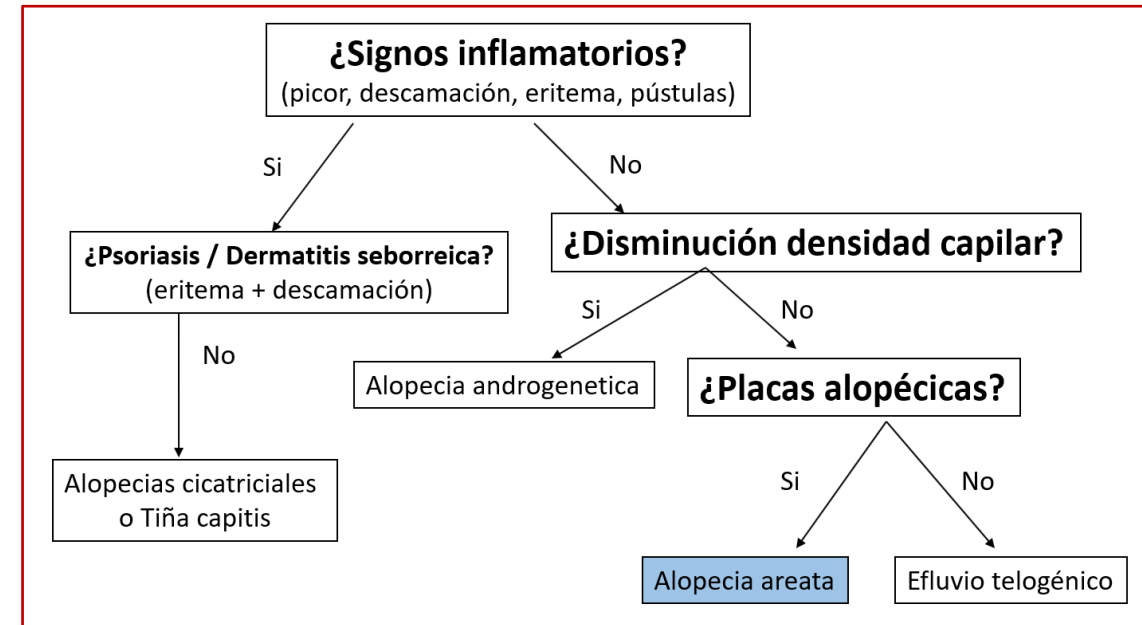
Type III

Paciente que consulta por problema de cabello

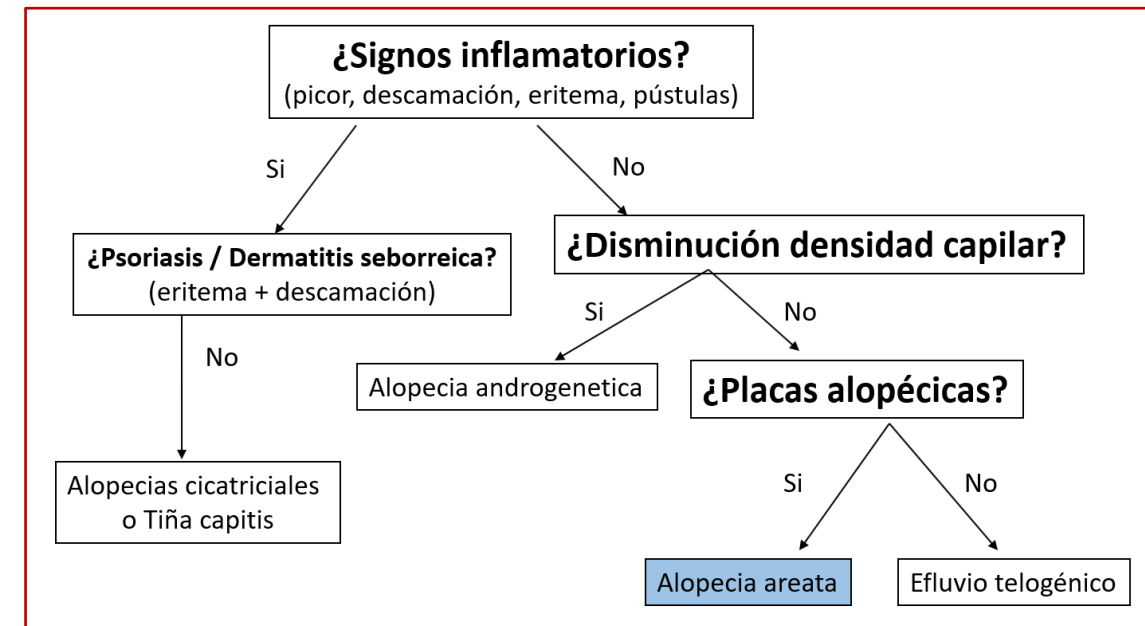
¿Qué tiene?



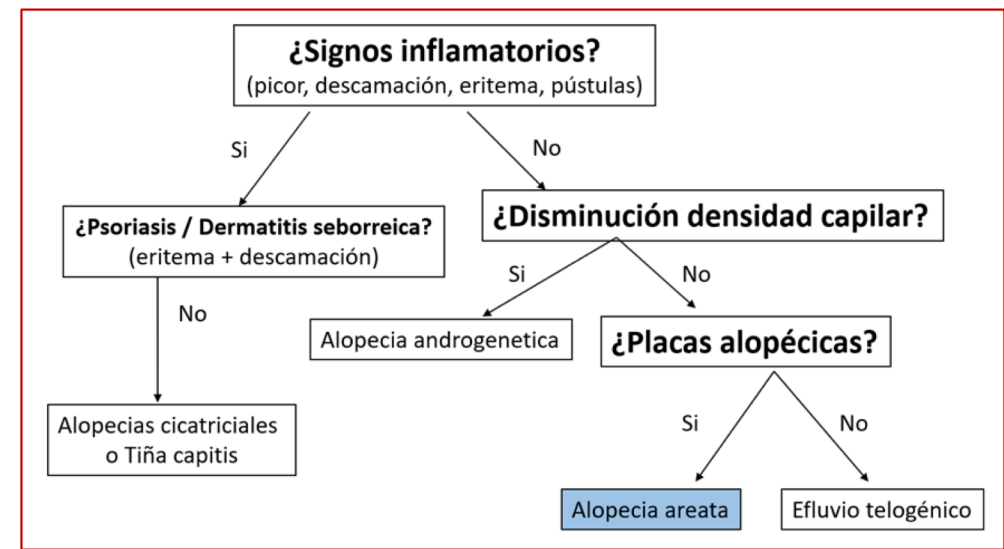
Alopecia areata (placa redonda)



Alopecia areata (Placas redondas)



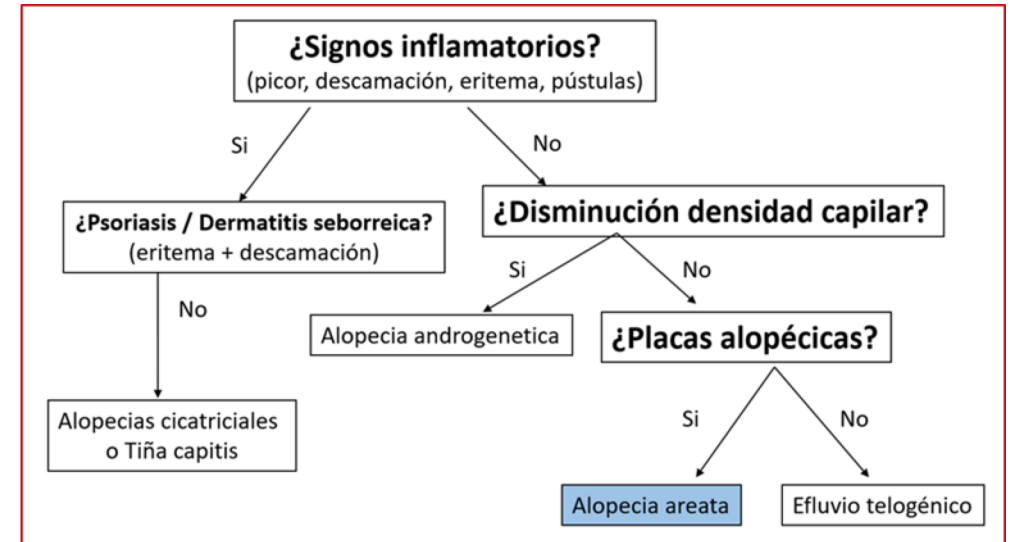
Alopecia areata



AA total

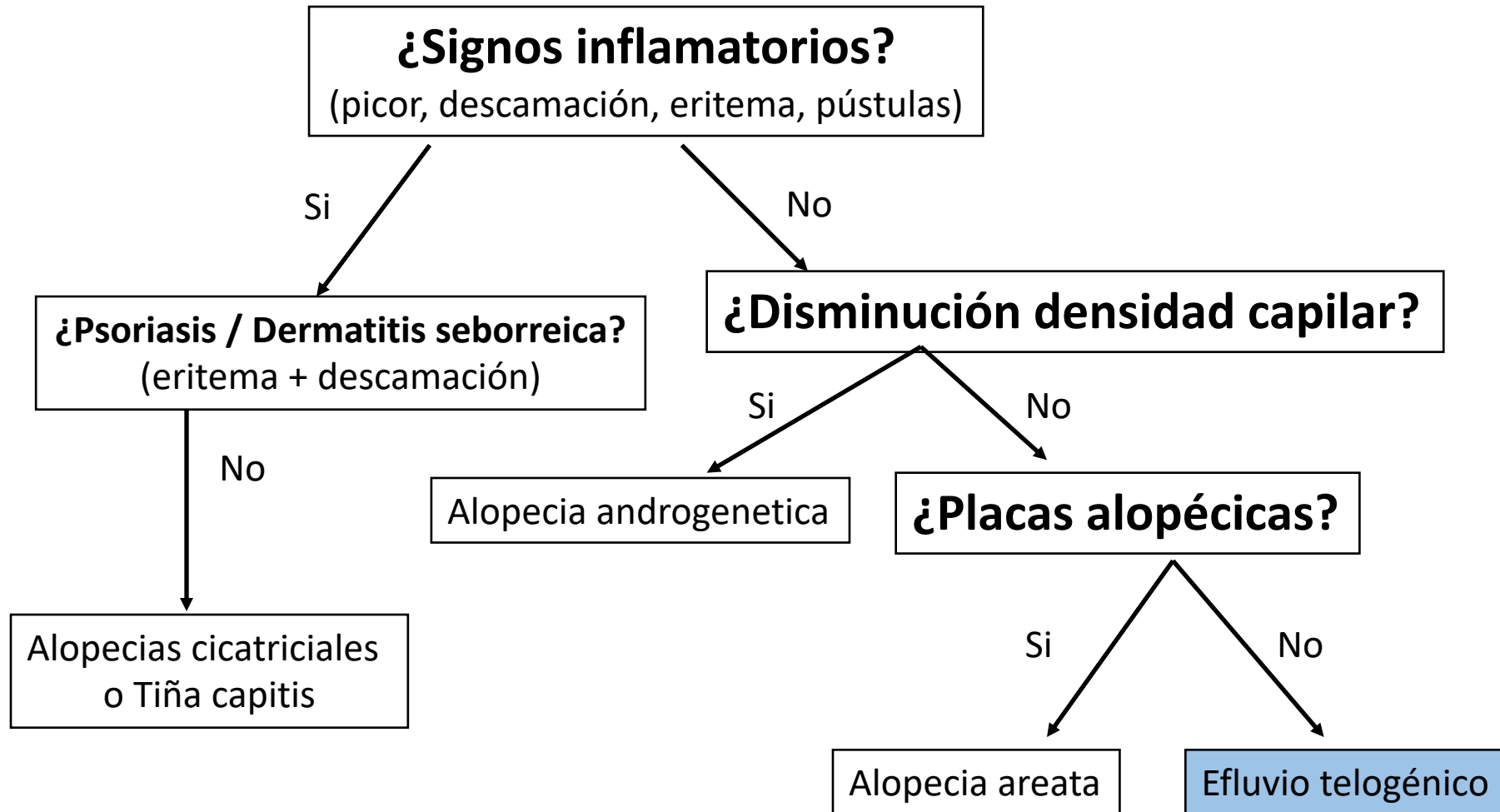


Alopecia areata



Paciente que consulta por problema de cabello

¿Qué tiene?

