



# CAIDA DE CABELLO Y ALOPECIAS. CAUSAS Y TRATAMIENTOS

---

**R. DEL RIO**

**Dermatólogo**

**HOSPITAL DE L'ESPERIT SANT  
SANTA COLOMA DE GRAMENET**

# ANATOMÍA Y BIOLOGÍA DEL FOLÍCULO PILOSO



---

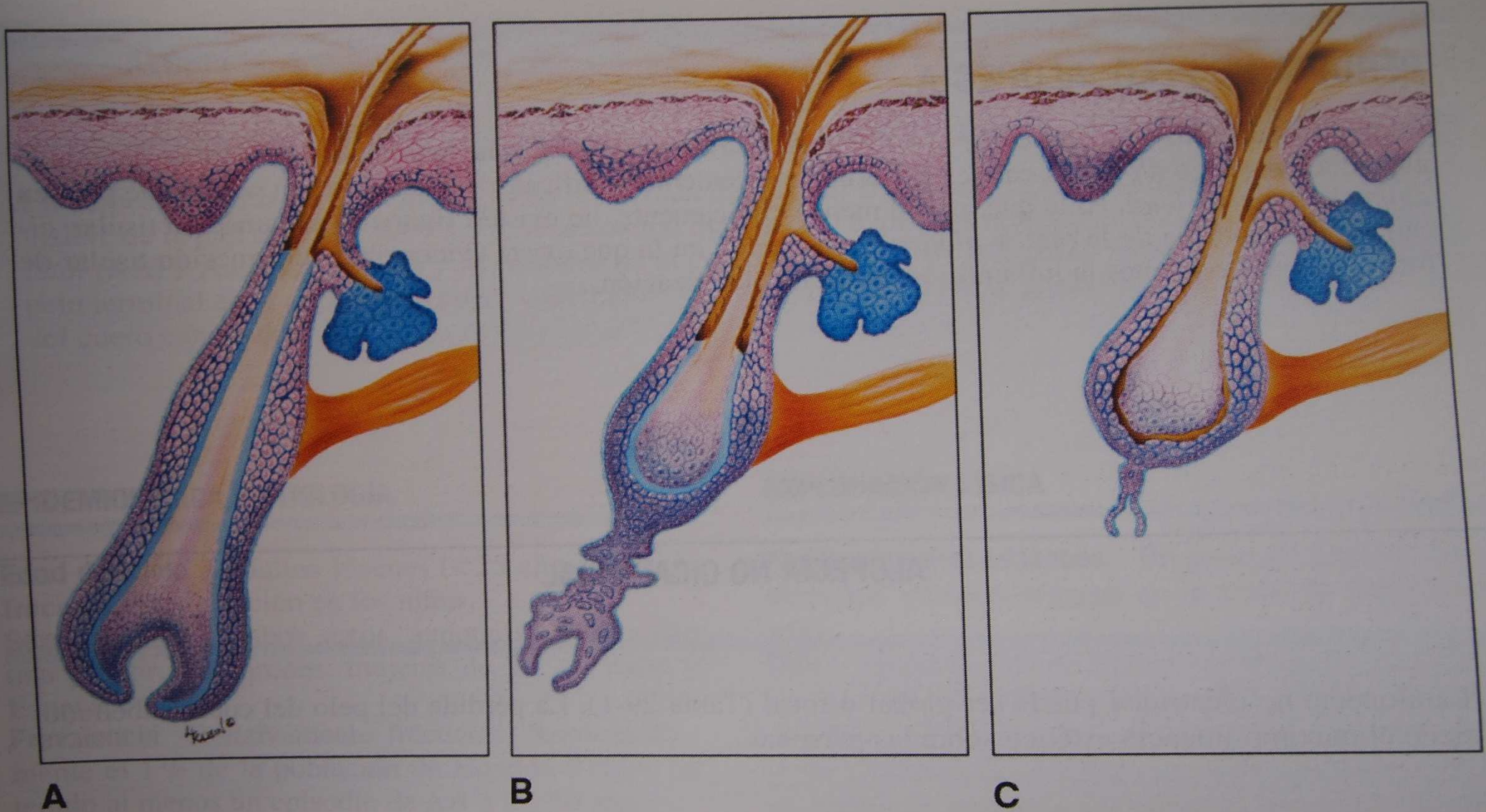
- El pelo es característico de los mamíferos
- Protege del frío, traumatismos y Rad. UV
- Se considera atributo de salud y belleza
- Gran porcentaje de consultas médicas
- Se forma en el folículo piloso
- En su crecimiento intervienen múltiples factores metabólicos, hormonales e inmunológicos, la carga genética y factores externos.



