



DOI: 10.26820/reciamuc/5.(3).agosto.2021.175-181

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/729>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 175-181



Diagnóstico y tratamiento de pacientes con alopecia

Diagnosis and treatment of patients with alopecia

Diagnóstico e tratamiento de doentes com alopecia

Jeniffer Maricruz Muentes Solorzano¹; Mónica Lorena López Rodríguez²; Gema Karina Piloza Santana³; Carlos Francisco Muñoz Falcones⁴

RECIBIDO: 25/07/2021 **ACEPTADO:** 31/08/2021 **PUBLICADO:** 30/10/2021

1. Médico Cirujano; Hospital General Manta Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; Manta, Ecuador; jmmuentes@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3768-3864>
2. Licenciada en Enfermería; Investigadora Independiente; Jipijapa, Ecuador; anerolopezcam@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-6931-6092>
3. Licenciada en Enfermería; Investigadora Independiente; Jipijapa, Ecuador; piloza-gema0739@unesum.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-8672-0089>
4. Médico Cirujano; Hospital Rafael Rodríguez Zambrano; Manta, Ecuador; jfmv10101994@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7938-5841>

CORRESPONDENCIA

Jeniffer Maricruz Muentes Solorzano

jmmuentes@hotmail.com

Manta, Ecuador

RESUMEN

La alopecia es la caída prematura o ausencia de pelo en una o varias partes del cuerpo, el término se considera sinónimo de calvicie. Puede afectar al cuero cabelludo o a otras zonas de la piel en la que existe pelo, como las pestañas, cejas, axilas, región genital y barba está clasificada como cicatrizante y no cicatrizante y ambas presentan otras subclasificaciones que convierten esta patología en compleja. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enfoca hacia una metodología orientada hacia la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación. Enmarcada dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Diagnóstico y tratamiento de pacientes con alopecia. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales impresos, audiovisuales y electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. En base a la literatura revisada, nos hemos podido dar cuenta que la alopecia si bien tiene dos clasificaciones como cicatrizantes y no cicatrizantes, hay otra gama de sub patologías que están inmersas en ambas. En ese particular en este trabajo de investigación se abordan algunas. A manera general, se puede decir que los protocolos diagnósticos son amplios y pueden ser utilizados para cualquier tipo de alopecia, claro está que dependiendo del grado en que esta se encuentre, se usaran unos y otros no, en base al tratamiento aplica prácticamente lo mismo, farmacología vía oral con el uso de corticoesteroides, más que todo para las alopecias que no tienen una condición de extrema gravedad, vale decir, ningún tipo de pelo o bello en el cuerpo, en estos pacientes las tasas de recuperación han sido muy favorables, para estos últimos casos donde la persona no tiene ningún tipo de cabello o una alopecia muy avanzada, está la opción de cirugía o trasplante capilar, sin embargo no es duradera, ya que a los 2 o 3 años el cabello empieza a perderse.

Palabras clave: Alopecia, Caída, Capilar, Diagnostico, Aerata.

ABSTRACT

Alopecia is the premature loss or absence of hair in one or more parts of the body, the term is considered synonymous with baldness. It can affect the scalp or other areas of the skin where hair exists, such as the eyelashes, eyebrows, armpits, genital region and beard. It is classified as healing and non-healing, and both present other sub-classifications that make this pathology complex. The methodology used for this research work is focused on a methodology oriented towards the need to investigate a situation precisely and coherently. Framed within a bibliographic review of a documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as Diagnosis and treatment of patients with alopecia. The technique for data collection is made up of printed, audiovisual and electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, among others. The information obtained here will be reviewed for further analysis. Based on the literature reviewed, we have been able to realize that although alopecia has two classifications as healing and non-healing, there is another range of sub-pathologies that are immersed in both. In that particular, this research work addresses some. In general, it can be said that the diagnostic protocols are extensive and can be used for any type of alopecia, of course, depending on the degree to which it is found, some will be used and others will not, based on the treatment, practically the same applies. Oral pharmacology with the use of corticosteroids, especially for alopecia that does not have an extremely serious condition, that is, no type of hair or beauty on the body, in these patients the recovery rates have been very favorable, For these latter cases where the person does not have any type of hair or very advanced alopecia, there is the option of surgery or hair transplantation, however it is not durable, since after 2 or 3 years the hair begins to lose.

