

Alopecia areata y formulación magistral

Francisco Etchaberry Santamaría

Farmacéutico. Vitoria. Álava

La alopecia areata (AA) es un tipo de pérdida del cabello que supone alrededor del 2% de las consultas dermatológicas. Se trata de una afección que puede evolucionar desde una curación espontánea hasta una pérdida total del pelo del cuero cabelludo y/o del cuerpo, y en cuyo tratamiento colabora la fórmula magistral.

Definición y etiología

La alopecia areata, o pelada, es un tipo de pérdida del cabello sin causa conocida caracterizada por placas redondas u ovaladas de calvicie asintomáticas, no inflamatorias y no cicatriciales en el cuero cabelludo, aunque puede extenderse a otras zonas del cuerpo.

Su etiología es desconocida. Existe un componente genético (aproximadamente en una quinta parte de los casos hay antecedentes familiares de alopecia) asociado a enfermedades autoinmunes.

Se cree que el complejo mayor de histocompatibilidad (Human Leucocyte Antigens [HLA]) desempeña un papel crítico en el posible desarrollo de la autoinmunidad y la evidencia más directa procede del hallazgo de un infiltrado linfocitario dentro y alrededor de los folículos, siendo mayoritariamente linfocitos T-colaboradores que expresan HLA-DR en su superficie.

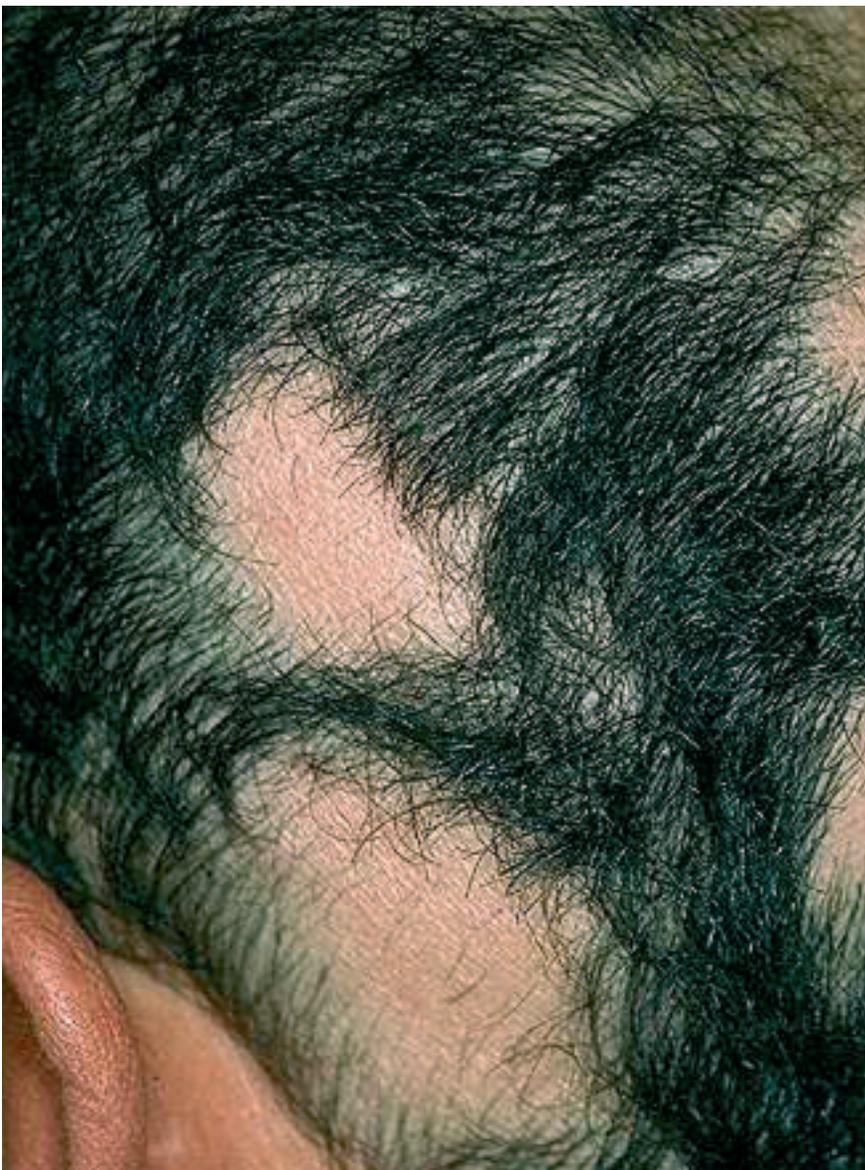
Otro factor asociado, no exento de controversia, es el estrés emocional. También se asocia a otras enfermedades con mecanismos autoinmunes: dermatitis atópica (10% de los casos), diabetes mellitus tipo I, tiroiditis de Hashimoto, artritis reumatoide, anemia perniciosa, enfermedad de Addison, gastritis atrófica y miastenia *gravis*.