# CICLO FOLICULAR

---

- Los cabellos crecen de modo no continuo y asincrónico
- El ciclo folicular comprende las fases de ANÁGENO (crecimiento), CATÁGENO (transición o degenerativa) y TELÓGENO (reposo)
- Al final de la fase de reposo el tallo piloso cae y se inicia una nueva fase de crecimiento con la formación de un pelo nuevo



**FIGURA 29-1** **Ciclo de crecimiento del pelo** *Representación esquemática de los cambios que se producen en el folículo y el tallo piloso durante el ciclo de crecimiento capilar. A. Anágeno (fase de crecimiento). B. Catágeno (fase degenerativa). C. Telógeno (fase de reposo). (Cedida amablemente por la Dra. Lynn M. Klein.)*



# CICLO FOLICULAR

---

- Los cabellos telógenos se hallan sueltos en el folículo, por lo que se desprende espontáneamente o se arranca sin dolor
- Pérdida diaria: 100 cabellos
- Mitos: cae más por lavado, peinado, uso de determinados productos...
- Se conoce poco acerca del control del ciclo folicular (interacción de estímulos intrínsecos y extrínsecos)



# CICLO FOLICULAR Y ANATOMÍA

---

- N° total de folículos: 5 millones
- Cabello (pelo del cc): 100-130.000
- Crecimiento diario 0.35 mm (1 cm/mes)
- 85% anágenos (duración 3-6 años), 1-2% catágeno (3 sem). 13 % telógenos (3-4 meses)
- La queratina del pelo es una proteína con alto contenido en cisteína con uniones disulfuro que dan gran resistencia.



# EXPLORACIÓN DEL CABELLO

---

- Historia Clínica
- Exploración física
- Analítica
- Biopsia



# HISTORIA CLÍNICA

---

- Antecedentes familiares: Básico para los casos de alopecia androgenética o calvicie común, tanto masculina como femenina
- Antecedentes personales: muchas alopecias se deben a enfermedades o tratamientos previos o concomitantes
- Enfermedad Actual: Forma de inicio (aguda/crónica, difusa/focal, edad), signos acompañantes, evolución (progresiva/a brotes)





# EXPLORACIÓN DEL CABELLO

---

- Exploración clínica: cabello y piel del cc
- Morfología: normal, seco, deslustrado, cortos, miniaturizados, peládicos o en signo de admiración
- Patrón de distribución: difuso, en placas
- Piel subyacente: alopecia cicatricial/no cicatricial
- Tipos de alopecia o patrones: bitemporal y frontovertical/difuso/marginal/en placas



# ANALÍTICA Y EXÁMENES

---

- Hemograma, bioquímica, inmunología, tiroides, hormonal...según la sospecha clínica y patología de base
- Pilotracción: estirón suave de un mechón de cabellos. Si se desprenden 1-2 es normal, 3-4 es +, 5-6 es ++, más de 6 es +++
- Signo del pellizcamiento: si se puede es cicatricial por atrofia folicular



# OTROS ESTUDIOS

---

- Micología
- Microscopio, biopsia... sobre todo muy útil en alopecias cicatriciales
- Microscopia electrónica y fototricogramas... estudios de investigación



# CLASIFICACIÓN ALOPECIAS

---

- **Cicatricial:** lesión irreversible folicular, placas irregulares, piel dañada
- **No Cicatricial:** alteración reversible folicular, placas regulares o difusas con piel normal



# ALOPECIAS CICATRICIALES

---

- Congénitas
- Adquiridas: físicas, infecciones, tumores y enfermedades inflamatorias crónicas



# ALOPECIA CICATRICIAL

---

- Mecánica: por tracción y tensado continuo
- Cirugías, RT, quemaduras
- Infecciones: bacterias, virus, micosis
- Tumores, metástasis
- Enf. inflamatorias: LE, Liquen plano, morfea, alopecia frontal fibrosante,...