Keywords: Alopecia, Fall, Capillary, Diagnosis, Aerata.

RESUMO

Alopecia é a perda ou ausência prematura de cabelo numa ou mais partes do corpo, o termo é considerado sinónimo de calvície. Pode afectar o couro cabeludo ou outras áreas da pele onde existe cabelo, tais como os cílios, sobrancelhas, axilas, região genital e barba. É classificado como cicatrizante e não cicatrizante e ambos têm outras subclassificações que tornam esta patologia complexa. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação centra-se numa metodologia orientada para a necessidade de investigar uma situação de uma forma precisa e coerente. Está enquadrado numa revisão bibliográfica de tipo documental, pois vamos tratar de questões levantadas a nível teórico, tais como o diagnóstico e tratamento de pacientes com alopecia. A técnica de recolha de dados consiste em materiais impressos, audiovisuais e electrónicos, estes últimos como o Google Scholar, PubMed, entre outros. A informação aqui obtida será revista para análise posterior. Com base na literatura revista, pudemos perceber que embora a alopecia tenha duas classificações, cicatrizante e não cicatrizante, existe outra gama de subpatologias que estão imersas em ambas. Neste caso particular, alguns deles são tratados neste trabalho de investigação. Em geral, pode dizer-se que os protocolos de diagnóstico são amplos e podem ser utilizados para qualquer tipo de alopecia, claro que, dependendo do grau em que for encontrado, alguns serão utilizados e outros não, com base no tratamento, praticamente o mesmo se aplica, à farmacologia oral com o uso de corticosteróides, especialmente para a alopecia que não tem uma condição extremamente grave. Nestes últimos casos em que a pessoa não tem cabelo ou tem alopecia muito avançada, existe a opção de cirurgia ou transplante capilar, no entanto não é duradouro, pois após 2 ou 3 anos o cabelo começa a perder-se.

Palavras-chave: Alopecia, Queda de cabelo, Perda de cabelo, Diagnóstico, Aerata.

Introducción

La alopecia es la caída prematura o ausencia de pelo en una o varias partes del cuerpo, el término se considera sinónimo de calvicie. Puede afectar al cuero cabelludo o a otras zonas de la piel en la que existe pelo, como las pestañas, cejas, axilas, región genital y barba. Este término fue descrito por el dermatólogo francés Raymond Sabouraud y deriva del griego alopec (zorro), debido a que este animal cambia de pelo dos veces al año. Esta enfermedad es una de las afecciones dermatológicas que más preocupa a la humanidad, debido al alto valor estético que poseen los cabellos para ambos sexos en la mayoría de las civilizaciones (Jorge Lázaro, Naisé, & Oraida, 2021). Pueden ser congénitas y adquiridas; la alopecia congénita es debida a causas hereditarias u hormonales, mientras que las alopecias adquiridas pueden producirse por algún cambio fisiológico (estrés, embarazo, postparto, trauma, proceso febril, malnutrición, diabetes, hipo e hipertiroidismo) o por productos químicos o fármacos (quimioterapia). Las adquiridas se manifiestan mientras la causa, producto o enfermedad, persiste; una vez eliminada la causa, suele desaparecer de forma gradual (Yabor, Pérez, & Palomo, 2015).

Las alopecias se clasifican básicamente en las formas difusas y circunscriptas. Estas últimas pueden corresponder a las subvariantes cicatrizal o no cicatrizal de acuerdo a su origen y morfología. En la alopecia cicatrizal hay fibrosis, inflamación y pérdida de folículos pilosos, clínicamente se suele observar un cuero cabelludo liso, carente de orificios foliculares. En la alopecia no cicatrizal, los tallos de pelo se han perdido, pero los folículos pilosos permanecen, lo que explica la reversibilidad de este tipo de alopecia (Díaz Leño, 2012, pág. 3).

1. Alopecias cicatrízales

Las alopecias cicatriciales (AC) constituyen un grupo de trastornos que dan lugar a una pérdida permanente de cabello que resul-

ta de la sustitución de los folículos pilosos por tejido fibroso o colágeno hialinizado. Se subdividen en primarias, en las cuales el folículo piloso es el centro principal de un proceso inflamatorio; y secundarias, cuando se ve afectado de manera indirecta como consecuencia de traumatismos, enfermedades infecciosas, enfermedades infiltrativas, daño térmico o radiación.

