

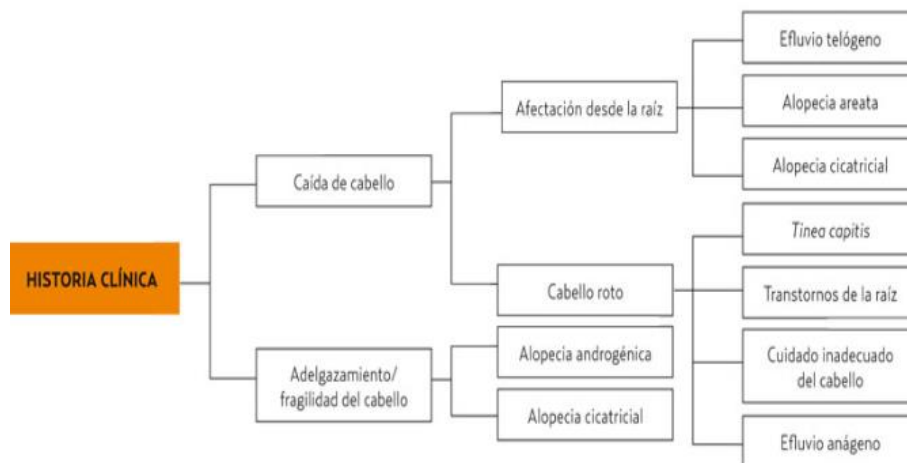
ABORDAJE DE LA CAÍDA CAPILAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las alteraciones del cabello son un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. En muchas ocasiones causan estrés emocional, alteración de la autoestima y de la calidad de vida en el individuo. Una buena historia clínica y un examen físico detallado serán suficientes para establecer el diagnóstico, pero en ocasiones, serán necesarias pruebas complementarias para determinar si existe una condición subyacente.

La alopecia se refiere tanto al aumento de la caída de cabello como a la reducción de la densidad o pérdida de este, ya sea de forma localizada o difusa. Esta podría ser un proceso primario, o la manifestación de una condición médica subyacente, por lo que es necesario realizar un enfoque organizado y sistemático que permita alcanzar el diagnóstico correcto. La clasificación tradicional la divide en dos grandes grupos: **alopecias cicatriciales** y **alopecias no cicatriciales**. La principal diferencia entre ellas es que en las primeras se produce la destrucción y pérdida permanente de los folículos pilosos (que son reemplazados por tejido cicatricial) y en las segundas, cuando el proceso inflamatorio que afecta al folículo se resuelve, este puede recuperar su actividad.

Las causas más comunes de consulta son la caída excesiva de cabello y el adelgazamiento progresivo de este. **Se considera fisiológica una pérdida de entre 70-100 cabellos al día**. El 50% del cabello generalmente se pierde antes de que el paciente logre percibirlo como tal. La descripción de pérdida abundante de cabello al peinarse, al lavarlo o al encontrarlo en la almohada puede ser indicativo de efluvio telógeno, considerando como diagnóstico diferencial la alopecia areata y alopecias cicatriciales en fase activa. El adelgazamiento progresivo del cabello ocurre clásicamente en la alopecia androgénica.

FIGURA 1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SEGÚN LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA.



¿QUÉ DEBEMOS TENER EN CUENTA PARA REALIZAR UNA CORRECTA ANAMNESIS?

