

TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA

Dr. Juan Ferrando

Servicio y Unidad de Dermatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona

Consideraciones de orden general:

- Debe considerarse un período mínimo de 3 meses de tratamiento antes de valorar los resultados.
- En los casos de alopecia areata (AA) extensa, ha de tratarse el cuero cabelludo en toda su extensión.
- En cuanto a la politerapia, puede ser más efectiva pero no hay muchos estudios controlados al respecto.
- En general, 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. Los agentes utilizados en el tratamiento de la AA son:

Rubefacientes tópicos

La tintura de cantáridas al 5% en solución, peróxido de benzoilo y otras sustancias irritantes locales pueden ser útiles en caso de placas localizadas.

Corticoesteroide intralesional

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.

Corticoesteroide tópico potente

Solo o combinado con minoxidil, dos aplicaciones al día, son útiles en áreas extensas de alopecia.

Corticoesteroides sistémicos

Consideraremos:

- **Pulsoterapia:** Es 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.
- **Prednisona:** Muy útil en la AA aguda a dosis de 1 mg/kg/día e ir disminuyendo la dosis al mejorar. Se usa a dosis bajas, con éxito, combinada con ciclosporina A (CyA). En formas crónicas de AA_{mf} suele ser útil y con pocos efectos secundarios.

Terapia de contacto breve

La antralina 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.

Minoxidil

Útil en el tratamiento de la AA en placas. Se desconoce su mecanismo de acción pero se cree que prolonga la fase anágena folicular. Se emplea en solución al 5% y se potencia su efecto al asociarse con un corticoide tópico, debido a su mayor absorción. También se usa a menudo asociado a ácido retinoico. Entre los riesgos se ha descrito hipertricosis facial localizada.

En caso de enfermedad extensa puede emplearse difenciprona (DFCP), PUVA, UVB de banda estrecha, combinaciones de cualquiera de las alternativas citadas con corticoide tópico o minoxidil ó CyA.

Fototerapia

La terapia con UVB o PUVA en general se ha mostrado decepcionante.

Ciclosporina sistémica

Su uso es controvertido pues se han observado casos de AA en pacientes transplantados en tratamiento inmunosupresor con CyA. Sin embargo, Shapiro et al. consiguieron mejores resultados combinando CyA y prednisona. Debe monitorizarse la tensión arterial, la creatinina y la función hepática. Puede producir hiperplasia gingival. La CyA carece de efecto por vía tópica.

Inmunoterapia tópica

Consiste en sensibilizar al paciente con un alérgeno de laboratorio que habitualmente no se halla en el ambiente. Posteriormente se aplica dicha sustancia química directamente sobre el área alopecica esperando una reacción eccematosa 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.

Se usa para ello la DFCP. Ha de producirse una reacción eccematosa leve. Los riesgos y complicaciones descritas son: prurito, adenomegalias retroauriculares, vesículas, ampollas, dermatitis de contacto, urticaria, eritema multiforme, vitíligo y pigmentación postinflamatoria.

Generalmente la repoblación ocurre después de la 12ª semana de tratamiento pero la repoblación cosmética aceptable ocurre después de la 24ª semana. La tasa de respuesta ronda entre el 30 y el 50%.

Inmunomoduladores

Contamos con:

- **Biotina.** Es eficaz a los 6 meses de tratamiento en algunos casos, especialmente en niños. Se desconoce el mecanismo de acción.
- **Otros agentes.** Entre ellos tenemos el aspartato de zinc, 50-100 mg/día, ha sido empleado en niños y el *polypodium leucotomus* en adultos.

PLAN DE TRATAMIENTO

Frente a cualquier caso en concreto es importante plantear un plan de tratamiento adecuado, valorando: la severidad de la afectación, la repercusión en el paciente y, en tercer lugar, 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.