Las AC se subdividen según el tipo de infiltrado microscópico inflamatorio que predomina, cuatro tipos de acuerdo con la NAHRS (North American Hair Research Society), los cuales son:

- Infiltrado linfocítico: lupus eritematoso cutáneo crónico, liquen plano folicular, pseudopelada de Brocq y alopecia cicatricial centrífuga central.
- Infiltrado neutrofilico: foliculitis decalvante y celulitis/ foliculitis disecante.
- Infiltrado mixto: acné queloides de la nuca, acné necrótico varioliforme y dermatosis pustular erosiva.
- Infiltrado no específico: alopecia cicatrizal en estadios finales (Peña, Flores, M. G., & Candiani, 2017, pág. 255).

2. Alopecia no cicatrizal

Es una alteración reversible, en este tipo de alopecias no cicatriciales el folículo permanece intacto y puede retomar su actividad cuando cesa el estímulo desencadenante. Las Alopecias No Cicatriciales son muy comunes y presentan un mejor pronóstico que las cicatriciales. En ellas el folículo piloso no se destruye por completo, si no que todavía existe cierta estructura folicular que puede recuperarse mediante el estímulo.

Los tipos más frecuentes de la Alopecia No cicatricial son:

- Alopecia Androgénica
- Alopecia Aerata (QUISPE ALVEAR, pág. 30)

Causas de la Alopecia Cicatricial y No Cicatricial

- Alopecia cicatricial: Heridas, quemaduras, infecciones bacterianas, tumores, radioterapia, entre otras.
- Alopecia no cicatricial: Estrés, hormonas, genéticas. A continuación, se presenta la tabla de los tipos de Alopecias no cicatriciales y cicatriciales (QUISPE ALVEAR, pág. 31).

2.1. Alopecia aerata



Figura 1. Alopecia aerata total.

Fuente: (Díaz Leño, 2012)

La alopecia aerata (AA), caracterizada por la pérdida de pelo, no cicatricial, con una evolución variable e impredecible en cada paciente, la cual está clasificada en tres grupos de acuerdo con la gravedad y con las regiones en donde se observa la ausencia de pelo: 1) alopecia aerata en parche (AA), considerada la forma más común e identificada por la presencia de parches redondos u ovalados en la cabeza (90% de los casos) o en diferentes regiones del cuerpo; 2) alopecia total (AT), en la cual existe una ausencia total o casi total de pelo en el cuero cabelludo; y 3) alopecia universal (AU), establecida como la más grave y diferenciada de las dos anteriores porque la pérdida total de pelo es observada en todo el cuerpo, que incluye la cara y el cuero cabelludo (Juárez-Rendón, y otros, 2017).

Causas

2.2. Alopecia Androgénica



Figura 2. Alopecia androgénica. Resultado con tratamiento a los 12 meses con dutasterida oral, microinyecciones de dutasterida y minoxidil 5% tópico.

Fuente: (Vañó Galván, 2021)

La alopecia androgénica (AAG) es la alopecia no cicatricial más común en el varón, caracterizada por la disminución del volumen y proporción del cabello con una sustitución paulatina y progresiva del pelo terminal por pelo velloso. La prevalencia de este trastorno suele manifestarse a partir de la tercera década de vida afectando a un 30% de varones entre 25 - 35 años, a un 40% a los mayores de 40, la preponderancia aumenta con la edad, afectando a un 50% de varones mayores de 50 años y hasta 80% en la séptima década de vida (Alegre Yataco, 2018, pág. 2).

Causas de la alopecia androgénica

La alopecia androgénica como se mencionó con anterioridad está relacionada a factores genéticos y hormonales, sin embargo, hay factores que acrecientan el cuadro clínico del paciente, dentro de los cuales se destaca el estrés, una dieta carente de nutrientes, el uso indiscriminado de productos dañinos para el cabello, enfermedades preexistentes y un factor poco tomado en cuenta y bastante nocivo el cual es el estrés oxidativo producto de las radiaciones solares (ALARCÓN HEREDIA & MEDINA ÁLVAREZ, 2021, pág. 16).

