

NOTA DE PRENSA

La reflexión corresponde al miembro del Servicio y Unidad de Dermatología. Hospital Clínic de la Universidad de Barcelona, Juan Ferrando y ha sido realizada dentro del I Congreso Nacional para Afectados de Alopecia Areata

UN TRATAMIENTO PERSONALIZADO EN CADA CASO DE ALOPECIA AREATA MEJORA LOS RESULTADOS DEL MISMO

Frente a cualquier caso en concreto, es importante plantear un plan adecuado, valorando la severidad de la afectación, la repercusión en el paciente y las posibilidades terapéuticas

El presidente de la Asociación Española de Dermatología y Venereología y a su vez jefe del Servicio de Dermatología del Hospital de Cruces, José Luis Díaz Pérez, describe la aparición de la Alopecia Areata como una *“lesión inicial donde habitualmente surge un área de forma redondeada u ovoide, totalmente sin pelo, aunque unos pocos cabellos con forma de signos de exclamación pueden encontrarse en el margen. La progresión es muy variable, a veces las placas crecen centrifugamente, en otras ocasiones aparecen nuevas placas alopécicas independientes y en otros casos puede acompañarse de pérdida difusa o universal de todo el pelo corporal.”*

A la hora de establecer las pautas de su desarrollo, el experto señala que “la duración es variable, **el 50% de los pacientes suelen recuperarse antes de un año**, aunque **una tercera parte de los pacientes no se recuperan totalmente desde el primer episodio**. La incidencia de nuevos brotes se estima alrededor del 85% en algunas estadísticas, aunque en pacientes seguidos por más de veinte años las recurrencias se aproximan al 100%. Casi la mitad de los pacientes que desarrollan alopecia areata antes de la pubertad desarrollan alopecia universal y raramente se repueblan totalmente, mientras que solo un cuarto de los que desarrollan alopecia areata después de la pubertad llegan a tener alopecia universal.”

Dentro de los diversos aspectos que se repasan en el **I Congreso Nacional para Afectados de Alopecia Areata** destaca el mundo de los posibles tratamientos, un campo en el que el doctor **Juan Ferrando**, miembro del Servicio y Unidad de Dermatología. Hospital Clínic de la Universidad de Barcelona establece consideraciones de orden general. Desde este punto de vista, el experto entiende que *“debe considerarse un período mínimo de 3 meses de tratamiento antes de valorar los resultados y que en los casos de Alopecia Areata (AA) extensa, ha de tratarse el cuero cabelludo en toda su extensión.”* Extiende su reflexión el experto a otros apartados y matiza que “en cuanto a la politerapia, ésta puede ser más efectiva” pero aclara que “no hay muchos estudios controlados al respecto. En general,” prosigue el especialista, “se acepta que **el tratamiento debe escalonarse, comenzando con medidas**

menos agresivas y si éstas no son suficientes hay que pasar a terapias más comprometidas.”

Precisa Juan Ferrando que “los agentes utilizados en el tratamiento de la AA son los **rubefacientes tópicos**, la **tintura de cantáridas al 5% en solución**, el **peróxido de benzoilo** y otras sustancias irritantes locales que pueden ser útiles en caso de placas localizadas.” A la hora de trazar un plan de tratamiento, el experto señala que ***“Frente a cualquier caso en concreto, es importante plantear un plan adecuado, valorando la severidad de la afectación, la repercusión en el paciente y las posibilidades terapéuticas. Es importante valorar el riesgo/beneficio en cada caso y actuar de forma coherente estableciendo una escala de tratamiento de menor a mayor riesgo según la gravedad del caso y la respuesta terapéutica. La repoblación pilosa reviste además unas características clínicas peculiares. Inicialmente aparece un vello fino y claro en el centro de las placas para posteriormente adoptar ya el color normal del cabello. También se observa con frecuencia, en casos crónicos, que el nuevo cabello que se consigue suele tener características estructurales diferentes al original, es más rizado en pacientes de cabello tieso y a la inversa.”***

Al detallar solución a solución, Juan Ferrando describe las posibilidades de cada una de ellas. Así en referencia al **corticoesteroide intralesional** advierte que “es útil en casos de AA en placas (<50% de extensión), especialmente al inicio del cuadro o en caso de falta de respuesta a otras medidas terapéuticas. Es imprescindible realizar un **suave masaje tras cada aplicación** para evitar una posible atrofia dérmica residual. Aproximadamente las dos terceras partes de los pacientes responden al tratamiento.” Además, el **corticoesteroide tópico potente, sólo o combinado con minoxidil**, mediante dos aplicaciones al día, es útil en áreas extensas de alopecia.”

A la hora de manejarse con los **corticoesteroides sistémicos**, el experto considera la **“Pulsoterapia**, útil en caso de AA de rápida progresión o gran extensión; sin embargo, hay caída de pelo después de abandonar el tratamiento. También se ha utilizado en niños con éxito.” A este hay que añadir “el tratamiento con **Prednisona**, muy eficaz en la AA aguda a dosis de 1 mg/kg/día, disminuyendo la dosis al mejorar.”

La literatura científica describe otro tipo de casos. Así, Juan Ferrando profundiza en la **“Terapia de contacto breve**. En ella se utiliza la antralina, que tiene un efecto inmunomodulador. Se utiliza antralina al 0,5-1 % en contacto con la piel durante 20-60 minutos o durante la noche. Debe iniciarse el tratamiento en un área y durante un período corto, aumentando progresivamente las áreas tratadas y el tiempo de exposición al fármaco.” Además, se contempla el uso de minoxidil, útil en el tratamiento de la AA en placas.”

Existen otro tipo de tratamientos como “la **fototerapia**, un tratamiento con UVB o PUVA que en general se ha mostrado decepcionante, el uso de la **ciclosporina sistémica**, cuyo uso es controvertido pues se han observado casos de AA en pacientes transplantados en tratamiento inmunosupresor con CyA, la **inmunoterapia tópica**, técnica que consiste en sensibilizar al paciente con un alérgeno de laboratorio que habitualmente no se halla en el ambiente. Posteriormente”, describe el experto, “se aplica dicha sustancia química directamente sobre el área alopécica esperando una reacción eczematosa por

sensibilidad retardada de forma que provoque un infiltrado inflamatorio capaz de desplazar el infiltrado inflamatorio linfocitario específico de la AA y de esta forma conseguir la repoblación del cabello.”

En cuanto a los **inmunomoduladores**, el especialista los divide en dos campos. “Por un lado contamos con la **Biotina**, eficaz a los 6 meses de tratamiento en algunos casos, especialmente en niños, aunque se desconoce el mecanismo de acción. Por otro, se manejan **otros agentes**, entre los que destacan el **aspartato de zinc, 50-100 mg/día, que ha sido empleado en niños y el *polypodium leucotomus*, testado en adultos.**”

Para más información:

Alvaro Ortega 609.202893