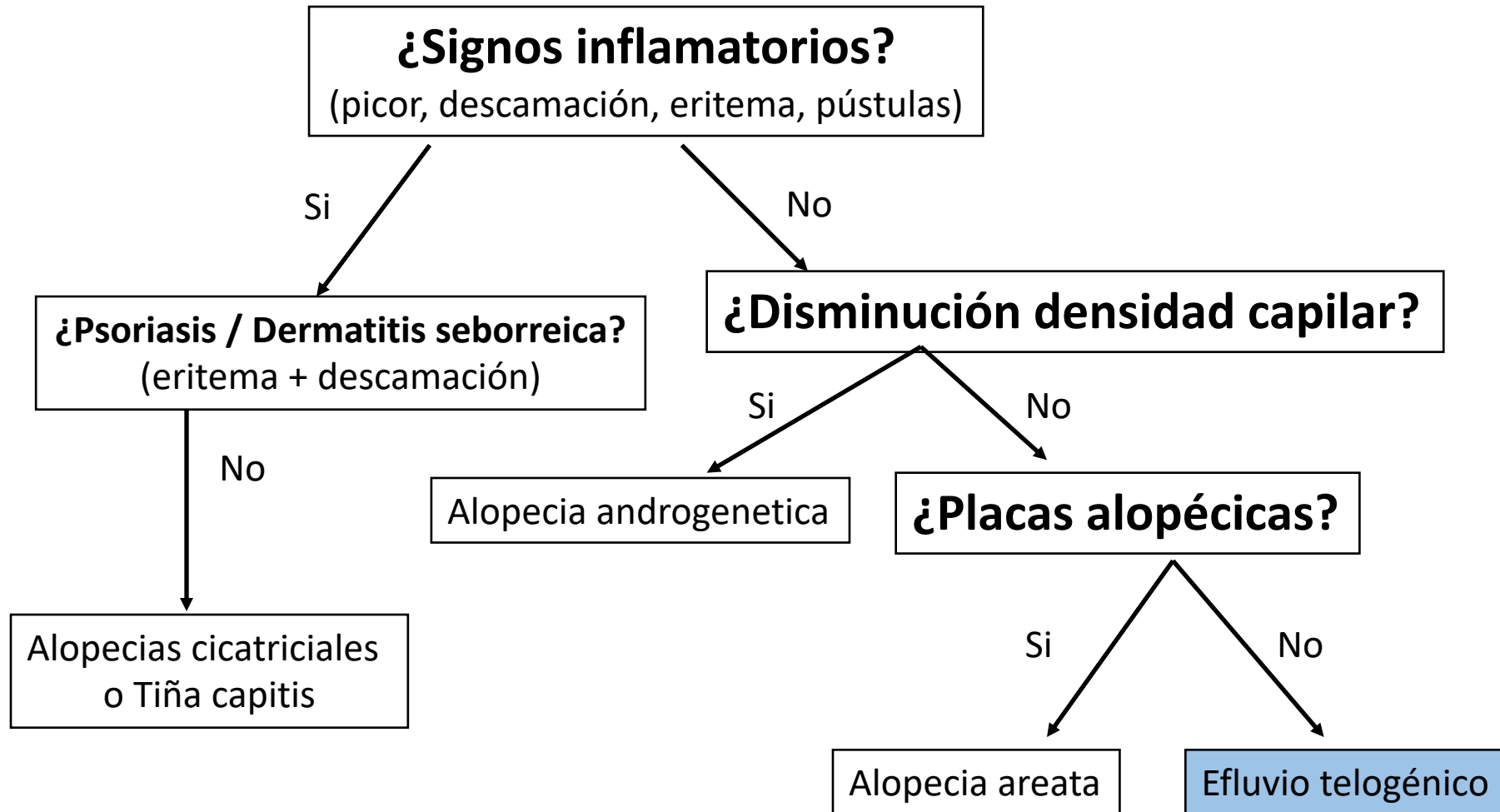


¿Qué significa alopecia?

- Ausencia de pelo (=calvicie)
 - Ya sea por una menor densidad capilar
 - (alopecia androgenetica en la que se “transparenta” el cuero cabelludo)
 - O placa sin cabello (=placa alopécica)

Paciente que consulta por problema de cabello

¿Qué tiene?



Efluvio telogénico



Se me cae mucho el cabello

Nunca pensaríais que tiene un problema de cabello si la vemos por primera vez (no es una alopecia)



Efluvio telogénico agudo:
Difuso pero predominio en las “entradas”



“Doctor/a, ¿por qué me cae tanto el cabello?”

- IDIOPÁTICO (sobretudo el crónico)
- Estacional (primavera, otoño)
- Fármacos: casi cualquiera (anticonceptivos,...)
- Estrés emocional
- Estrés físico: cirugía, ingresos hospitalarios
- Post-parto
- **Alteración tiroïdal**
- **Ferritina** <40 (o <70 en enfermedades inflamatorias o hepáticas)
- “Hacer dieta” (dietas hipocalóricas): 1-6 meses después

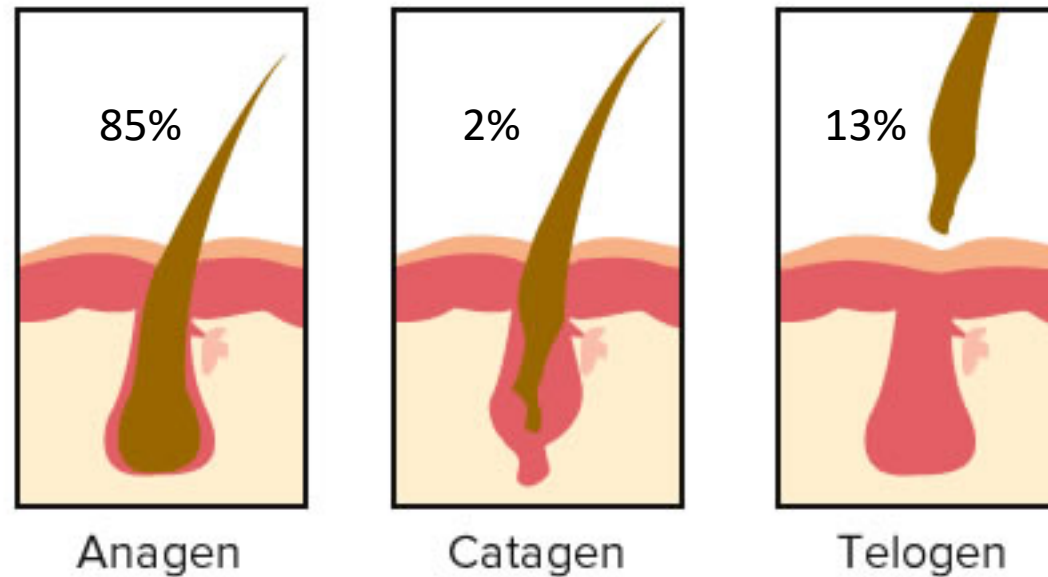
¿Cuál es la pérdida fisiológica diaria?

- 100 cabellos al día



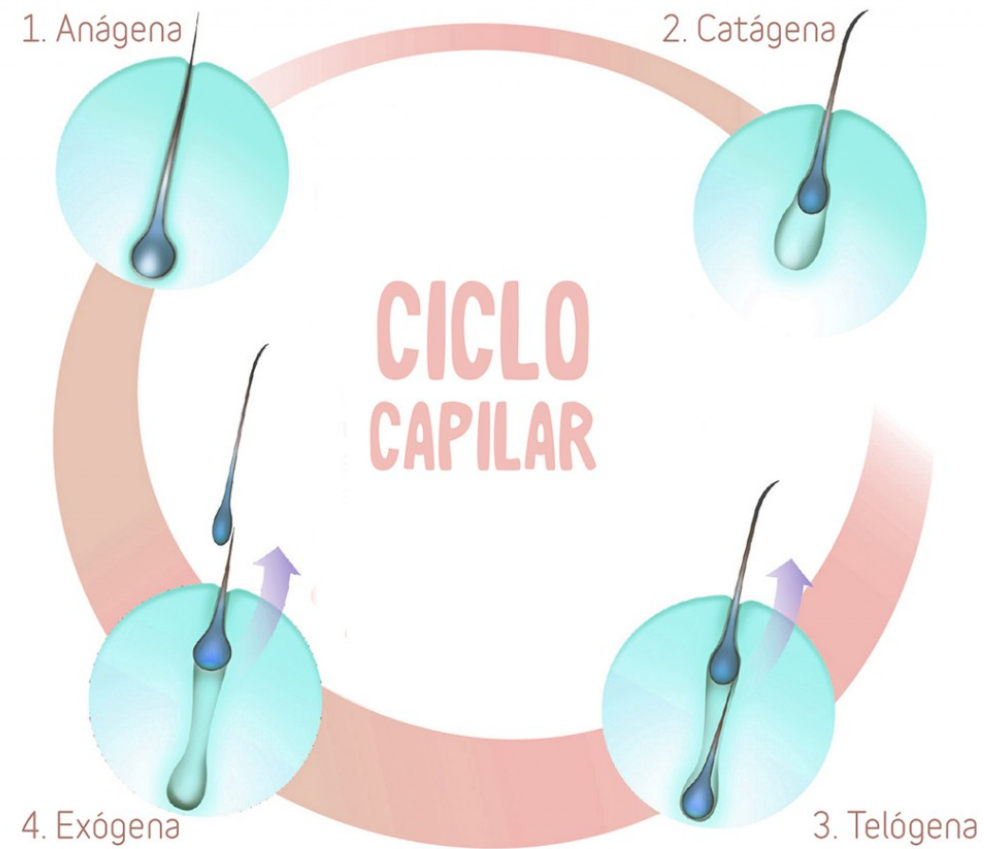
- En efluvio telogénico agudo: 100-500 cabellos al día

¿Por qué es normal que me caiga el pelo?



85% de los cabellos están en fase de **anagen** (=crecimiento)
13% están en fase de **telogeno** (= caída)
2% en fase de catagen (=fase corta de transición)

¿Por qué es normal que me caiga el pelo?



“Me está cayendo mucho mucho pelo, y Sí que me estoy quedando calva”

1. Pilotracción en **efluvio telogénico** es poco positivo (estirar mechón de pelos de la area temporal): <4-5 cabellos
2. Si pilotracción (=pull test) muy positivo (>6-10) y vemos que tiene disminución de la densidad capilar, pensar en:
 - **Efluvio anagénico agudo**: el típico causado por quimioterapia o envenenamiento
 - **Alopecia areata de patrón difuso** (simulador de efluvio anagénico, pero sin factor desencadenante)
3. Asociación **efluvio telogénico y alopecia androgenética**:
 - Explica caída con pull test negativo, pero si vemos disminución densidad capilar

“Me cae el pelo”

¿Densidad capilar reducida?

Si

No

¿Pull test muy positivo? (>6-10)

Si

No

¿Factor desencadenante?