- Preguntar por los **antecedentes patológicos personales y familiares**:
 - A. Deben indagarse los antecedentes médico-quirúrgicos 6 meses antes del inicio de la caída de cabello.
 - B. Alteraciones endocrinológicas, enfermedades autoinmunitarias, fiebre elevada, cirugía bajo anestesia general o dietas de «choque» para adelgazar son factores que pueden producir efluvio telógeno.
 - C. La alopecia androgénica y la alopecia areata afectan a casi el 2% de la población y existe un componente genético asociado. Otros antecedentes familiares, en particular en la evaluación de pacientes con alopecia areata, incluyen historia de atopia, trastornos autoinmunitarios, y síndrome de Down.
- **Antecedentes psicosociales.** La ansiedad y la depresión endógena se han considerado como posibles causas de caída de cabello. El efluvio telógeno puede ser también resultado de eventos vitales estresantes (la muerte de un familiar, el fin de una relación, problemas económicos).
- **Duración y tasa de progresión de la caída del cabello:** el conocimiento de la duración y la progresión de la caída del cabello es útil para diferenciar entre trastornos congénitos y adquiridos, y entre afecciones agudas, crónicas o transitorias.
- **Fármacos.** En el efluvio telógeno, la caída suele aparecer a los 2-3 meses del inicio de un tratamiento. Los estabilizadores del estado del ánimo (litio, valproato), algunos antidepresivos (como la fluoxetina), los anticoagulantes (warfarina, enoxaparina), fármacos beta-bloqueadores (metoprolol, propranolol), retinoides, antivirales (indinavir) pueden ocasionar caída de cabello.
- **Estado nutricional.** Hay una correlación clara entre los componentes del cabello y el estado nutricional. La proteína es el mayor constituyente de las fibras del pelo, por lo que la reducción de su ingesta-absorción puede afectar a su crecimiento. Las dietas para perder peso pueden provocar la caída de cabello, en especial si la ingesta calórica es inferior a 1.000 kcal y la de proteínas es insuficiente. Otras situaciones relacionadas: dietas que eliminan la ingesta de

lácteos, enfermedades gastrointestinales, donación de sangre, anorexia nerviosa, consumo de tóxicos, depresión o procesos neoplásicos.

- La utilización o no de productos cosméticos de peluquería y hábitos de peinado es importante en el diagnóstico de las alopecias de origen químico y de las alopecias por tracción.

¿CÓMO REALIZAREMOS UNA CORRECTA EXPLORACIÓN FÍSICA?

Para la **exploración física** nos guiaremos con las siguientes maniobras y observaciones:

- **Estado del cuero cabelludo:** la observación ocular debe hacerse en todo el cuero cabelludo y con más detenimiento en las áreas alopécicas, para lo que puede ser útil la tricoscopia. La piel del cuero cabelludo suele ser normal en la alopecia androgenética, alopecia difusa y alopecia areata. La descamación pitiriasiforme (hallada frecuentemente) y psoriasiforme difusa no son causa de alopecia, aunque en esta última puede haber un discreto aumento de pérdida de cabello en telogen. Es importante investigar la presencia de cicatrices (traumatismos, inflamación y neoplasias), descamación localizada en áreas alopécicas (tiñas), telangiectasias, tumoraciones, tapones foliculares, anomalías pigmentarias, eritema y foliculitis.
- **Características macroscópicas del pelo:** pueden detectarse pelos en signo de admiración (alopecia areata), pelos retorcidos y/o fracturados (tiñas, traumatismos, etc.), pelos con textura y coloración particular, etc.
- **Patrón de caída de cabello.** Algunos patrones de adelgazamiento y caída suelen ser «propios» de ciertas afecciones. En zonas temporales, puede ser sugerente de efluvio telógeno, la zona frontal y coronal, es típica de la alopecia andrógena. En la alopecia fibrótica frontal se ve afectada casi exclusivamente la línea de cabello frontal y frontotemporal. La sintomatología como el prurito, la sensación de quemazón y el dolor suelen estar presentes en las alopecias cicatriciales, en las no cicatriciales no suelen acontecer.
- **Signo del arrancamiento o maniobra de Sabouraud:** Es la contabilización del número de cabellos desprendidos tras la tracción manual del pelo de las regiones frontoparietales, vértex y occipital. Se realiza sobre cuero cabelludo no lavado al menos tres días antes y se considera normal el arrancamiento de dos a tres pelos por estiramiento.

- **Signo del pellizcamiento de Jacquet:** Consiste en tratar de pellizcar el cuero cabelludo, cosa que en condiciones fisiológicas no es posible, por tratarse de una superficie esférica llena de bulbos pilosos. Se considera positivo en la piel fácilmente pellizcable de una alopecia cicatricial, por la aplasia o hipoplasia folicular. **La alopecia areata es una excepción: se trata de una alopecia reversible con signo de Jacquet positivo.**
- **Signo de la tracción o tug test:** Sirve para comprobar la fragilidad del pelo. Consiste en aislar un mechón de cabellos con la pinza del pulgar de una mano y hacer tracciones sobre el mechón con la otra mano. Si el cabello no es frágil no se romperá, pero si el cabello es frágil obtendremos pelos fracturados entre los dedos que tiran de los cabellos.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA?

