

ALOPECIA: HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNOSTICO

Lorena Pefaur Monjagata*, Fátima Agüero de Zaputovich**, Lourdes González Burgos***, Lorena Re Domínguez*

* Médica Dermatóloga. DERMALASER.

** Médica Dermatóloga. Profesora Asistente. Cátedra de Dermatología,

Facultad de Ciencias Médicas; Universidad Nacional de Asunción. Directora de DERMALASER.

***Auxiliar de la Enseñanza. Cátedra de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Directora Médica de DERMALASER.

RESUMEN

La consulta por pérdida de cabello es bastante frecuente, y merece atención porque puede ser muy estresante para el paciente. Un simple examen permitirá, en la mayoría de los casos, definir su origen y tranquilizar al paciente en cuanto a su probable evolución. El examen debe tener en cuenta los antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos, dietéticos y los hábitos cosméticos. Estos elementos deben complementarse con un examen clínico para definir la pérdida como difusa o localizada y, en el último caso, descartar cicatriz. El examen clínico se asociará con un tricograma y en ciertos casos con una biopsia. Además, la sangre puede analizarse para descartar procesos metabólicos y hormonales. Finalmente, los tratamientos ya administrados deben conocerse para identificar los efectos beneficiosos y secundarios, que permitirán la definición de un nuevo tratamiento, si es necesario.

El objetivo de este trabajo es conocer los diferentes métodos auxiliares de diagnóstico para la alopecia con los que contamos en nuestro país.

SUMMARY

The consultation for hair loss is quite frequent and deserves attention because it can be very stressful for the patient. A simple examination will allow in most cases to define its origin and reassure the patient as to its probable evolution. The examination must take into account medical, surgical, gynecological, dietary and cosmetic habits. These elements should be complemented with a clinical examination to define the loss as diffuse or localized and, in the latter case, rule out scarring. The clinical examination will be associated with a trichogram and in some cases with a biopsy. In addition, blood can be analyzed to rule out metabolic and hormonal processes. Finally, the treatments already administered should be known to identify the beneficial and secondary effects, which will allow the definition of a new treatment, if necessary. The objective of this work is to know the different auxiliary methods of diagnosis for alopecia that we have in our country.

INTRODUCCIÓN

El abordaje diagnóstico de las enfermedades que afectan el pelo y la piel cabelluda puede hacerse a través de diversos métodos, como la prueba de tracción, la tricoscopia, el tricograma, el estudio histopatológico entre otros. Desafortunadamente, muchos de ellos son invasivos en diferente grado y no siempre ofrecen un resultado definitivo.^{1,2,3,4}

El desarrollo de nuevas técnicas de evaluación ha permitido complementar el abordaje diagnóstico de este amplio grupo de enfermedades que ocupan el trabajo diario del dermatólogo. El uso de herramientas de mano facilita este abordaje y ofrece la oportunidad de un diagnóstico rápido y mínimamente invasivo.^{3,4,5}

Frente a un paciente con alopecia, para hacer un diagnóstico correcto, nos apoyaremos en los siguientes puntos:

- **Historia clínica**

1) Antecedentes patológicos personales (por ejemplo carácter crónico y recurrente de la alopecia areata) y familiares (componente hereditario de diversos procesos alopecicos).^{3,4}

2) Otros procesos patológicos actuales (sistémicos y/o de cuero cabelludo). Valorar la ingesta de sustancias inductoras de alopecia anagénica (antimitóticos, yoduros, salicilatos, clorofeno, boro, etc.) o alopecia telogénica (heparina, compuestos heparinoides, cumarinas, dextrano, etc.), deficiencias nutritivas, anorexia nerviosa, posibles causas de anemia ferropénica (hipermenorrea), exposición a radiaciones, estado seborreico constitucional del cuero cabelludo, etc.^{2,3,4,5}