Si

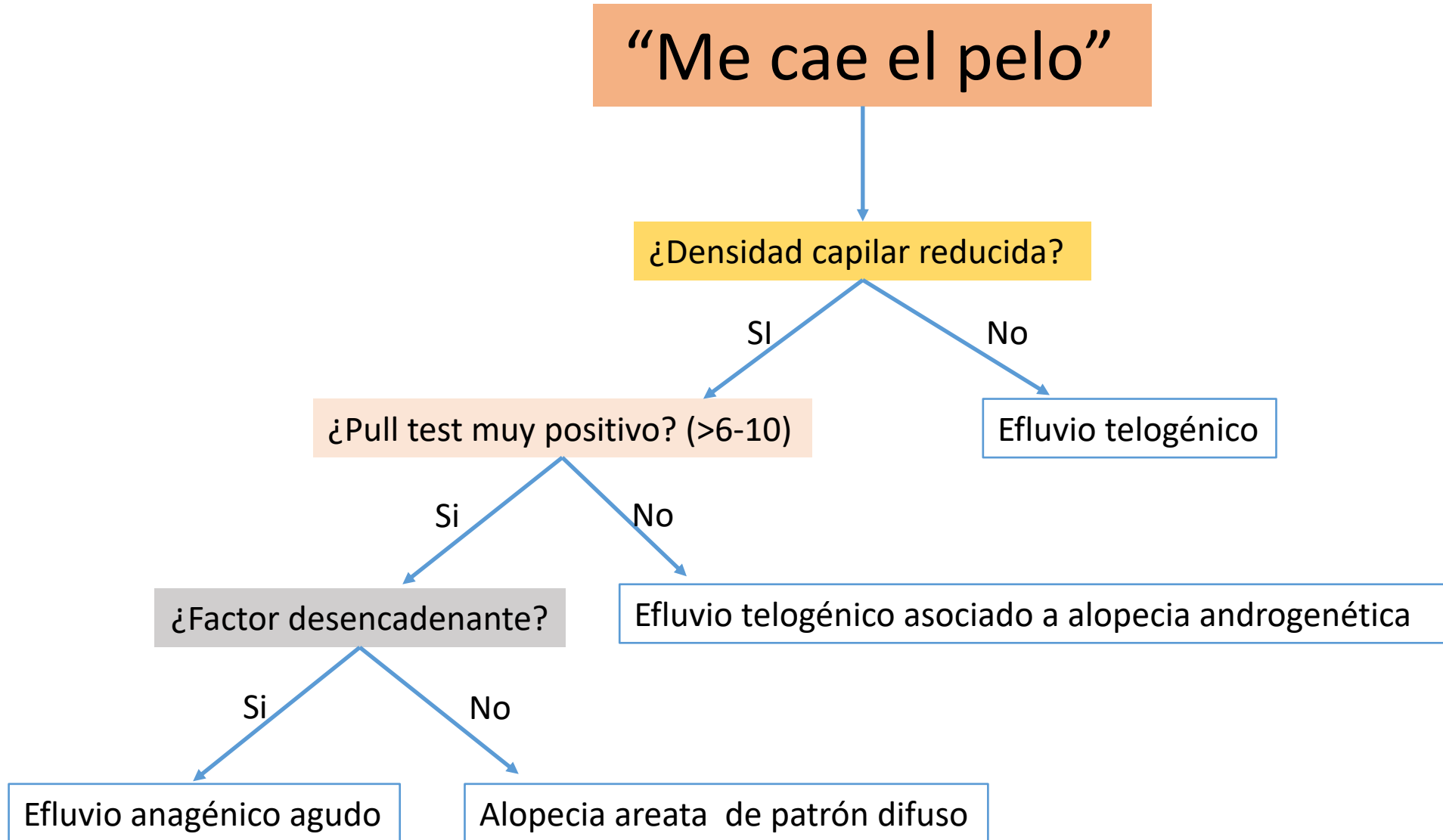
No

Efluvio telogénico

Efluvio telogénico asociado a alopecia androgenética

Efluvio anagénico agudo

Alopecia areata de patrón difuso



Causas de efluvio anagénico agudo

ENFERMEDADES ENDOCRINAS

Hipopituitarismo: GH, TSH, ACTH universal
Hipo/hipertiroidismo
Hipoparapituitarismo: hipocalcemia crónica
Pseudohipoparapituitarismo
Diabetes M
Síndrome Cushing
Síndrome Adrenogenital (HSC)
Síndrome Poliglandular múltiple

PLANTAS

Lecyhtis ollaria (Venezuela hemostático)
Leucaena glauca

DROGAS Y TÓXICOS

Sales de talio: síntomas neurológicos y GI
Cobre y cadmio
Arsénico, bismuto y plomo
Ácido bórico y boratos: pasta dientes y enjuagues. Manufactura piel, vidrio y madera
Mercurio. Cloropreno (fabrica gomas)

ESTADOS CARENCIALES (cambios en la coloración)

Desnutrición, colitis ulcerosa, anemia perniciosa, dietas poco equilibradas
Déficit: Zn, Cu, biotina, ácidos grasos esenciales, Fe (ferritina < 35), VitC
Depleción aguda nutrientes: quemaduras >30% SC, NET, SSJ...

Cu: cobre; Fe: hierro; HSC: Hiperplasia suprarrenal congénita; LES: Lupus eritematoso sistémico; NET: necrosis epidérmica tóxica; SC: Superficie corporal; SSJ: síndrome de Steven- Johnson; Vit C: Vitamina C; Zn: zinc.

FÁRMACOS

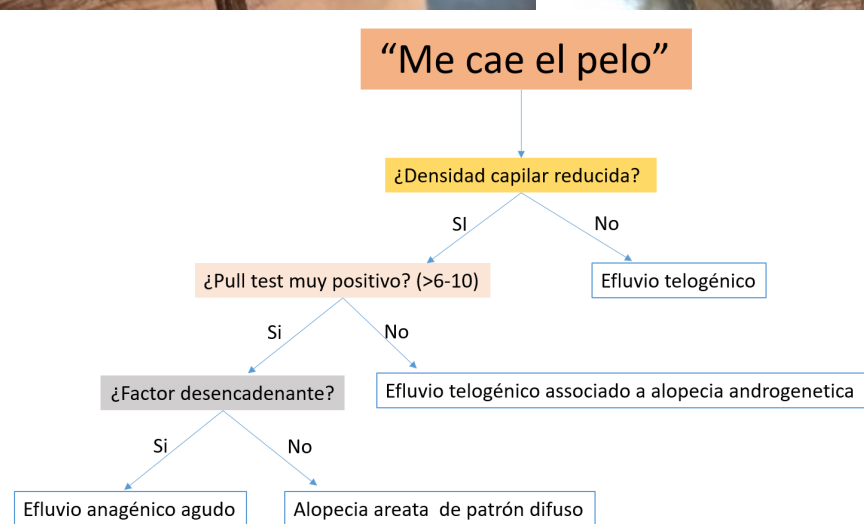
Antimitóticos: citostáticos, alquilantes
y antimetabolitos
Hipervitaminosis A
Interferón
Paroxetina
Isoniazida
Imiquimod tópico

RADIACIONES IONIZANTES

Dosis total absorbida dependiente

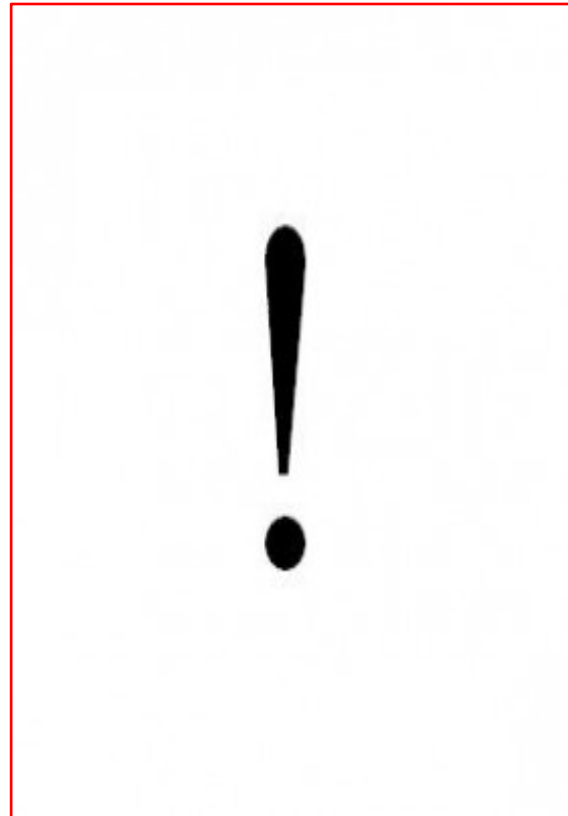
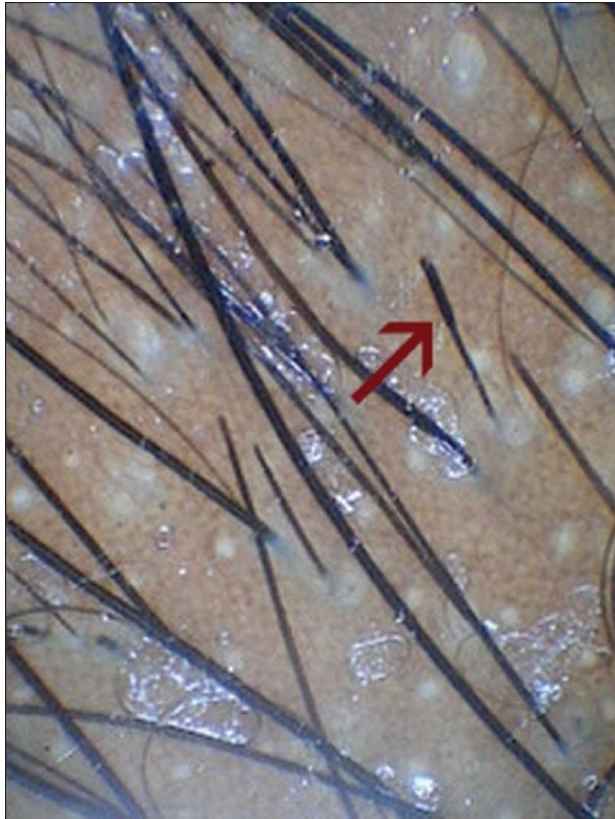
OTRAS

Homocistinuria: retraso mental, marcha pato, anomalías esqueléticas, enrojecimiento malar
Insuficiencia renal crónica
Neoplasias
LES (pelo lúpico)
Dermatomiositis, esclerodermia, vasculitis, eosinofílica