ALOPECIAS DE TIPO NO CICATRICAL:

ALOPECIA ANDROGENÉTICA

Afecta tanto a hombres como a mujeres con características propias de cada sexo. Su frecuencia aumenta con la edad llegando a presentarse hasta en un 50% de los hombres. La presentación suele ser la miniaturización de los folículos pilosos que se traduce en una disminución de la densidad de la cabellera en las zonas afectadas. Es un proceso hormonodependiente, asociado a un componente genético.

En el hombre se produce, en primer lugar, un retroceso de la línea de implantación del cabello, posteriormente se afecta el área biparietal y el vértex.

En la mujer, tiene una presentación más difusa, afecta a todo el cuero cabelludo, aunque suele haber mayor adelgazamiento del cabello en la parte frontal y frontoparietal del cuero cabelludo.

- **Pruebas complementarias:** En el hombre, las pruebas de laboratorio **NO** suelen ser necesarias. En la mujer, hay que descartar déficit de hierro, alteración tiroidea asociada, hiperandrogenia (si presenta trastornos de la menstruación, hirsutismo, acné). Hay que valorar los niveles de testosterona plasmática; delta-4-androstenodiona plasmática y el sulfato de deshidroepiandrosterona (DHEA) plasmático. Si se sospecha un origen ovárico, se indicará una ecografía ovárica y

determinación de niveles de prolactina, hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH).

El diagnóstico diferencial debe hacerse con alopecia areata, efluvio telógeno, sífilis secundaria, lupus eritematoso sistémico, deficiencia de hierro, hipotiroidismo, hipertiroidismo, tricotilomanía y dermatitis seborreica.

▪ **Tratamiento:**

En primera línea se cuenta con la solución de **minoxidil al 2% y al 5%** (tópico) (grado de recomendación B) aplicando 1 ml cada 12 horas. Puede ser útil para disminuir la rapidez de la pérdida de cabello o restablecer de modo parcial el pelo que se pierde tanto en varones como en mujeres, al aumentar el grosor del pelo, detener la caída y prolongar la fase anágena. Se suelen obtener resultados entre los 6 y los 12 meses de aplicación, pero debe mantenerse de forma indefinida, de lo contrario el cabello cae nuevamente. Los efectos adversos incluyen: dermatitis de contacto e hipertrichosis en la cara.

Finasterida es el tratamiento oral de elección (grado de recomendación B) (1 mg/día). Su efecto es visible a los 6 meses del inicio del tratamiento revirtiendo la disminución del diámetro del cabello y su caída. La dosis utilizada en la alopecia es muy bien tolerada en general, aunque podría presentar disminución de la libido, trastornos de la eyaculación y disfunción eréctil que suelen resolverse al suspender el tratamiento. **En las mujeres embarazadas o en edad fértil, NO se recomienda por riesgo de feminización e hipospadias en el feto varón.**

ALOPECIA AREATA

De origen posiblemente autoinmunitario y con un componente genético asociado. Afecta principalmente a niños y adultos jóvenes (pero puede aparecer a cualquier edad en ambos sexos) y se localiza en el cuero cabelludo (aunque otras zonas pilosas también pueden verse afectadas). Se produce adelgazamiento del tallo piloso y aparecen cabellos «en signo de admiración», con una prueba de tracción positiva. En la mayoría de los pacientes, se resuelve espontáneamente en 1 año. El tratamiento está orientado a detener la inflamación que afecta a los folículos pilosos.

- **Pruebas complementarias:** El diagnóstico suele ser clínico, se encuentran una o varias áreas de calvicie, redondeadas/ovaladas, de 3-5 cm. Prueba de tracción positiva. Puede haber, además, afectación ungueal (surcos transversales, depresiones puntiformes, coiloniquia). Cerca de un 10% de los pacientes con alopecia areata presentan enfermedad tiroidea asociada, por lo que se recomienda determinar la TSH y los anticuerpos antitiroideos, en especial si son

niños. Si hubiese aún duda diagnóstica, además de pruebas de laboratorio, la biopsia de cuero cabelludo sería de utilidad.