3) Estados fisiológicos particulares: Embarazo, menopausia.^{4,5}

4) Precisar si se trata de una pérdida progresiva de densidad capilar (típica de la alopecia androgenética), una

caída de pelo (efluvios telogénico y anagénico) o ambos. En el caso de que se trate de una caída, preguntar si se aprecia solamente en el momento del lavado o peinado del cabello, caso en el cual podría tratarse simplemente de una caída fisiológica.^{3,4,5,6}

5) Tiempo de evolución. Es importante porque nos da idea de la cronicidad.^{3,4}

6) Forma de evolución. Progresiva, recurrente, estacionada, aguda, etc.^{3,4}

7) Localización en cuero cabelludo y otras áreas pilosas del tegumento. La alopecia androgenética generalmente respeta la zona occipital del cuero cabelludo y la alopecia areata puede presentarse en cualquier región pilosa.^{4,5,6}

8) Utilización de productos cosméticos de peluquería y hábitos de peinado. Importante para el diagnóstico de las alopecias de origen químico y de las alopecias por tracción.^{4,5,6}

- **Exploración física**

Si sospechamos un efluvio debemos buscar signos de enfermedades sistémicas, anemia o enfermedades tiroideas.^{4,5}

Si sospechamos alopecia androgenética en una mujer se debe orientar la exploración a la búsqueda de signos dependientes de andrógenos. De manera didáctica, a nivel sistémico son signos de androgenización los que quedan englobados en la «triple M»: Menstruaciones irregulares, índice de masa corporal mayor de 25 y signos de masculinización.^{4,5,6}

Estado del cuero cabelludo: La observación debe realizarse en todo el cuero cabelludo y con más detenimiento en las áreas alopecicas, para lo que puede ser útil la ayuda de una lupa. La piel del cuero cabelludo suele ser normal en la alopecia androgenética, alopecia difusa y alopecia areata. La descamación pitiriasiforme (hallada frecuen-

temente) y psoriasiforme difusas no son causas de alopecia, aunque en esta última puede haber un discreto aumento de pérdida de cabello en telógeno. Es importante investigar la presencia de cicatrices (traumatismos, inflamación, neoplasias, etc.), descamación localizada en las áreas alopécicas (tiñas, etc.), telangiectasias, tumores, tapones foliculares, anomalías pigmentarias, eritema, foliculitis, etc.^{4,5,6}

Maniobra de Jaquet: Consiste en pellizcar una zona del cuero cabelludo. Es positivo si se plisa con facilidad obteniendo varios pliegues, e indica que algunos, muchos o todos los folículos no tienen pelo o el pelo está miniaturizado (alopecias androgénicas) o que no hay folículos (alopecia cicatricial).^{3,4,6}

Signo de Saboureaudo Pull test: Se realiza sujetando un mechón de aproximadamente 50 pelos de forma firme con los dedos de una mano y con la otra estirar, se realiza en la zona afecta o en 3 zonas diferentes. Sirve para comprobar la pérdida activa de pelo. +: 3-4 cabellos, ++: 5-6 cabellos, +++: > 6 cabellos.^{4,5,6} descamación. E, fecta o en 3 zonas diferentes

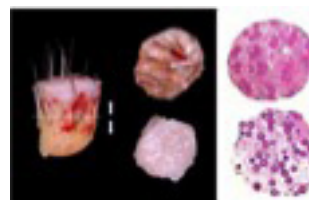
- **Exploraciones complementarias**

Micología: Examen directo mediante aclaramiento de la muestra con una solución de hidróxido potásico al 10%-30% y cultivo en medio de Sabouraud para identificar micosis.^{4,5}

Luz de Wood: En una alopecia en placas y descamación. Esta técnica puede ser de gran valor para diagnosticar una tiña debido a la característica fluorescencia que produce la luz ultravioleta filtrada por la lente de Wood al incidir sobre pelos infectados por ciertos dermatofitos.^{5,6}