Dermatoscopia de la alopecia areata

Pelos en signo de exclamación y puntos: indican actividad

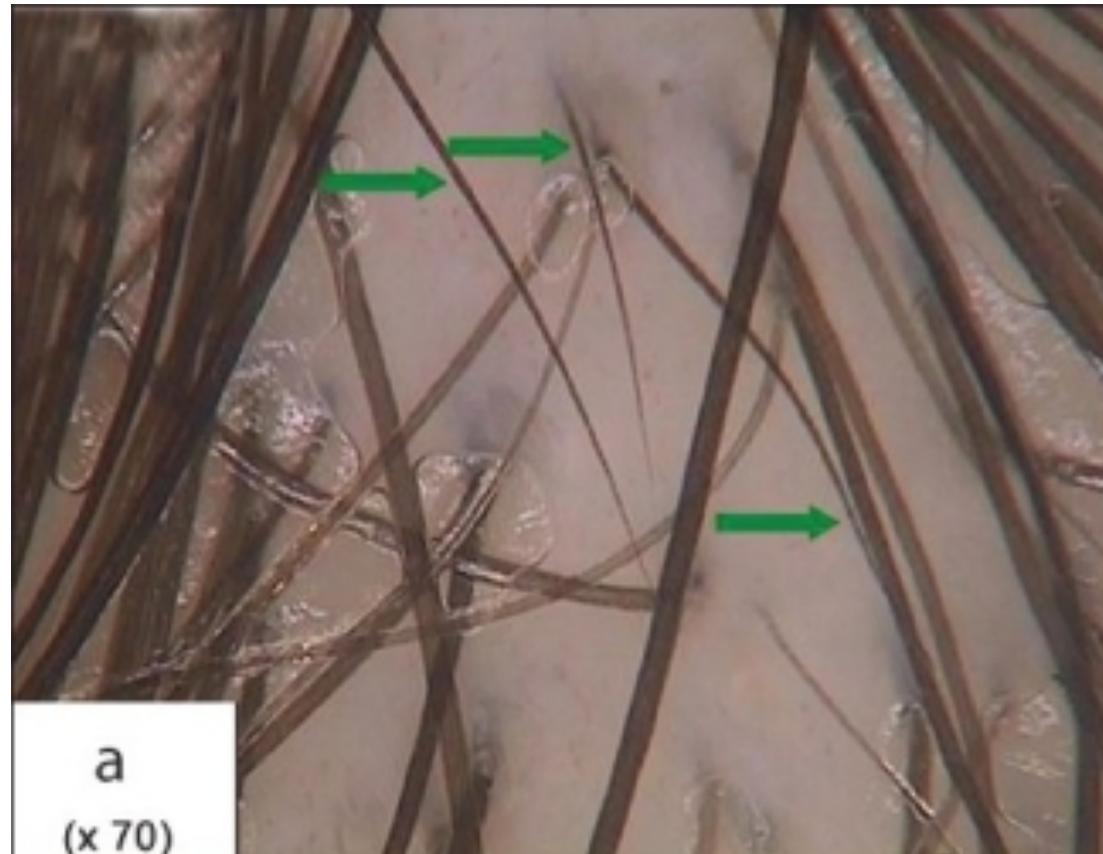


Dermatoscopia de los efluvios

NORMAL

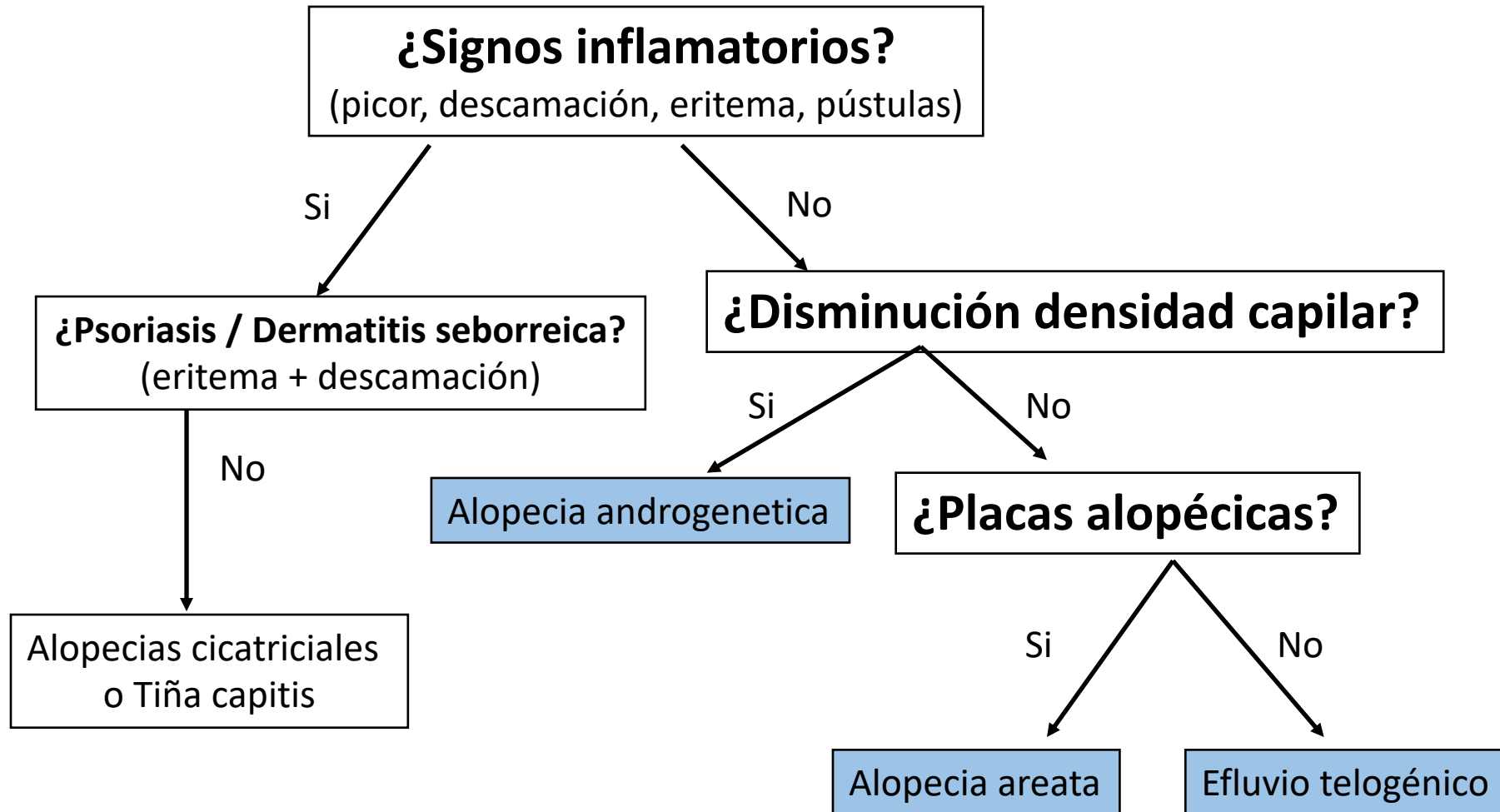
Dermatoscopia de la alopecia androgenética

- Miniaturización → >20 % de variación en el diametro de los pelos



Paciente que consulta por problema de cabello

¿Qué tiene?



95% de las consultas por problemas de cabello con
signos inflamatorios son:

1. PSORIASIS

2. DERMATITIS SEBORREICA

Psoriasis del cuero cabelludo

- Puede ser la única manifestación de la enfermedad
- Afectación difusa o en placas
- Picor
- **No ocasiona alopecia**
- **¿Psoriasis o dermatitis seborreica?**
 - Escama blanquecina: psoriasis
 - Placas infiltradas: psoriasis
 - Placas en el resto del cuerpo: psoriasis



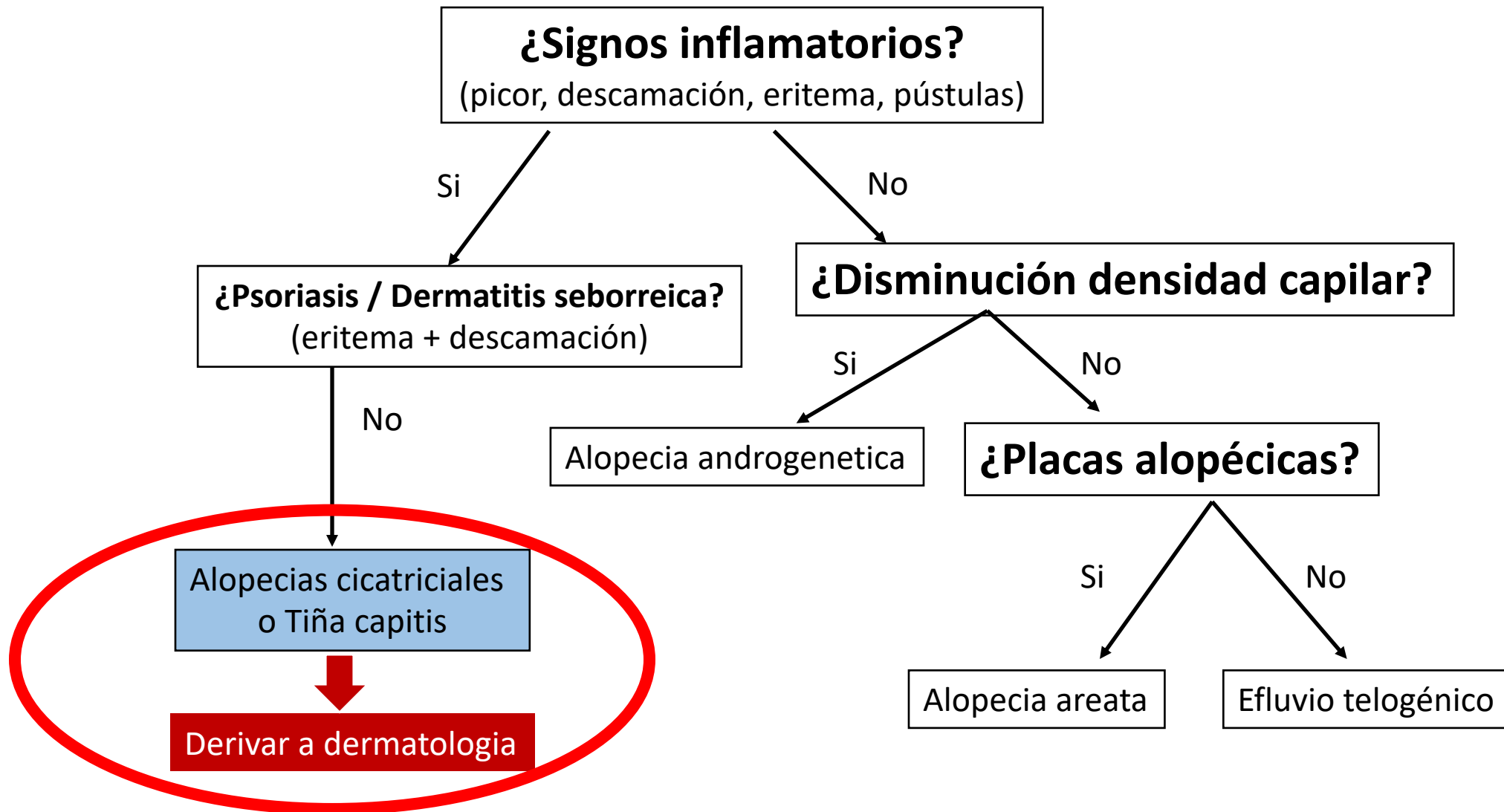




Relax and enjoy

Paciente que consulta por problema de cabello

¿Qué tiene?