# ALOPECIAS NO CICATRICIALES

---

- Fracturas del tallo piloso o displasias
- Desprendimiento del tallo: congénitas, androgenética, areata, efluvios, tricotilomanía



# ALOPECIA ANDROGENÉTICA

---

- Calvicie común
- Minituarización de los folículos en las áreas predispuestas genéticamente por acción de los andrógenos (pubertad)
- MAGA en varones (entradas y vertex)
- FAGA en mujeres (difuso)



# ALOPECIA ANDROGENÉTICA

---

- Herencia y andrógenos
- Varón con **“entradas” y “coronilla”**
- Mujer: **poco pelo “difuso”** parietal (zona alta)
- 30% varones a los 30 años, 50% a los 50 años
- 5-10% mujeres
- A pesar de considerarse “normal” es motivo frecuente de consulta por afectación “psicológica” imagen personal y de autoestima



F1 F2 F3 F4 F5 F6



M1 M2 M3 M4 M5



V1 V2 V3 V4 V5 V6 V7



D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8

# ALOPECIA ANDROGENÉTICA

## TRATAMIENTO



---

- Minoxidil 2-5% tópico
- Ac Retinoico, zinc, vasodilatadores tópicos
- Lociones vitaminadas
- Finasteride oral para varones jóvenes
- Acetato de ciproterona para mujeres en función de cada caso particular
- Transplante quirúrgico de pelo







# ALOPECIA AREATA

---

- 2% de la consulta dermatológica
- Enf. autoinmune con base multifactorial
- Placas alopécicas redondas u ovaes que pueden progresar a la pérdida completa del cabello y del pelo corporal. Puede afectar las uñas. Pelos peládicos o en signo!
- Puede iniciarse a cualquier edad
- Puede asociarse a tiroiditis, atopía...

# ALOPECIA AREATA

## FORMAS CLÍNICAS

---

- **Clásica** o en placa oval/redonda de pequeño tamaño. Niños, jóvenes. Autoinvolutiva
- **Placas múltiples** cuero c., barba, tronco...
- **Total** del cc (>95%) +/- uñas. Difícil tto.
- **Universal**: cc, pestañas, cejas, barba, corporal, axilar y genital +/- uñas y enf autoinmune. Difícil tto.
- **Ofiásica**: pérdida en área ttemporooccipital







**FIGURA 30-11 Alopecia areata: traquiónica** La placa ungueal está áspera con un aspecto de «latón»



**FIGURA 30-12 Enfermedad de Darier** Estrías longitudinales rojas y blancas con fisuración distal





# AA. TRATAMIENTO

---

- Según el tipo, severidad, edad y evolución
- Mínimo tto. 3 meses para valorar
- Corticoides intralesionales
- Corticoides tópicos
- Corticoides orales en pulsos
- Minoxidil 5%
- Ciclosporina
- Inmunoterapia





# ALOPECIA DIFUSA

---

- Aguda/crónica
- Factor endógeno/exógeno
- Efluvios: “desprendimiento”
- Efluvio anágeno/Efluvio telógeno
- Muy frecuente en mujeres



# EFLUVIO ANAGÉNICO AGUDO

---

- Pérdida brusca y masiva de cabello
- Enf. endocrinológicas
- Estados carenciales, vitaminas, Fe, Zinc...
- Fármacos
- Radiaciones
- Exposición a tóxicos



# EFLUVIO TELOGÉNICO AGUDO

---

- Es el caso más frecuente después de la alopecia androgenética
- Reversible
- 2-4 meses después de la causa desencadenante
- Se pierden de 100 a 1000 cabellos/día
- Puede perderse un 25% de la masa total



# EFLUVIO TELOGÉNICO AGUDO

---

- Fármacos
- Estrés fisiológico (agotamiento), emocional (ansiedad/depresión) o físico (IQ, anestesia larga)
- Fiebre alta
- Postparto: inicio al mes/4m y final a los 6m
- Aborto
- Dietas hipocalóricas 1 a 6 m después de su inicio





# EFLUVIO TELOGÉNICO CRÓNICO

---

- Caída difusa y prolongada, a veces estacional
- Mujeres 30-60 años
- Sin causa conocida
- Remisiones y exacerbaciones a largo plazo
- Pilotracción +/-