Biopsia: El estudio anatomopatológico es de gran valor para el diagnóstico de muchas alopecias ya que permite observar las estructuras foliculares y las distintas capas de la piel. Es interesante obtener secciones foliculares

longitudinales y transversales. Estas últimas permiten valorar principalmente la densidad folicular, relación de folículos en anágena y telógena, diámetro, forma del tallo piloso y los porcentajes de folículos de pelos terminales y vellos. Además posibilita la observación de todos los folículos contenidos en la biopsia, mientras que las secciones longitudinales sólo muestran un pequeño porcentaje de los mismos. Es fundamental en las alopecias cicatriciales para posibilitar la detección de la causa: Lupus eritematoso, liquen plano, mucinosis folicular, etc.^{4,5,6} (Figura 1).



Métodos bioquímicos: Determinaciones hormonales androgénicas como testosterona libre, androstenediona, dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-s), globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) y prolactina (alopecia androgenética). Estudio de la función tiroidea (alopecia areata). Serología luética (efluvios). Hemograma, velocidad de sedimentación globular (VSG), glucemia, sideremia, etc. (efluvios).^{4,5,6}

Dermatoscopía: Es un método diagnóstico no invasivo, permite el reconocimiento de estructuras morfológicas no visibles a simple vista. Provee información "in vivo", proporciona ideas acerca del estadio y progresión de algunas patologías. La dermatoscopia en enfermedades del pelo y la piel cabelluda, también llamada tricoscopia, es una técnica de evaluación de cualquier área pilosa del cuerpo, que puede realizarse a través de una pieza de mano (dermatoscopio) que magnifica 10x o, bien, con un equipo de mayores dimensiones (videodermoscopio) que magnifica de 20x a 70x.^{7,8,9,10,11} (Figura 2).



En el cuero cabelludo podemos ver:

Twistedloops: Hipertrofia epidérmica (psoriasis, sebopso-riasis, folliculitis decalvante), refleja tortuosidad y elonga- miento de los capilares (ovillo de lana). Está ausente en presencia de atrofia cutánea.

Patrón en panal de abejas: Anillos marrón-amarillentos a marrón oscuros. Deposición de melanina foto-inducida (patrón de red). La extensión se correlaciona con el grado de alopecia.

Puntos blancos: Áreas de cicatrización y fibrosis con des- trucción folicular. En lupus discoide, liquen plano pilar, fo- lliculitis decalvante.

Puntos amarillos: 95% de las alopecia areata en cualquier estadio. 8% de Alopecia androgenética severa. Se ven alre- dedor de folículos pilosos alterados, formados por quera- tina folicular degenerada + sebo. (Figura 3)



Alteraciones del tallo piloso: Como variación de tamaño (miniaturización) y alteraciones estructurales (Displasias pilosas, Tricoptilosis, Distrofias). (Figura 4).



Variación de tamaño: Refleja la progresiva reducción del diámetro, longitud y pigmentación del pelo.

Displasias pilosas: Monilethix, Trichorrexix invaginata, Pili torti, Pelo lanoso, Uncombable hair.

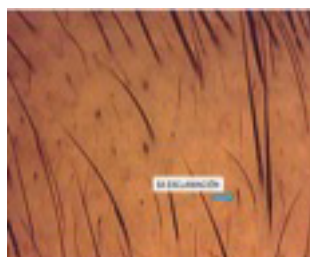
Tricorrexix nodosa distal: Es un trastorno adquirido. Sien-

do el síndrome más común de daño capilar. Se pueden observar fracturas y acodamientos a lo largo del tallo pilo- so. Extremo distal en cepillo "tricoptilosis".

Pelos Distróficos: Pelos rotos a nivel de la zona querató- gena con puntas fracturadas y desmechadas.

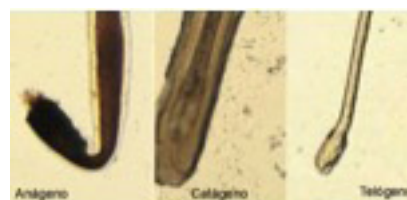
Peos Cadavéricos: Rotura antes de la emergencia.