Los andrógenos, en especial la dihidrotestosterona, juegan un papel importante en el origen de este tipo de Alopecia, porque

la calvicie de patrón masculino está relacionada con los genes y las hormonas sexuales masculinas. Por lo regular, sigue un patrón de línea de implantación del cabello que retrocede, así como el adelgazamiento del cabello en la corona, pues cada hebra de cabello yace en un folículo (QUISPE ALVEAR, pág. 32).

3. Alopecia fibrosante frontal



Figura 3. Alopecia fibrosante frontal

Fuente: (Peña, Flores, M. G, & Candiani, 2017)

La alopecia fibrosante frontal (AFF) fue descrita por Kossard en 1994, es una alopecia cicatrizal, que se caracteriza por pérdida del pelo simétrica, lenta y progresiva (tiempo de evolución que oscila entre 1 y 10 años) a nivel frontal, temporal y parietal; es decir una recesión de la línea de implantación del pelo a nivel frontotemporal, asociado con frecuencia a la pérdida parcial o total de las cejas y disminución del vello facial y/o público en grado variable, con tendencia a estabilizarse espontáneamente, comienza a partir de la quinta década de la vida en mujeres posmenopáusicas, aunque se han descrito casos en edad fértil y en varones (Linares, Rodríguez, & Albelo, 2020, pág. 2).

Causas

La etiopatogenia es desconocida, existen teorías que postulan como agente causal el factor hormonal, dada la mayor prevalencia en mujeres posmenopáusicas. Sin embar-

go, no existen alteraciones hormonales ni hay mejoría con la terapia hormonal sustitutiva, junto con una mayor reacción tisular de tipo liquenoide, que destruye selectivamente el folículo piloso andrógeno dependiente. Otros autores señalan que los folículos pilosos de la región frontotemporal se encuentran genéticamente predeterminados a sufrir apoptosis con los cambios posmenopáusicos, y la subsecuente expresión de neoantígenos. Esto generaría una respuesta autoinmune destructiva mediada por linfocitos T con la pérdida irreversible del folículo piloso, dada la afección de la zona del bulge que contiene células madres progenitoras (Linares, Rodríguez, & Albelo, 2020, pág. 2).

4. Alopecia triangular congénita o alopecia triangular temporal

Poco frecuente e infradiagnosticada, de carácter benigno, asintomático y no progresivo de la lesión.

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enfoca hacia una metodología orientada hacia la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación. Enmarcada dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Diagnóstico y tratamiento de pacientes con alopecia. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales impresos, audiovisuales y electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

1. Diagnóstico

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 histopatoló-

gico entre otros. Desafortunadamente, muchos de ellos son invasivos en diferente grado y no siempre ofrecen un resultado definitivo (Monjagata, de Zaputovich, Burgos, & Domínguez, 2018).

Tabla 1. Métodos diagnósticos de la alopecia.