5% de la patología inflamatoria del cuero cabelludo es:

- **Tiña capitis**

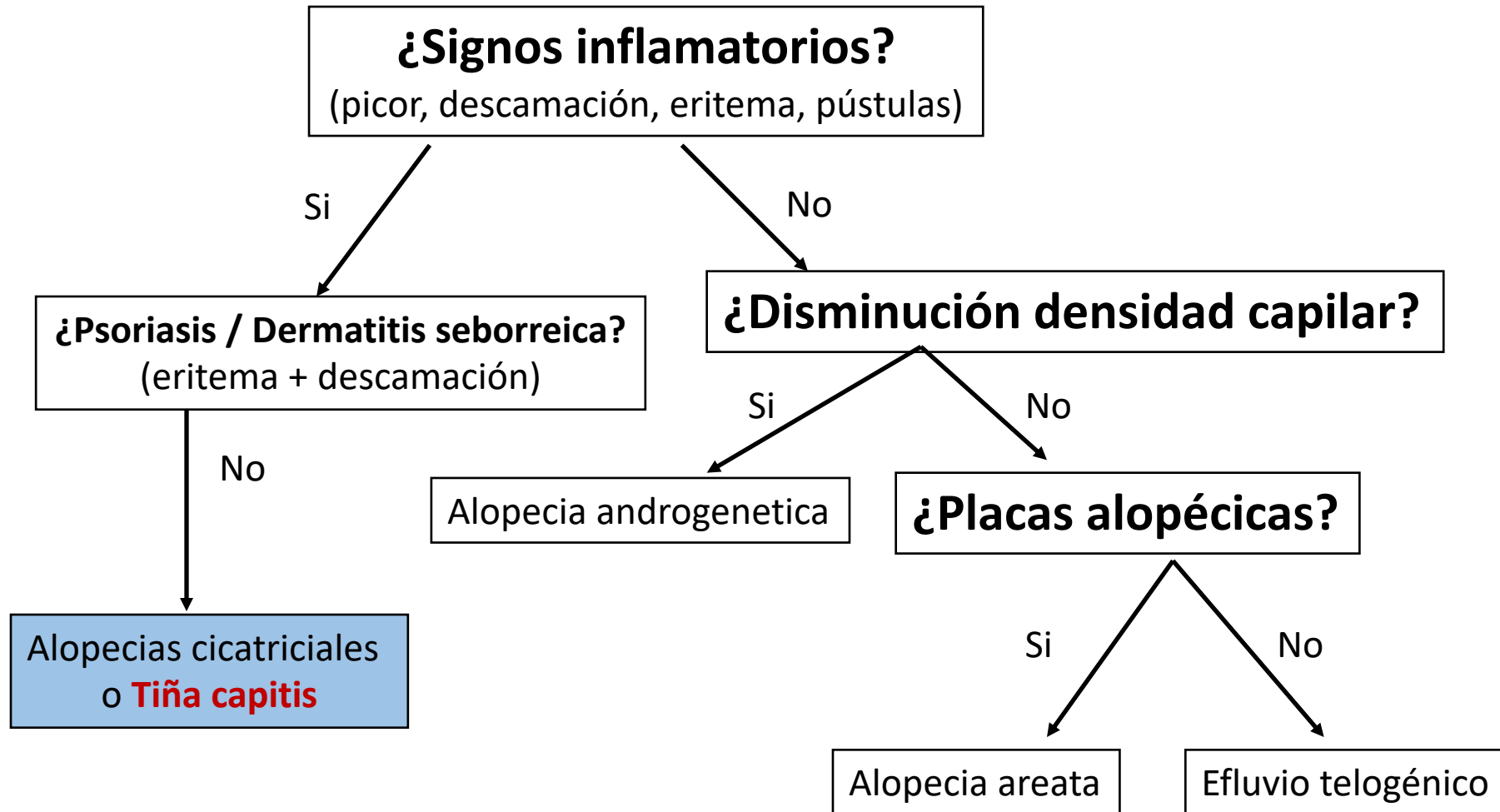
- 
1. Inflamatorias (querion: supuración, edema, eritema)
 2. “No inflamatorias” (solo descamación)

- **Alopecias cicatriciales**

- 
1. con pus
 2. Sin pus

Paciente que consulta por problema de cabello

¿Qué tiene?



TIÑA CAPITIS “NO INFLAMATORIA”

Placa alopécica con descamación (vs alopecia areata que no tiene descamación)

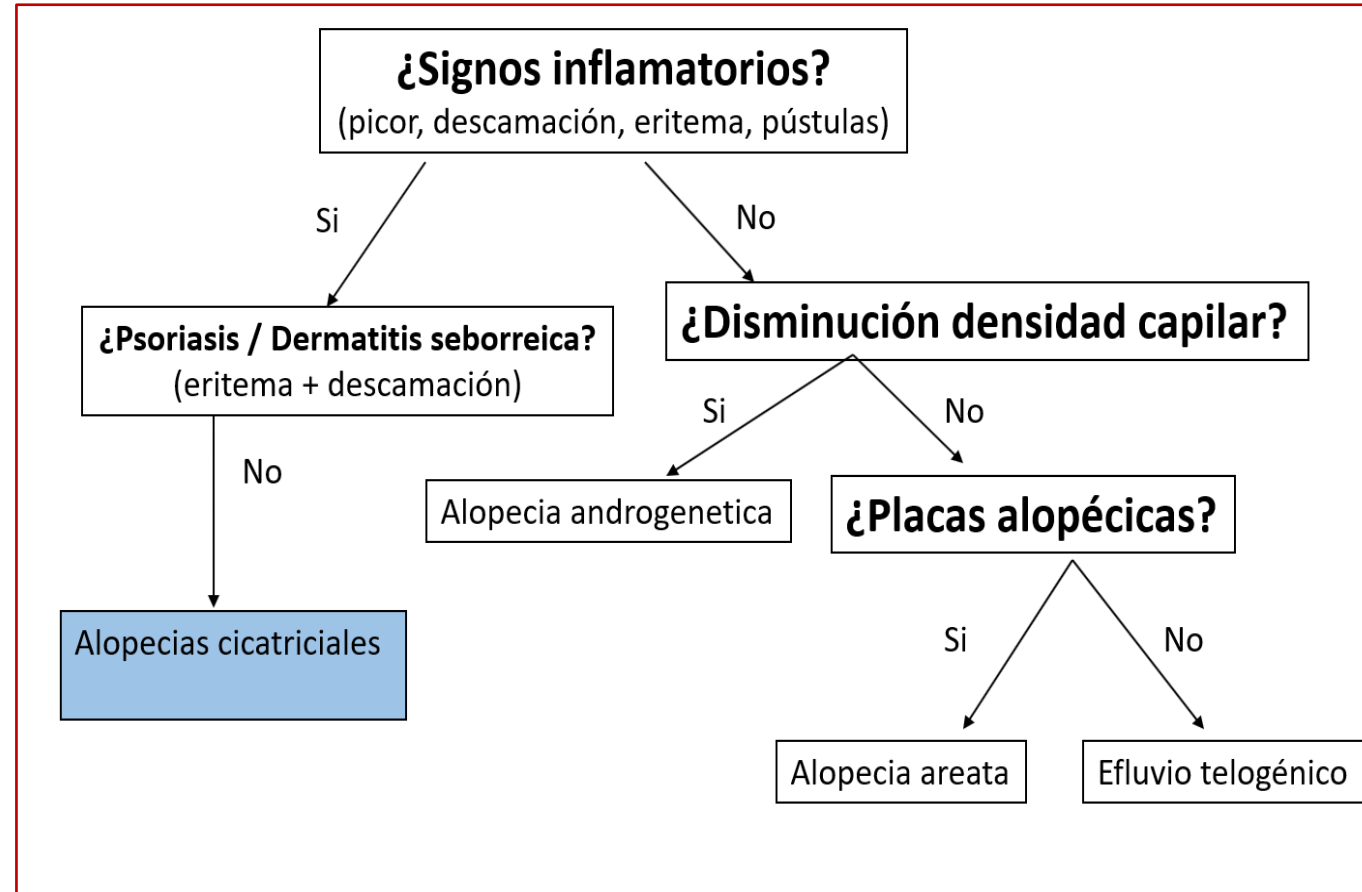




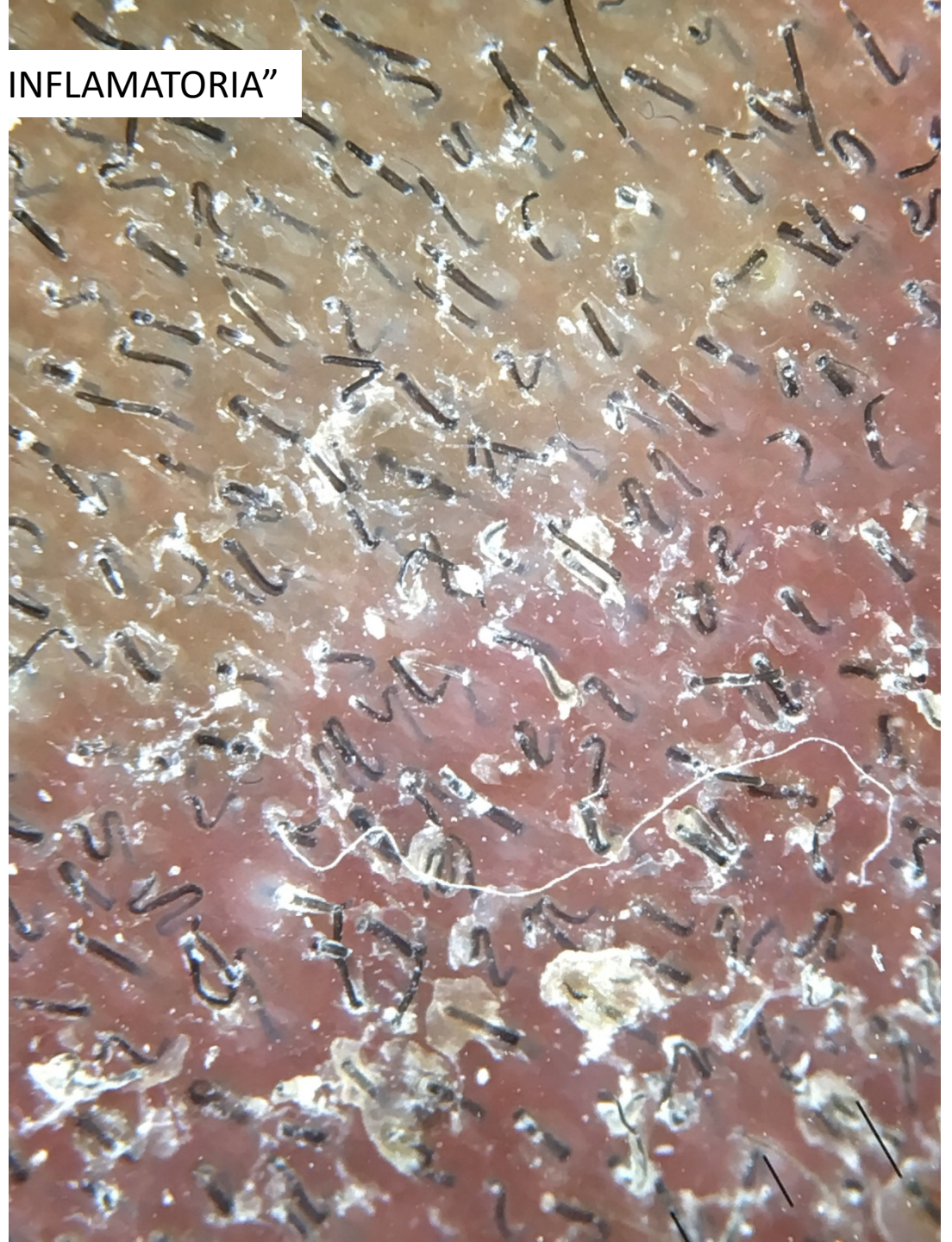
Tiña capitis no inflamatoria

Dermatoscopia pelos enroscados porque el hongo debilita el cabello y este se deforma





TIÑA CAPITIS “NO INFLAMATORIA”