Signo de exclamación: Pelos fracturados luego de la emergencia. (Figura 5).



En la actualidad, la tricoscopia ofrece la oportunidad de distinguir hallazgos característicos en enfermedades del pelo y la piel cabelluda, como alopecia areata, alopecia androgenética, alopecias cicatriciales como lupus erite- matoso discoide, liquen planopilar y alopecia frontal fi- brosante, así como defectos estructurales del tallo piloso, como tricorrexix invaginata, tricorrexix nodosa, monile- trix, pelo lanudo, piliannulati y pilitorti; además del gru- po de enfermedades infecciosas y otras inflamatorias que afectan esta parte del cuerpo.^{7,8,10,11}

Tricograma: Es un método microscópico para estudiar los bulbos y tallos pilosos, además sirve para evaluar el ciclo de crecimiento del pelo y nos da información sobre dis- plasias o anomalías morfológicas del pelo (Figura 6).^{9,12,13}



Esta indicado en efluvios anágenos y telógenos, alopecias androgenéticas y como pronóstico en alopecia areata.^{12,13}

Para efectuarla correctamente ha de obtenerse un míni- mo de 50-100 cabellos mediante pull test de la zona afec-

Folículos vacíos: El número de folículos vacíos en las diferentes áreas y los puntos amarillos son muy buenos indicadores para diferenciar Lupus Eritematoso Discoide, Alopecia Areata o Alopecia androgenética.

Conclusión

La caída de pelo es un motivo de consulta frecuente y angustiante para el que la sufre. Es imprescindible conocer y utilizar correctamente las herramientas diagnósticas que están a nuestro alcance para un diagnóstico correcto y la exclusión de otras afecciones concomitantes que impedirían una buena respuesta al tratamiento. El tricograma digital, con los software de análisis como el Fotofinder con TrichoLab, es una herramienta diagnóstica versátil y eficaz, no invasiva, que se encuentra al alcance del dermatólogo para el diagnóstico y seguimiento del paciente con alopecia.

Bibliografía

1. Atanaskova M, Bergfeld WF. Hair: what is new in diagnosis and management Female pattern hair loss update: diagnosis and treatment. *Dermatol Clin*. 2013;31(1):119-27
2. Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M, Shapiro J. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part II. Trichoscopic and laboratory evaluations. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71:431.e1.
3. Childs JM, Sperling LC. Histopathology of scarring and nonscarring hair loss. *Dermatol Clin* 2013; 31:43.
4. Blume-Peytavi A et al. Guideline for Diagnostic Evaluation in Androgenetic Alopecia in Men, Women and Adolescents. *British Journal of Dermatology*. 2011;164(1):5-15.
5. Herskovitz I, Tosti A. Female Pattern Hair Loss. *Int J Endocrinol Metab*. 2013;11(4):e9860.
6. Vujovic A., Del Marmol V., "The female pattern hair loss: review of etiopathogenesis and diagnosis.," *Biomed Res. Int.*, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/767628>
7. Ahanogbe I., Gavino A., Evaluation and Management of the Hair-

Loss Patient in the Primary Care Setting. 2015; 42(4), 569-589

8. Ross E, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:799-806
9. Olszewska M, Rudnicka L, Kowalska-Oledzka E. Trichoscopy. *Arch Dermatol*. 2008;144(8):1007. doi: 10.1001/archderm.144.8.1007.
10. Inui S. Trichoscopy for common hair loss diseases: Algorithmic method for diagnosis. *J Dermatol* 2011;38:71-75.
11. Miteva M., Tosti A. Hair and scalp dermatoscopy. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2012; 67(5):1040-1048.
12. Sánchez L. Dermatoscopia en enfermedades del pelo y la piel cabelluda. *Dermatol Rev Mex* 2012;56(3):187-192
13. Serrano-Falcón C et al. Evaluación del pelo y cuero cabelludo: tricograma. *Actas Dermosifilog* 2013;104(10):867-76.