Clínica

Las placas alopécicas únicas (AA focal) o múltiples (AA multifocal), de forma redondeada u oval, presentan de manera súbita una pérdida de pelo completa, normalmente sin síntomas subjetivos.

No se observan signos de atrofia de la piel y los orificios foliculares persisten siempre.

Es importante el examen clínico de los cabellos de la periferia de la lesión para determinar el diagnóstico y su pronóstico. Estos cabellos son distróficos, presentan un



«La alopecia areata es un tipo de pérdida del cabello que supone alrededor del 2% de las consultas dermatológicas»

engrosamiento en la parte final y no tienen cubiertas (pelos en signo de admiración).

Otros signos clínicos concomitantes son infrecuentes. Hasta en un 20% de los casos se observan lesiones ungueales, onicodistrofia, traquioniquia o leuconiquia. La intensidad de estos cambios es paralela al grado de afectación del cabello. Las lesiones de alopecia pueden ocurrir en cualquier lugar. En la cabeza, las regiones que se ven afectadas con más frecuencia son las regiones temporal y occipital, aunque la AA puede presentarse también en la barba, en las cejas, en las pestañas o en el pelo del cuerpo.

Clasificación

Por su extensión, la alopecia areata se clasifica en las siguientes formas de presentación:

Alopecia areata en placa única o focal

Es la más común y de mejor pronóstico. Suele involucionar espontáneamente y no se asocia a otras enfermedades.

Alopecia areata en placas múltiples o multifocal

Puede afectar a la barba, tronco y extremidades. Tiene lugar en jóvenes y adultos y puede evolucionar a AA total o universal.

Está asociada a enfermedad autoinmune, dermatitis atópica y síndrome de Down.

Alopecia areata total

Pérdida prácticamente total (>95%) del pelo del cuero cabelludo. Puede afectar a las uñas y asociarse a otra enfermedad. Es crónica y de difícil pronóstico.

Alopecia areata universal

La pérdida alcanza casi el 100% del pelo del cuero cabelludo y del resto del cuerpo. Suele conllevar afectación ungueal y enfermedad autoinmune. Tiene muy difícil recuperación.

Tratamiento

No existe ningún tratamiento etiológico. Como la evolución de la AA es variable y en ciertos casos puede remitir espontáneamente, es difícil valorar los resultados de los tratamientos. La estrategia terapéutica depende de dos variables: la edad del paciente y la intensidad de la AA. Se recomienda empezar con el tratamiento menos agresivo y, si no hay respuesta, pasar a otros más agresivos.

Debe aplicarse un mínimo de tres meses antes de cualquier valoración o cambio de tratamiento.

Rubefacientes tópicos

Tintura de cantáridas al 5% en solución; peróxido de benzoilo al 5-15% en gel; crisarobina y fenol pueden ser eficaces en placas localizadas.