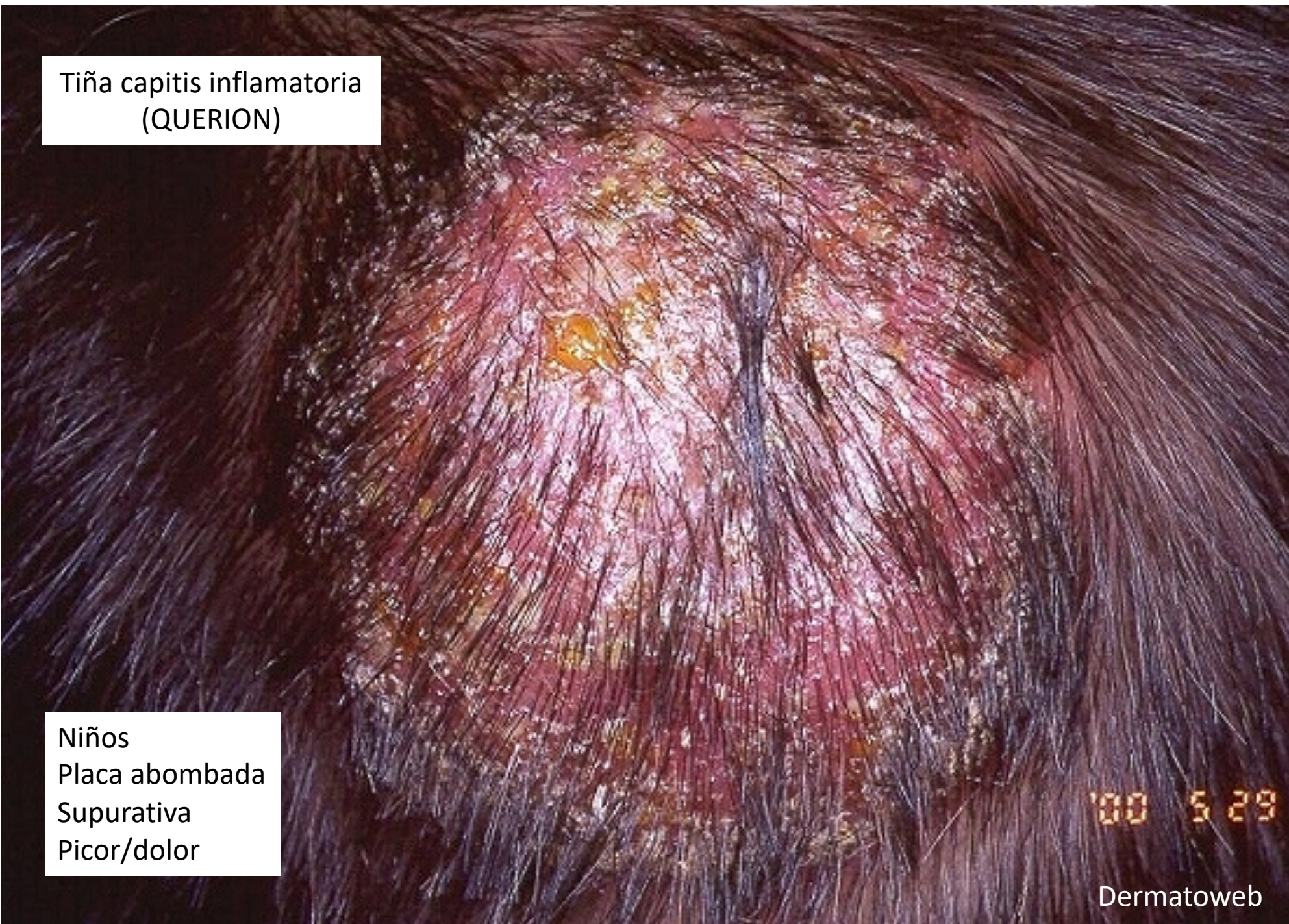


Tiña capitis inflamatoria
(QUERION)

Niños
Placa abombada
Supurativa
Picor/dolor

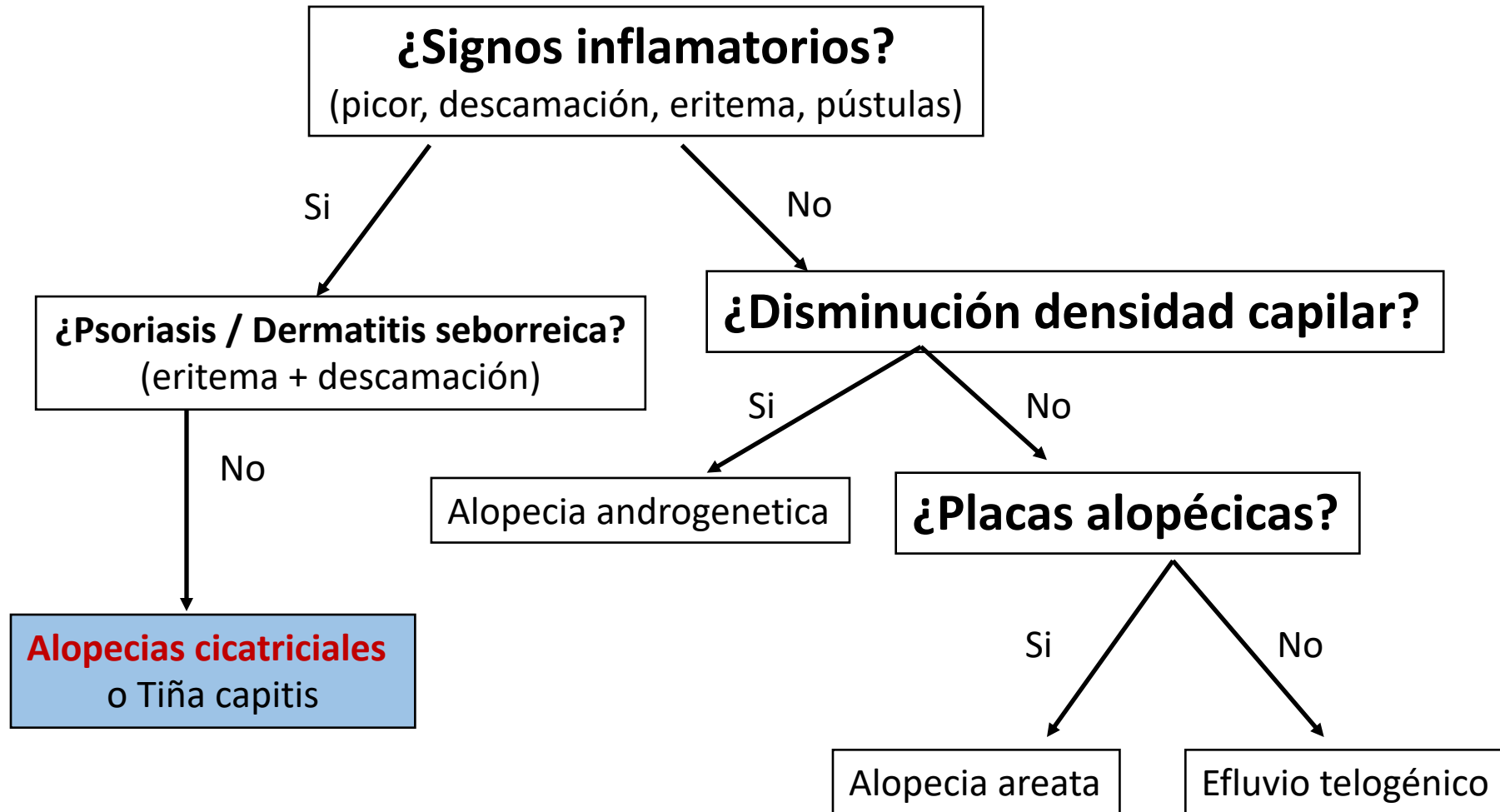
00 5 29

Dermatoweb

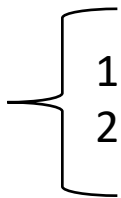


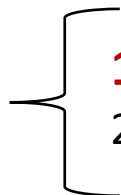
Paciente que consulta por problema de cabello

¿Qué tiene?



5% de la patología inflamatoria del cuero cabelludo es:

- **Tiña capitis** 
 1. Inflamatorias (querion: supuración, edema, eritema)
 2. “No inflamatorias” (solo descamación)

- **Alopecias cicatriciales** 
 1. **Con pus**
 2. Sin pus

Alopecias cicatriciales con pus (alopecias neutrofílicas)

1. **Pústulas/foliculitis** → Foliculitis decalvante

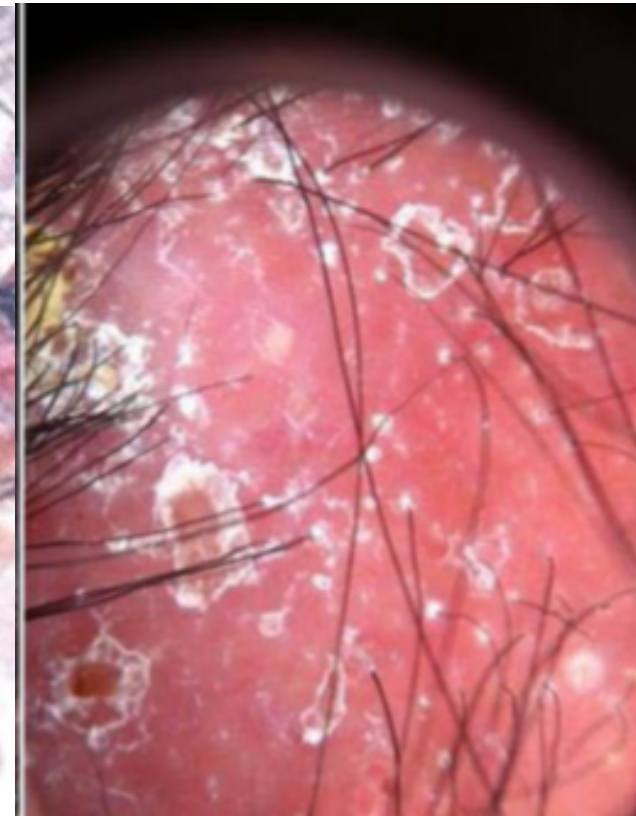
Si no asocian placas alopécicas simplemente es una foliculitis del cuero cabelludo

2. **Abscesos** → Foliculitis disecante (=celulitis disecante)

3. **Queloides** → Acne queloidal

4. **Costras que al apretarlas supuran** → Dermatitis erosivo pustulosa del cuero cabelludo

Pústulas + alopecia= Folliculitis decalvante



Mc kee. Pathology of the Skin with Clinical correlations 3ed

An Bras Dermatol. 2013 Sep-Oct;88(5):814-6.

Int J Dermatol. 2016 Oct;55(10):1106-14.

Foliculitis decalvante fase evolucionada:
Solo cicatrices (pisadas de nieve)

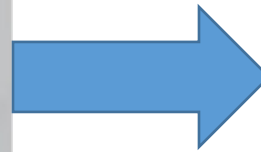


Abscesos + alopecia = Celulitis disecante



QUELOIDES + ALOPECIA = ACNE QUELOIDAL DE LA NUCA

Típicamente en la nuca de varones jóvenes de piel negra



Anciano/a con costras que supuran al apretarlas= DEPCC
(Dermatosis erosiva pustulosa cuero cabelludo)



Otras posibilidades: pénfigo vulgar , CEC. VALORAR BIOPSIA

Alopecias cicatriciales con pus (alopecias neutrofílicas)

1. **Pústulas/foliculitis** → Foliculitis decalvante
2. **Abscesos** → Foliculitis disecante (=celulitis disecante)
3. **Queloides** → Acne queloidal
4. **Costras que al apretarlas supuran** → Dermatitis erosivo pustulosa del cuero cabelludo

Alopecias cicatriciales sin pus (alopecias linfocíticas)

1. **Eritema perifolicular o hiperqueratosis folicular** → Liquen plano pilar
2. **Linea frontal/"patillas"** → Alopecia frontal fibrosante
3. **Aspecto psoriasiforme pero alopecia** → Lupus eritematoso cutáneo crónico



Hiperqueratosis folicular + alopecia = Liquen plano pilar



Alopecia linea frontal / “patillas”= Alopecia frontal fibrosante



Alopecia frontal fibrosante



Alopecia linea frontal = Alopecia frontal fibrosante

(a menudo con eritema perifolicular o hiperqueratosis folicular porque es una variante de liquen plano pilar)