- **Tratamiento.** En el cuero cabelludo, se recomienda iniciar con un corticoide tópico de alta potencia, aunque la evidencia de su efectividad es limitada (grado de recomendación B), como el valerato de betametasona al 0,1% (crema), dos veces al día, o el propionato de clobetasol (ungüento, bajo oclusión) al 0,05% cada 24 horas, de 3 a 6 meses; si es en la barba, elegir un corticoide de potencia media.

En los niños, los corticoides tópicos son la primera elección. Si no se obtiene respuesta a los 3 meses, se puede asociar minoxidil tópico al 5% (dos veces al día, cuya efectividad se ve potenciada en combinación con el corticoide) (grado de recomendación B).

TINEA CAPITIS

Es una infección fúngica causada por dermatofitos. Puede haber antecedente de contacto con mascotas. Suele presentarse como parches de alopecia discretos, con o sin descamación y aumento de la fragilidad del folículo piloso.

- **Pruebas complementarias.** Es de utilidad la valoración del cabello y las escamas bajo el microscopio, mediante la preparación de hidróxido de potasio (KOH) como método rápido y la realización de un cultivo para confirmar el diagnóstico. También resulta de utilidad la utilización de la lámpara de Wood (negativa si el agente causante es el *Trichophyton tonsurans*) o tomar una biopsia.
- **Tratamiento.** El tratamiento es sistémico, ya que la monoterapia tópica es insuficiente (aunque puede utilizarse como coadyuvante en la terapia oral o para prevenir una reinfección). La griseofulvina (grado de recomendación A) es el tratamiento de primera elección (la eficacia y seguridad de la terbinafina, el itraconazol y el fluconazol son similares a las de la griseofulvina y se pueden utilizar si esta no ha dado resultado). La dosis de griseofulvina en niños es de 15-25 mg/kg/día y en el adulto de 25 mg/kg/día, con una dosis diaria máxima de 750 mg, durante 6-12 semanas.

EFLUVIO TELÓGENO

Caída excesiva del cabello en fase telógena, que afecta a hombres y mujeres de cualquier edad. Es la forma más frecuente inducida por fármacos (presentándose a los 2-4 meses de inicio de un tratamiento). Antecedentes asociados: enfermedad grave, cirugía bajo anestesia, fármacos o estrés emocional. Suele resolver espontáneamente con el tiempo y con la eliminación del evento desencadenante.

TRICOTILMANIA

Se caracteriza por la tracción repetida/compulsiva de pelo que ocasiona una pérdida significativa de este. Puede afectar a cualquier área corporal, pero las zonas más frecuentes suelen ser el cuero cabelludo, las cejas y las pestañas. La mayoría de las personas con este trastorno suelen experimentar sentimientos de tristeza o depresión, ansiedad, y una imagen pobre de sí mismas. La edad de inicio suele ser a los 8 años en niños y a los 12 años en las niñas. Se ha descrito la eficacia de algunos antidepresivos, en particular los ISRS.

TABLA 1. ESTUDIOS DE LABORATORIO QUE PUEDEN SER ÚTILES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA.

Estudios de laboratorio	Patologías
Prolactina, FSH, LH, DHEA-S	Alopecia androgénica femenina, hiperandrogenismo
Deficiencia de hierro	Alopecia androgénica femenina, alopecia areata, anemia
RPR, FTA-ABS y VDRL	Alopecia sífilítica, efluvio telógeno
VSG, factor reumatoideo, ANA	LES, enfermedades autoinmunitarias
Valoración bajo microscopio de muestra con hidróxido de potasio	<i>Tinea capitis</i>
TSH + T ₄	Alopecia areata, alopecia androgénica femenina
Vitamina D	Alopecia areata, alopecia androgénica femenina

DHEA-S: sulfato de deshidroepiandrosterona; FSH: hormona foliculoestimulante; LH: hormona luteinizante; TSH: hormona tiroestimulante; T₄: tiroxina.
Modificado de: Ahanogbe I et al. 2015³

TABLA 2. ALOPECIAS CICATRICIALES.