Inmunoinhibidores

- Corticoides tópicos potentes. Son eficaces cuando se asocian a minoxidil. Clobetasol propionato (0,025-0,1%) y betametasona dipropionato (0,05%) son los más idóneos. También se pueden combinar con ácido salicílico y/o resorcina en forma de solución, gel o crema.
- Corticoides intralesionales. El más utilizado es triamcinolona acetónido. Es útil en la AA en placas y en casos de falta de respuesta a otras medidas terapéuticas. Cada 4-6 semanas, se inyecta a nivel dérmico en varios puntos que deben distanciarse 1 cm.
- Corticoides sistémicos. Se utilizan en casos de AA multifocal o cuando fracasan las in-

Tabla 1. Formulaciones tópicas en alopecia areata

Inmunostimulantes – DFCP (0,001-2%) Acetona o éter (csp 50 mL)	Rubefacientes – Peróxido de benzoilo (5-15%) (gel o csp 50 g) – Tintura de cantáridas (5-10%)
Inmunomoduladores – Antralina (emulsión O/W csp 50 g)	Corticoides – Clobetasol propionato 0,05% (solución HA / csp) – Clobetasol propionato 0,05% Urea 10% Ácido salicílico 2% (solución HA / csp)
Fototerapia – 8-MOP (0,5-1%) (base <i>beeler</i> / csp)	
Vasodilatadores	
Minoxidil (3-5%) Propilenglicol 10% Agua 20% Alcohol 96° / csp	Minoxidil (3-5%) Ácido retinoico (0,01-0,05%) DMSO 5% Propilenglicol 10% Agua 20% Alcohol 96° / csp
	Minoxidil (3-5%) Ácido retinoico (0,01-0,05%) Clobetasol propionato 0,05% Propilenglicol 10% Agua 20% Alcohol 96° csp

filtraciones. Se administra prednisona o dexametasona sólo o asociado a ciclosporina.

- Pulsoterapia. La metilprednisolona intravenosa es útil para AA de rápido progreso y/o gran extensión. Aunque hay caída de pelo tras abandonar el tratamiento.
- Ciclosporina sistémica (ciclosporina A). Es un agente inmunosupresor que ha provocado mejoría en algunos casos de AA. Su uso es controvertido, sobre todo por sus efectos secundarios. La dosis será inferior a 6 mg/kg/día de peso y debe monitorizarse la presión arterial, la creatinina y la función hepática. Carece de efecto por vía tópica al 10%.

Inmunomoduladores

- Terapia de contacto breve: antralina o ditranol (0,25- 1,5%). En forma de emulsión autolavable, se deja en contacto con la piel durante 20-60 min o durante toda la noche y se aclara. Debe evitarse el contacto con los ojos, por lo que no debe aplicarse en las cejas. Aunque sea muy irritante, apenas tiene efectos secundarios sistémicos, por lo que se utiliza en niños.
- Otros inmunomoduladores. biotina, SDZ ASM 981, ácido micofenólico, sulfato de cinc y cimetidina.

Vasodilatadores

- Minoxidil. En solución o en gel al 3-5% es efectivo tanto en niños como en adultos. Se aplica asociado a corticoides de mediana o alta potencia (ácido retinoico y/o antralina). También se combina con dimetilsulfóxido (DMSO), que solubiliza el minoxidil y permite una mayor absorción. Entre los riesgos, se ha descrito hipertrichosis facial localizada.

Puede usarse en el pelo del cuero cabelludo, en la barba y en las cejas. Se aplica 2 veces al día y el crecimiento suele ser evidente a los 3-4 meses.

Inmunostimulantes o sensibilizantes tópicos

Se basa en sensibilizar al paciente con una sustancia que, posteriormente, se aplicará sobre la zona alopecica con el fin de producir una reacción eczematosa por sensibilidad retardada, lo que origina un infiltrado inflamatorio capaz de desplazar al infiltrado lin-

«La etiología de la alopecia areata es desconocida, aunque existe un componente genético asociado a enfermedades autoinmunes»

focitario específico de la AA, de modo que se obtiene la repoblación del cabello.

- Dinitroclorobenceno (DNCB). En desuso por el riesgo de carcinogénesis.
- Difenciprona (DFCP). Se inicia la sensibilización retardada con una solución al 2% en una superficie de 4 cm² durante 48 horas. A las 2 semanas, se realizan pruebas epicutáneas en diversas concentraciones y se comprueba la concentración menor que provoca eritema, pero sin llegar a producir eccema (vesículas); será la que se prescriba finalmente.