Tricología	La tricología o ciencia que estudia las alteraciones y problemas del cabello es un campo que tiene herramientas diagnósticas propias de complejidad variable y, en algunos casos, no accesibles en todos los centros. Dentro de éstas, hay que diferenciar los procedimientos obligatorios e imprescindibles a realizar en un paciente con problemas capilares de los optativos. Son imprescindibles la historia clínica, un examen físico completo, una cuantificación de la pérdida de cabello (hay sistemas de estandarización como el de Hamilton/Norwood o el de Ludwig) y una prueba de tracción.	Anamnesis específica: Debe incluir cuándo se inició la alopecia, si fue de inicio gradual o brusco, acontecimientos estresantes en los 3-6 meses anteriores, cambios de textura, color u otras características del cabello, áreas afectas, extensión de las mismas, síntomas locales, hábitos de cuidado capilar, presencia de otras lesiones cutáneas, historia ginecológica, fármacos y tiempo de uso, enfermedades sistémicas y antecedentes familiares.
		Exploración física: Deben buscarse signos de inflamación, descamación, eritema y cicatrices en cuero cabelludo. Asimismo, debe prestarse atención a la presencia de aperturas foliculares, a la presencia de tapones foliculares, pelos en signo de exclamación (también llamados pelos peliados), pelos rotos a distintos niveles o pelos de muñeca (presencia de varios tallos pilosos en un mismo orificio folicular, característico de la foliulitis decalante).
		Prueba de tracción: Ha de realizarse tracción suave de mechones (50-100 tallos pilosos) en diferentes regiones. El desprendimiento de más de 6 cabellos/tracción indica pérdida capilar activa y se denomina signo de Sabouraud. El desprendimiento de pelos en anagen siempre es patológico, independientemente de su cuantía. Se puede evaluar también su fragilidad friccionando los o mediante tracción.
		Prueba del pelliczo (signo de Jacquet): Cuando hay alopecia cicatricial, es decir, desaparición de los folículos pilosos, la piel del cuero cabelludo se puede pelliczar con facilidad.
		Microscopía óptica del tallo piloso: Se realiza sobre los tallos pilosos desprendidos tras una tracción suave, que se fijan a un portaobjetos, se hidratan 10 minutos y se analiza la morfología del pelo (normal o distrofico), y la fase del ciclo en que se encuentran (anágeno, catágeno y telógeno).
		Tricograma: Se arranca un mechón y se inspeccionan los bulbos para determinar la relación anágeno/catágeno. Tiene una curva de aprendizaje larga.
		Biopsia: Debe realizarse en la dirección del crecimiento del folículo. Se pueden realizar 2 biopsias tipo punch de 3-4 mm o una de 6 mm y dividirla, ya que se estudiarán dos piezas de tejido mediante cortes verticales y horizontales y, cuando proceda, otra porción más para realización de técnicas de inmunofluorescencia. Se deben reconocer un mínimo de signos histológicos: densidad y estructura capilar, afectación aneal, cambios epiteliales, patrón, grado y localización de fibrosis, alteraciones de la interfase dermo-epidérmica y, por último, distribución y célula predominante en el infiltrado.
		Dermatoscopia capilar o tricoscopia: Dermatoscopia capilar o tricoscopia Permite observar áreas cicatriciales de pequeño tamaño, y puede dar pistas sobre la etiopatogenia del proceso. Por ejemplo, en la alopecia androgénica permite observar la gran variabilidad de grosor de los folículos, así como su medición, para compararlos con los habituales (más de 0,03 mm de diámetro en folículos terminales).

Fuente: Elaboración Propia. Tomado de (González-Guerra & López-Bran, 2018).

2. Tratamiento

Tabla 2. Tratamiento de la alopecia.

Alopecia androgénica	Fármacos antiandrogénicos: Evitan la acción de las hormonas masculinas en la raíz folicular. En los varones se utilizan finasterida y/o dutasterida, que representan el tratamiento más efectivo para la alopecia androgénica junto a minoxidil. Son fármacos seguros y con una tasa de efectos adversos muy baja, y es necesario mantener el tratamiento muchos años. No comienza a percibirse el efecto hasta pasados 6 meses de tratamiento. En las mujeres que lo requieran se pueden utilizar diferentes fármacos antiandrogénicos, siempre evitando el embarazo durante el tratamiento
	Minoxidil: Es un producto tópico (líquido, spray o espuma) que estimula el crecimiento capilar engrosando los cabellos finos. Debe aplicarse diariamente sobre la piel del cuero cabelludo y es un tratamiento muy efectivo y seguro tanto para hombres como para mujeres. Debe aplicarse durante muchos años.
	Otras terapias médicas: Bioestimulación con plasma rico en plaquetas con factores de crecimiento (infiltración del plasma sanguíneo del propio paciente mediante microinyecciones en el cuero cabelludo) o las terapias con láser de baja potencia.
	Trasplante capilar con microinjerto: Actualmente se realiza con la técnica del microinjerto (pelo a pelo), lo cual permite obtener un resultado totalmente natural. Se trata de una intervención con anestesia local que puede realizarse tanto en hombres como en mujeres. Requiere unos 4-5 días de recuperación hasta poder trabajar y el resultado cosmético final se observa al año de la intervención.
Alopecia acrata	Terapia con células madre: A pesar de las constantes investigaciones en este campo, se trata de un tratamiento que todavía está lejos de poder utilizarse fuera de estudios de investigación, ya que la efectividad conseguida en los estudios en humanos es aún muy baja. Las guías de tratamiento para AA británica y japonesa han sugerido la inmunoterapia tópica (dinitroclorobenceno, difenilciclopropenona o el ácido escárico dibutylester) como una de las opciones más efectivas, aunque también los corticosteroides intralesionales, tópicos o sistémicos (acetato de fluocinolona, triamcinolona acetato, desametasona, propionato de clobetasol, metilprednisolona y otros) son empleados en los pacientes con AA. Otras opciones de tratamiento incluyen la antralina, azatioprina, ciclosporina, metotrexato, sulfasalazina, minoxidil, adalimumab, tofacitinib y ruxolitinib. Todos los fármacos usados están encaminados a eliminar la inflamación, prevenir la pérdida de pelo y controlar los síntomas. No obstante, es importante señalar que los pacientes que se encuentran bajo tratamiento deben ser monitoreados clínicamente por los efectos adversos que pueden generarse, como ganancia de peso, necrosis avascular, hipertensión, diabetes, alteración del sueño, cambios en el estado de ánimo, acné, sensibilización ante alergias, coloraciones atípicas en el pelo, ⁵⁹ o hasta enfermedades, como el vitiligo ocasionado por la difenilciclopropenona.