Alopecias cicatriciales: características clínicas y tratamiento					
Características	Historia	Examen clínico			
		Apariencia global	Caída de cabello	Prueba de tracción	Características del cabello
Liquen plano folicular	Edad: adulta Inicio: gradual Prurito y sensación de quemazón. Liquen plano en otra localización en un 50% de casos	Áreas de calvicie o adelgazamiento de cabello Distribución: generalmente se inicia en la zona parietal asociado a eritema perifolicular o descamación	Variable	Positivo: cabello anágeno	Sin regeneración de cabello
Seudopelada de Brocq	Edad: jóvenes/45-55 años Inicio: gradual No hay sintomatología	Áreas de calvicie Distribución: generalmente en zona parietal. Bordes irregulares Hipopigmentación y atrofia	Variable	Positivo: cabello anágeno	Sin regeneración de cabello
Alopecia cicatricial central centrifuga	Edad: adultos jóvenes Inicio: gradual-progresivo Prurito y sensación de quemazón	Áreas de calvicie Distribución: inicio en la zona coronal expandiéndose en forma centrifuga No hay signos de inflamación ^a	Variable	Positivo: cabello anágeno	Sin regeneración de cabello
Lupus eritematoso cutáneo	Edad: adultos jóvenes Inicio: gradual o abrupto Prurito y sensación de quemazón LES presente en el 5-10% de casos	Áreas de calvicie Distribución: zona parietal Pápulas eritematosas, taponamiento folicular, hiperpigmentación, telangiectasias	Variable	Positivo: cabello anágeno	Sin regeneración de cabello
Foliculitis decalvante	Edad: jóvenes y de la 3.ª-4.ª décadas de la vida Inicio: gradual Dolor, prurito y sensación de quemazón-escozor Más frecuente en hombres	Áreas de calvicie Distribución: suele iniciar en el vértex Pápulas foliculares, pústulas, y costras. Alopecia cicatricial extensa final	Variable	Positivo: cabello anágeno	Sin regeneración de cabello
Foliculitis/seudofoliculitis abscesiforme del cuero cabelludo	Edad: adultos jóvenes Inicio: gradual Dolor con o sin triada de oclusión folicular (hidradenitis supurativa, acné conglobata y celulitis) ^b	Áreas de calvicie Distribución: suele iniciar en el vértex Pápulas y/o pústulas (abscesos) foliculares progresivas, seguidas de nódulos ^c	Variable	Positivo: cabello anágeno	Sin regeneración de cabello

¿CUANDO DERIVAR A DERMATOLOGÍA?

- Todas las alopecias cicatriciales.
- Alopecias no cicatriciales de difícil diagnóstico.
- Alopecias areatas recidivantes o extensas.
- Alopecias que con el tratamiento convencional no han mejorado o resuelto la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Giacaman A, Ferrando J. Claves diagnósticas en displasias pilosas I. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2022;113(2):141–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000173102100226X>
2. Aguirre C, Carlos A. Se me cae el pelo. Actualización en medicina de familia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [Internet]. Diciembre 2016. Available from: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/se-me-cae-el-pelo>.
3. Shapiro J, Otberg N, Hordinsky M. Evaluation and diagnosis of hair loss. UpToDate [Internet]. Febrero 2023. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-hairloss?source=machineLearning&search=hair+loss&selectedTitle=1~150§ionRank=1&anchor=H638397#H638397>
4. Donovan J, Goldstein BG, Goldstein AO. Treatment of androgenetic alopecia in men - UpToDate. UpToDate [Internet]. 2021; Available from: https://www.uptodate-com.proxy.library.rcsi.ie/contents/treatment-of-androgenetic-alopecia-in-men?search=androgenetic+alopecia&topicRef=83783&source=see_link
5. Diagnóstico diferencial de las alopecias. Fisterra. Enero; 2021 [Internet] Available from: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diagnostico-diferencial-alopecias/>