Otra opción es que, una vez sensibilizado, se aplica una, dos o tres veces por semana la solución, en una concentración inicial del 0,001%; si no hay respuesta clínica (eritema), incrementamos progresivamente la concentración.

Los efectos secundarios son irritación grave, dermatitis de contacto, vesículas, ampollas, adenopatías reactivas, pigmentación postinflamatoria, urticaria, eritema multiforme y vitíligo.

Las respuestas suelen ocurrir a los 3 meses; presenta un alto porcentaje de eficacia

Tabla 2. Esquema de estrategia terapéutica

• Pacientes menores de 10 años

Minoxidil en solución al 3-5% o en gel para localizar mejor la aplicación. Puede ir combinado con corticoides tópicos de mediana potencia y/o antralina.

En los casos más extensos, sobre todo cuando existe una implicación psicológica importante, está indicado el tratamiento sistémico.

• Pacientes mayores de 10 años

No deben descartarse los tratamientos combinados, ya que la alopecia areata es una condición heterogénea sobre el cuero cabelludo y puede requerir diversos tratamientos en distintas zonas del cuero cabelludo.

Extensión menor del 50%

Corticoides intralesionales y tópicos.

Solución o gel de minoxidil al 3-5%. Puede combinarse con corticoides tópicos de alta potencia, ácido retinoico y/o antralina.

Extensión de más del 50%

Inmunostimulación o sensibilizantes tópicos (DFCP)

Corticoides tópicos de alta potencia y sistémicos

Rubefacientes tópicos (crisarobina)

Inmunomoduladores (antralina)

Ciclosporina sistémica

Fototerapia

a los 3 años, aunque no se recomienda más de 2 años.

La acetona es el disolvente elegido y, en caso de presentar alergia, se puede sustituir por éter. Para diluciones altas, se puede aplicar en excipiente graso (vaselina).

– Dibutil éster del ácido escuárico (SADBE).

Es un sensibilizante potente y no mutagénico, aunque menos eficaz que la DFCP e inestable en acetona.

Fototerapia

PUVA. Otra alternativa es la aplicación tópica del psoraleno 8-MOP al 0,0001% en solución o semisólido y, posteriormente, realizar la exposición al sol o UVA de manera controlada. También se administra por vía oral y posterior UVA. Presenta un alto porcentaje de eficacia.

Otros agentes

Vitamina B₆, ácido pantoténico, aspartato de cinc, cistina y metionina. ■

Bibliografía

Alfá E. Técnicas y procedimientos en Formulación Magistral dermatológica. 2005.

El médico interactivo [portal en Internet]. Diario electrónico de la sanidad. Programa anual 2001-2002 de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria. Tema 15: Alopecia. Alopecia areata. Citado 2001. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema15/alopecia6.htm>.

Fisterra.com [portal en Internet]. Atención primaria en la red. García Bermúdez L, Justel Pérez JP y Pérez Mansilla I. Guías Clínicas 2004: 4 (5); Alopecia. Citado 04/02/2004. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/alopecia.asp>.

Macaya A. Guía de tratamientos dermatológicos, 2.ª Edición. Abaco Soluciones Editoriales, 2005.

Medline Plus [portal en Internet]. Enciclopedia médica en español: Alopecia areata. Actualizado 10/29/2004. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001450.htm>.

Moreno G, Lacueva L, Asuman G, Ferrando J. Alopecia areata. En: Juan Ferrando, ed. Alopecias. Guía de diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Pulso Ediciones, 2000. págs. 133-71.

Ondasalud.com [portal en Internet]. Recoletos Grupo de comunicación. Alopecia. Actualizado 27/04/2004. Disponible en: <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,18349,00.html>.

Umbert P, Llambí F. La formulación magistral en la dermatología actual. Guidotti Farma. 1998.



Ediciones Mayo crece con el farmacéutico

 **Mayo**
EDICIONES

www.edicionesmayo.es
www.aulamayo.com