Alopecia cicatrizante	El tratamiento inicial en pacientes con enfermedad leve a moderada es a base de corticoides tópicos de potencia elevada, acetato de triamcinolona intralesional (3-10 mg/mL, máximo 2 mL) cada cuatro a seis semanas, o una combinación de ambas, con resultados favorables en 40% de los pacientes. Se pueden usar corticoides orales, como prednisona en dosis de 0.5-1 mg/kg durante dos a cuatro meses, y posteriormente iniciar ciclo regresivo hasta suspender. La Hidrocortisona en dosis de 200 mg diarios está indicada en pacientes con enfermedad extensa o progresiva, por un periodo de seis a 12 meses. El Metotrexate se usa en pacientes que persisten con síntomas incluso después del uso de hidrocortisona durante tres a seis meses, se requieren BHC y PFH basales, posteriormente se inicia con dosis de 5 mg semanales y se solicitan nuevos exámenes de laboratorio a los siete días, si están normales, se incrementa la dosis hasta alcanzar 15 mg/semana, se requiere monitorear resultados de BHC y PFH cada una a dos semanas durante los primeros cuatro meses de tratamiento; después se solicitan cada tres a cuatro meses.
Alopecia fibrosante frontal	Desde el punto de vista farmacológico, el tratamiento de elección según la evidencia científica disponible son los medicamentos antiandrogénicos (dutasterida y finasterida). Además de estos medicamentos, suelen utilizarse terapias antiinflamatorias locales, como las microinyecciones de triamcinolona que han demostrado ser efectivas para frenar el avance de la enfermedad. El plasma rico en plaquetas puede ser utilizado como terapia complementaria en pacientes seleccionadas para mejorar la inflamación y la atrofia cutánea. Además, puede recurrirse a otros productos tópicos, como los antiinflamatorios o el minoxidil. El trasplante capilar no suele ser la opción ideal para reconstruir la alopecia frontal fibrosante en muchos pacientes, aunque puede resultar de interés en algunas pacientes que ya estén estabilizadas, sin inflamación, y siempre en zonas pequeñas. Las pacientes deben conocer que el pelo trasplantado podrá perderse con el paso de los años (normalmente a partir de los 2-3 años).
Alopecia triangular congénita o alopecia triangular temporal	cirugía o trasplante de pelo cuando los motivos estéticos o psicológicos así lo aconsejen

Fuente: Elaboración Propia. Tomado de (Vaño Galván, 2021); (Blanco, González, España, & España, 2013); (Juárez-Rendón, y otros, 2017); (Galván, 2015).