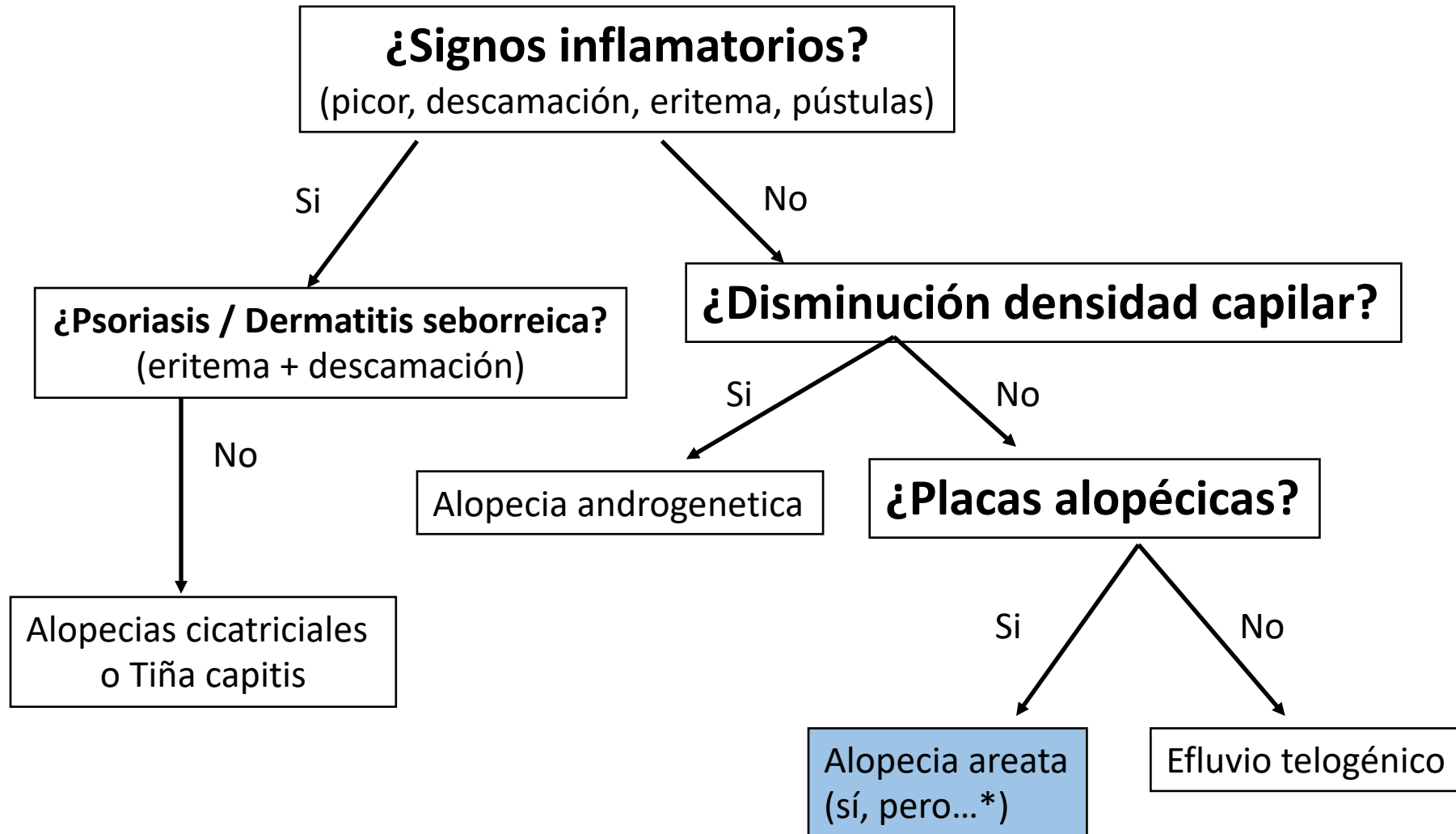




Eritema y descamación psoriasiforme pero con alopecia =
Lupus eritematoso cutáneo crónico

Paciente que consulta por problema de cabello

¿Qué tiene?



¿Alopecia areata? o

¿Alopecia cicatricial residual en la que ya no quedan signos inflamatorios?



PLACA ALOPÉCICA sin signos inflamatorios

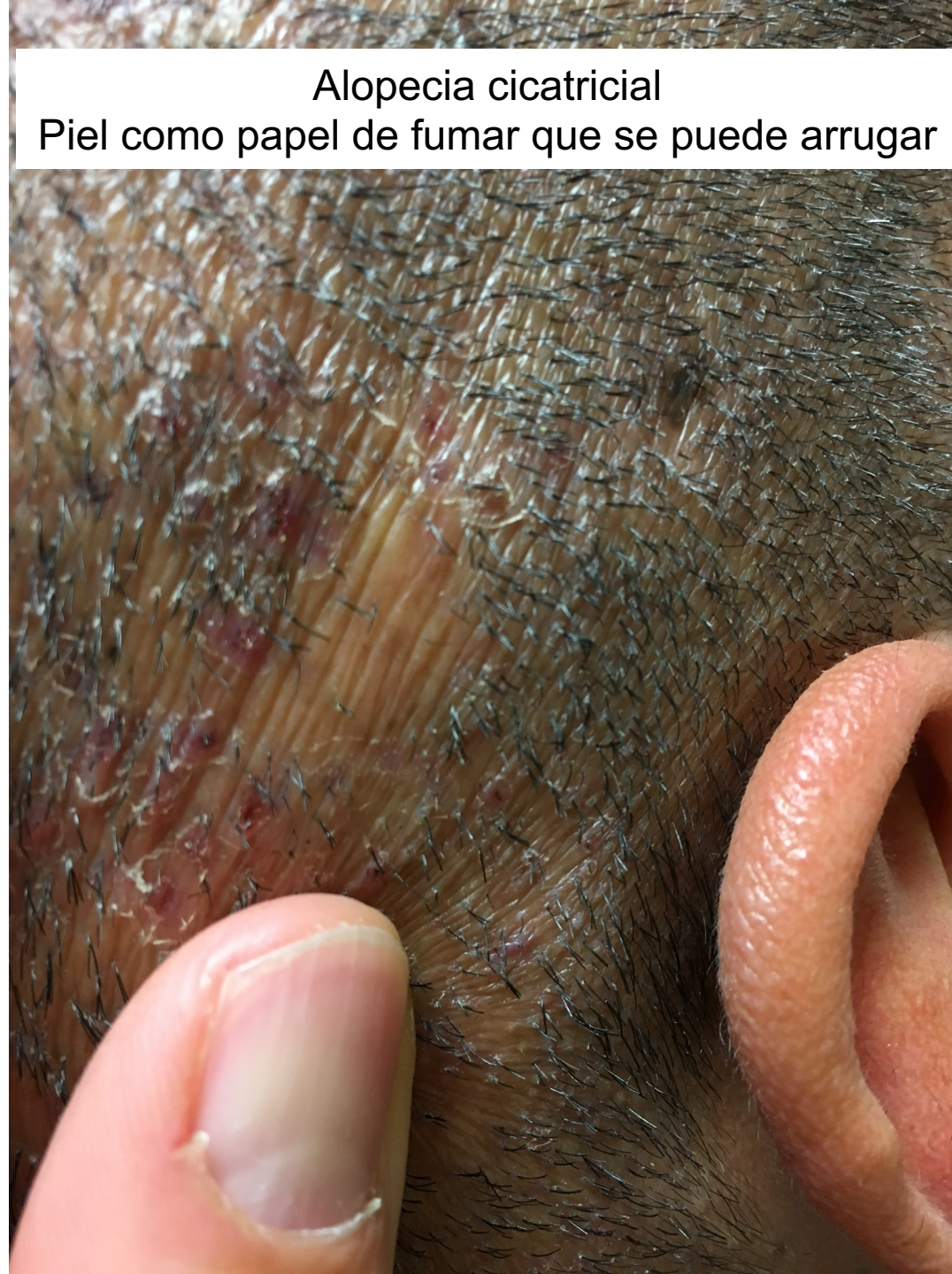
Alopecia cicatricial

- Pústulas
- Eritema
- Descamación
- Antecedentes de signos inflamatorios
- Piel atrófica brillante como papel de fumar
 - Si no signos inflamatorios presentes ni pasados: pseudopelada de Brocq

Alopecia areata

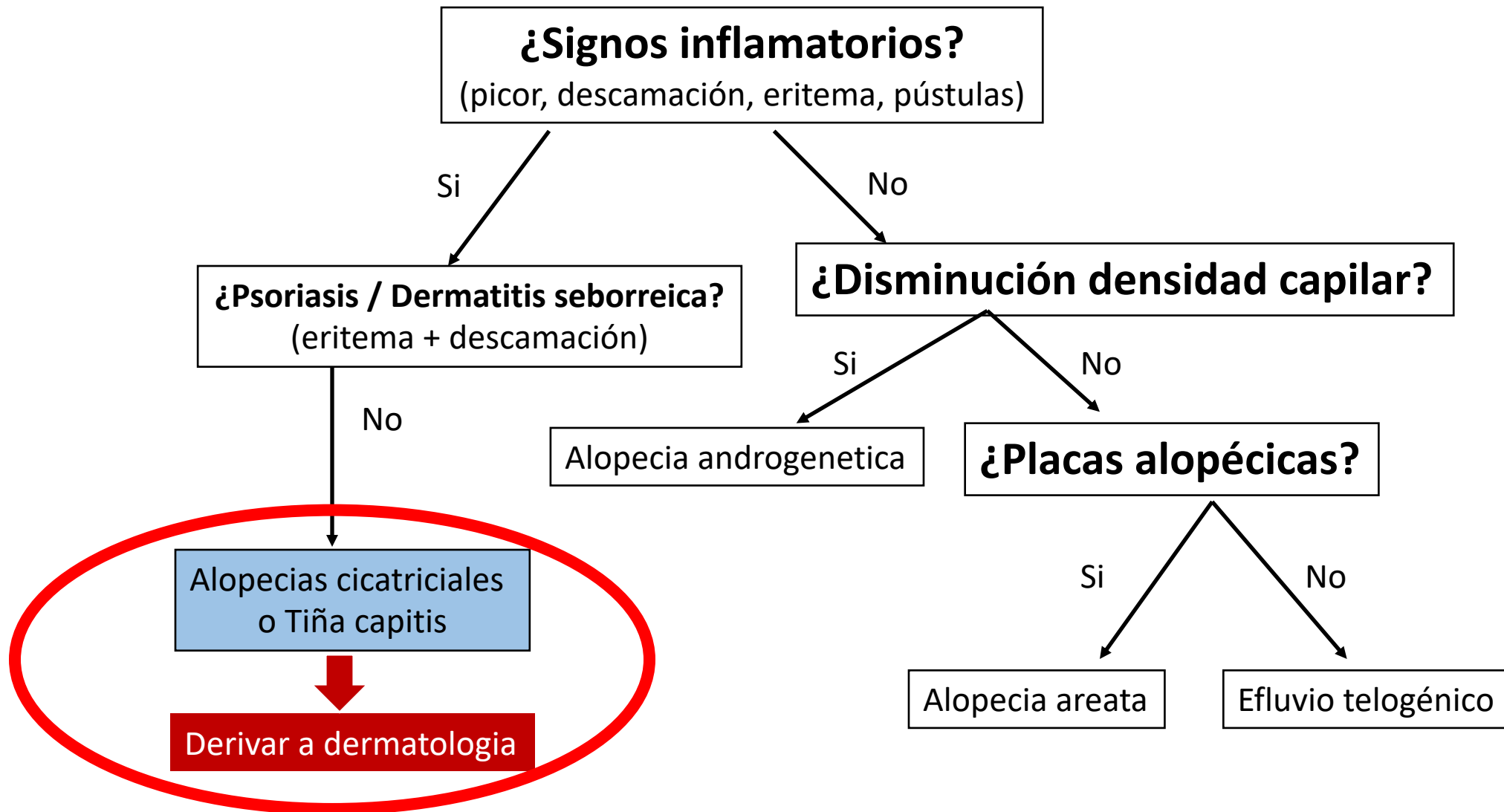
- Placas redondas
- **No** pústulas
- **No** eritema
- **No** descamación
- **No** piel atrófica
- **No** línea frontal

Alopecia cicatricial
Piel como papel de fumar que se puede arrugar



Paciente que consulta por problema de cabello

¿Qué tiene?



TRATAMIENTO en atención primaria

1. Psoriasis/dermatitis seborreica
2. Efluvio telogénico
3. Alopecia areata
4. Alopecia androgenética

¿De qué tratamientos disponemos para tratar estas diferentes patologías?

- 1. Complementos vitamínicos/suplementos orales**
- 2. Minoxidil 5% (solución o espuma)**
- 3. Finasterida 5 mg/día**
- 4. Corticoides**
 1. Tópicos (solución o gel o champú)
 2. Intralesionales (Trigon)

Tratamiento efluvio telogénico

- **Agudo (< 6 meses)**

- **Tranquilizar, tranquilizar, tranquilizar**
 - Autolimitado. ¿No tratar?
 - Suplementos orales
 - Minoxidil no recomendable
-

- **Crónico (>6-12 meses):**

- **Tranquilizar, tranquilizar, tranquilizar**
- **Suplementos orales**
- **Minoxidil 5% solución.** 1 ml cada noche con el cabello seco. Dejar actuar toda la noche
- Analítica con ferritina, TSH, T4L. Si ferritina <40 tratar con Hierro oral

Tratamiento alopecia androgenética

- Dosis diferentes de finasterida en hombre y mujer



Mujer: finasterida 2.5- **5** mg/día (mantenimiento)



HOMBRE: finasterida **1** mg/día (mantenimiento)

Tratamiento alopecia areata

- **Pocas placas/pequeñas. Combinar:**

- Clobisdin solución noche
- Minoxidil 5% mañana

(hasta la resolución en meses)

- **Placas más grandes o casos resistentes**

- **Infiltrar trigon** (diluido con mepivacaina o suero)
 - No en niños por mala tolerancia a las infiltraciones
- **O trigon intramuscular** (1 inyección de 1-2 ampollas cada 4 semanas)

Tratamiento tiña capitis: oral. Tópico no cura



Cultivo micológico: pelo (arrancar unos cuantos) y escamas

TERBINAFINA 250mg 28 comprimidos

Dosis adulto: 250mg/día

Hasta 2-4 semanas después de resolución completa
(habitualmente 2-3 meses)

Dosis infantil: ajustada por peso

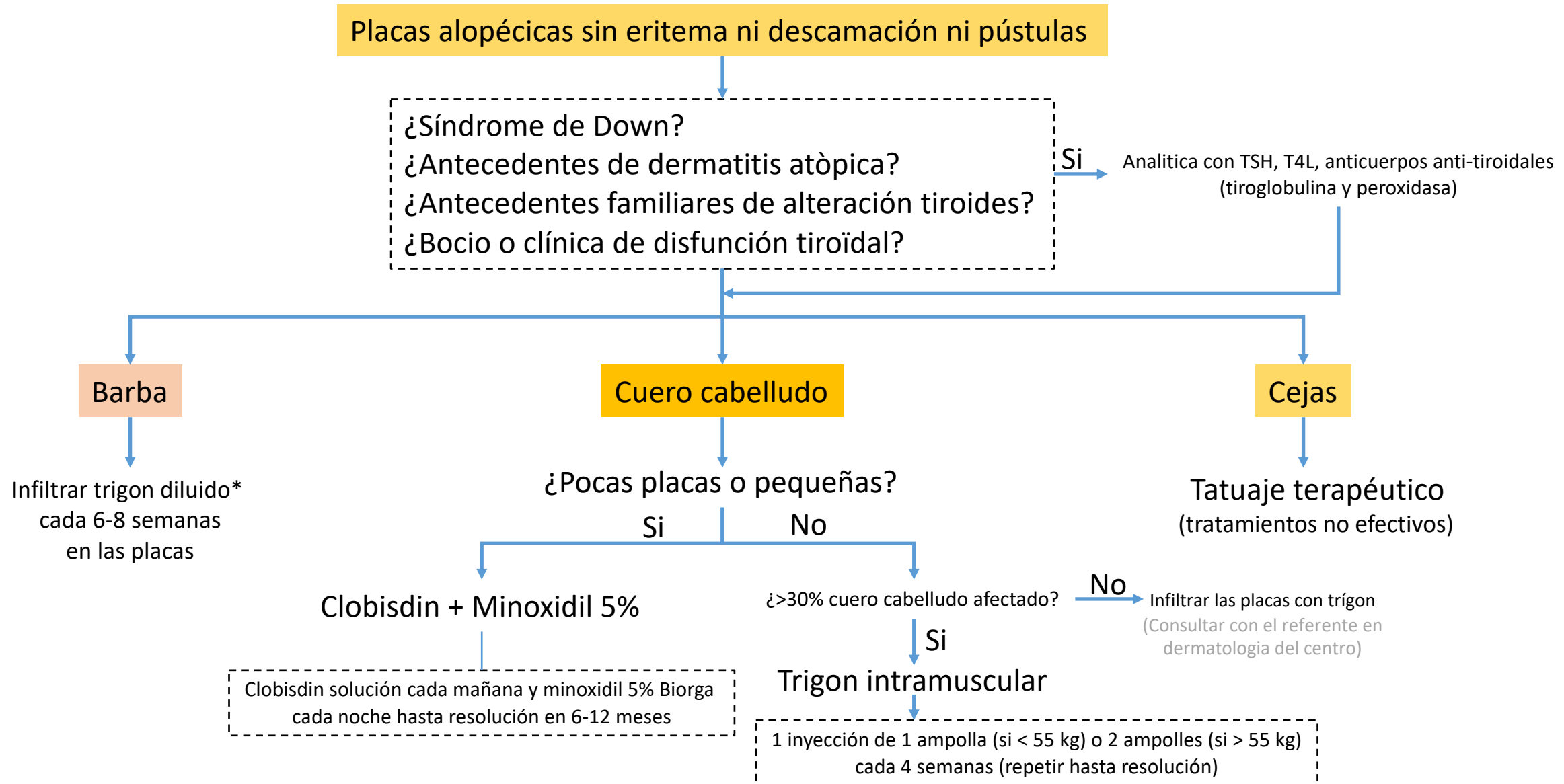
>40 kg: igual que adulto

20-40 kg: Medio comprimido al día

<20 kg: ¼ comprimido al día

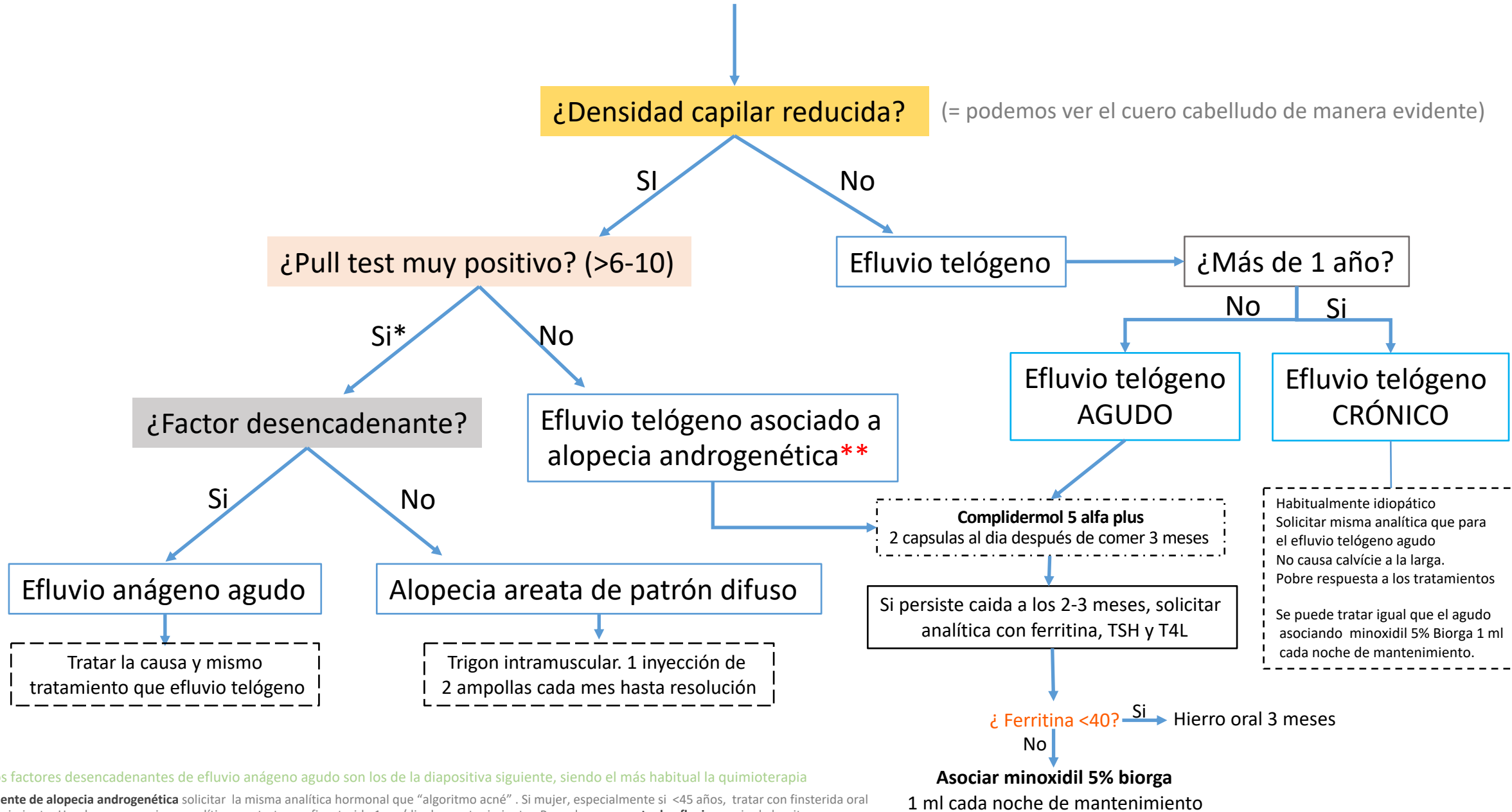
Alternativas: griseofulvina o terbinafina formulado

Alopecia areata



*A determinar en cada centro si estas infiltraciones las realiza el médico responsable de la cirugía en ese centro o se deriva para tratamiento en el hospital

Caida de cabello



*Excepcional. Los factores desencadenantes de efluvio anágeno agudo son los de la diapositiva siguiente, siendo el más habitual la quimioterapia

Para el **componente de alopecia androgenética solicitar la misma analítica hormonal que "algoritmo acné". Si mujer, especialmente si <45 años, tratar con finasterida oral 5mg/día de mantenimiento. Hombres no requiere analítica y se trata con finasterida 1 mg/día de mantenimiento. Para el **componente de efluvio** seguir el algoritmo.

CUERO CABELLUDO

Eritema y/o descamación

Si

¿Placas sin pelo?

Si

Probable alopecia cicatricial
DERIVAR

NO

Dermatitis seborreica/ psoriasis

Leve

Nutradeica **champú** caspa grasa o nutradeica champú caspa seca (días alternos. Dejar actuar 3 minutos)

Ketoconazol gel o sebiprox gel (champú para utilizar días alternos. Dejar actuar 3 minutos)

Moderado

Igual que leve más **clobisdin solución** (aplicar con el cabello seco por la noche. Dejar actuar toda la noche. 7 días seguidos y luego la mínima frecuencia necesaria, habitualmente 2-3 noches por semana de mantenimiento)

Severo

Daivobet gel (Agitar antes de aplicar. Aplicar con el cabello seco por la noche. Dejar actuar toda la noche. 7 días seguidos y luego la mínima frecuencia necesaria, habitualmente 2-3 noches por semana de mantenimiento)

El reto de la tricología en atención primaria

Vídeo en youtube con este título