Conclusiones

En base a la literatura revisada, nos hemos podido dar cuenta que la alopecia si bien tiene dos clasificaciones como cicatrizantes y no cicatrizantes, hay otra gama de sub patologías que están inmersas en ambas. En ese particular en este trabajo de investigación se abordan algunas. A manera general, se puede decir que los protocolos diagnósticos son amplios y pueden ser utilizados para cualquier tipo de alopecia, claro está que dependiendo del grado en que esta se encuentre, se usaran unos y otros no, en base al tratamiento aplica prácticamente lo mismo, farmacología vía oral con el uso de corticoesteroides, más que todo para las alopecias que no tienen una condición de extrema gravedad, vale decir, ningún tipo de pelo o bello en el cuerpo, en estos pacientes las tasas de recuperación han sido muy favorables, para estos últimos casos donde la persona no tiene ningún tipo de cabello o una alopecia muy avanzada, está la opción de cirugía o trasplante capilar, sin embargo no es duradera, ya que a los 2 o 3 años el cabello empieza a perderse.

Pero uno de los tratamientos más importantes antes que todo lo demás, es la ayuda psicológica, ya que esta enfermedad tiende a disminuir los niveles de autoestima a quien la padece, ya que el cabello es una carta de presentación, tanto para hombres como mujeres, sin embargo, para estas últimas, el cabello esta intrínseco dentro de la belleza femenina.

Bibliografía

- ALARCÓN HEREDIA, M. G., & MEDINA ÁLVAREZ, A. (2021). PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE ALOPECIA ANDROGÉNICA (GRADO I) EN EL ADULTO JOVEN COMBINANDO TÉCNICAS ELECTROESTÉTICAS Y PRINCIPIOS ACTIVOS.
- Alegre Yataco, P. S. (2018). Alopecia androgénica como factor predictor de hiperplasia benigna de próstata.
- Blanco, J. M., González, G., España, P., & España, G. (2013). Alopecia triangular congénita o alopecia triangular temporal.
- Díaz Leño, J. C. (2012). Alopecia areata: Estudio de las características clínico epidemiológicas en población adulta.
- Galván, V. (2015). Alopecia.
- González-Guerra, E., & López-Bran, E. (2018). Protocolo diagnóstico de la alopecia. *Medicine*, 12(48), 2864-7.
- Jorge Lázaro, C. P., Naisé, L., & Oraida, O. (2021). INFLUENCIA DE LAS AFECCIONES BUCALES EN LA APARICIÓN DE LA ALOPECIA AREATA. In *cibamanz2021*.
- Juárez-Rendón, K. J., Rivera Sánchez, G., Reyes-López, M., García-Ortiz, J., Bocanegra-García, V., Guardiola-Avila, I., & Altamirano-García, M. (2017). Alopecia areata: Actualidad y perspectivas. *Archivos argentinos de pediatría*, 115(6), e404-e411.
- Linares, V. S., Rodríguez, L., & Albelo, N. (2020). Alopecia frontal fibrosante. *Folia Dermatológica Cubana*, 12(3).
- Monjagata, L. P., de Zaputovich, F., Burgos, L., & Domínguez, L. (2018). Alopecia: Herramientas para el diagnóstico. *Gaceta Dermatológica*.
- Peña, A. K., Flores, M. G. M., & Candiani, J. (2017). Alopecias cicatrizales primarias, actualizaciones en diagnóstico y tratamiento. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 15(4), 255-264.
- QUISPE ALVEAR, V. F. (s.f.). TRATAMIENTO PARA LA ALOPECIA ANDROGÉNICA NO CICATRICAL CON EL PRINCIPIO ACTIVO PLASMAVIT Y DERMAPEN EN HOMBRES DE 20 A 40 AÑOS, QUE VIVEN EN EL BARRIO LA VICTORIA, QUITO-ECUADOR DURANTE EL AÑO 2018-2019. 2020.
- Vañó Galván, S. (27 de 11 de 2021). Obtenido de <https://sergiovano.com/alopecia-frontal-fibrosante.html>
- Vañó Galván, S. (27 de 11 de 2021). Obtenido de <https://www.sergiovano.com/alopecia-androgenica-masculina.html>
- Yabor, V. D., Pérez, O., & Palomo, A. (2015). Alopecia congénita universal. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 40(12).

CITAR ESTE ARTICULO:

Muentes Solorzano, J. M., López Rodríguez, M. L., Piloza Santana, G. K., & Muñoz Falcones, C. F. (2021). Diagnóstico y tratamiento de pacientes con alopecia. *RECIAMUC*, 5(3), 175-181. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(3\).agosto.2021.175-181](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(3).agosto.2021.175-181)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.