

ALOPECIA AREATA: REVISION DEL TEMA Y APORTACION DE VARIOS CASOS CLINICOS

Alopecia Areata: A review of the subject accompanied by several clinical cases

Dr. Vicente Lozano de Luaces *
 Dr. Angel Espías Gómez *
 Dr. Jaime Murtra Ferré *
 Prof. Dr. D. Ruano Gil **

Aceptado para publicación: Enero 87

INTRODUCCION

Una de las definiciones que Hipócrates nos ha legado, es el de Alopecia o pérdida del cabello. Las observaciones del filósofo griego alrededor de su entorno, le hicieron fijarse en la pérdida del vello en el zorro (alopex), durante las diferentes épocas de su vida.

En la especie humana también se aprecia la pérdida del cabello, bien sea parcial o totalmente. Por regla general, el médico internista cuando no encuentra una etiología clara ante un cuadro clínico de pérdida del mencionado cabello en forma de peladas o placas, remite al paciente al odonto-estomatólogo para intentar investigar si hay presencia de un «foco dentario», que sea el causante del mencionado cuadro clínico. Por otro lado, un porcentaje bastante alto de dichos especialistas niegan la existencia del mencionado «foco dentario», o bien que si aparece lo hace de forma excepcional.

DEFINICION

La terminología de Alopecia Areata se refiere a la aparición de una zona pelada redonda u oval, que la caracteriza.

LOCALIZACION

La forma más común es aquella que se sitúa en barba, cejas, pestañas o cuero cabelludo. Suelen ser las peladas unilaterales, de límites difusos y acompañadas de signos de afectación del V Par (N. Trigémino).

* Médico Estomatólogo.

** Catedrático Director del Departamento de Anatomía Humana. Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

APARICION

Es repentina y comienza con una o varias áreas de pelada, en las zonas anteriormente descritas. Según la teoría francesa, en un principio aparece el signo de ROSSEAU-DECELLE: zonas unilaterales de cabello frágil sin brillo y con retraso de crecimiento del mismo, que más tarde se convertirán en partes encanecidas y luego en claras áreas de alopecia. Dichas placas de alopecia corresponden a las zonas dento-pilosas, según los grupos dentarios afectados. Fig. R-D (gentileza de EMQ).

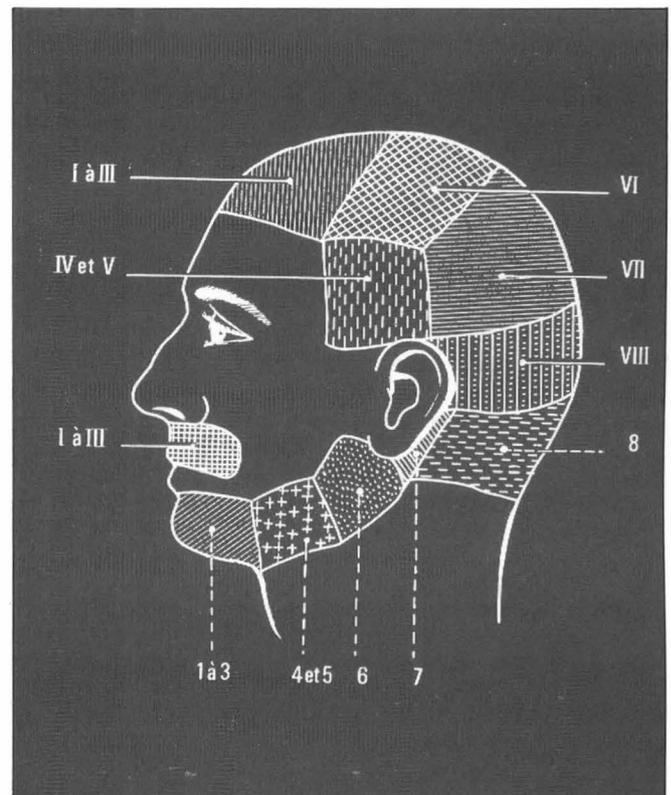


Fig. R-D

TIPOS

1. In situ:
 - 1.1. Placas aisladas.
 - 1.2. Placas confluentes.
 - 1.3. Placas progresivas.
 - 1.4. Placas que finalizarán en calvicie.
 - 1.5. Placas totales del cuero cabelludo.
 - 1.6. Pérdida general o universal del vello corporal.
2. Generales:
 - 2.1. Alopecia común: abarca el 85-90% de todas las alopecias.
 - 2.1.1. del varón: oscila del primer grado (leve) al quinto grado (calvicie).
 - 2.1.2. de las mujeres: menos frecuente que en el hombre.
 - 2.1.2.1. postparto: originado por cambios hormonales, durante la gestación.
 - 2.1.2.2. postnatal: el niño nace casi sin pelo, pero si no ocurre así hasta el 5.º ó 7.º mes de vida extrauterina no cae el cabello.
3. Alopecias distróficas: cuya etiología pueden ser:
 - 3.1. Alteraciones metabólicas.
 - 3.2. Alteraciones neoplásicas.
 - 3.3. Alteraciones endocrinas.
 - 3.4. Causas físicas por radioterapias.
 - 3.5. Causas químicas:
 - 3.5.1. citostáticas.
 - 3.5.2. hipervitaminosis A.
4. Alopecias de etiología externa causadas por:
 - 4.1. Presión.
 - 4.2. Fricción.
 - 4.3. Tracción.
5. Alopecias de tipo cicatrizal: son irreversibles.

EVOLUCION

Una vez que han surgido las peladas, pueden curar en poco tiempo o bien recaer en la misma u otra localización, a la vez que pueden progresar los tamaños de las lesiones. Hay formas irreversibles con la pérdida total del vello y no se consigue llegar a repoblar jamás el pelo perdido. A veces aparece, en la placa, un cabello sin coloración definida que puede significar un comienzo de la repoblación pilosa.

ORIGEN

Se considera hoy en día que existe una clara predisposición genética. Ello se encuentra avalado por la incidencia familiar en un 30% de los

pacientes que la presentan, a la vez que se aprecia alopecia areata en hermanos gemelos. Parece ser que los estudios realizados con antígenos de histocompatibilidad leucocitaria, dan como resultado (aunque a veces el mismo es contradictorio) que la mayor frecuencia es de HLA-B12.

La inmunidad humoral solamente presenta alteraciones en un 15%: en ellos se aprecian autoanticuerpos circulantes órgano-específicos contra diversos órganos del cuerpo, pero no contra los folículos.

En fases activas de la enfermedad las células T se encuentran disminuidas y un tanto por ciento de los pacientes estudiados, presentan alergia positiva a los test cutáneos intradérmicos.

Hemos de tener en cuenta la teoría de la «enfermedad focal de origen dentario», una de cuyas manifestaciones sería de tipo neurovegetativo, por las conexiones del V Par con el sistema neurovegetativo cérvico-craneal. Dentro de dichas alteraciones encontraremos los trastornos cutáneos provocados por dicha enfermedad focal de origen dentario:

1. Eritema unilateral.
2. Hiperhidrosis localizadas.
3. Hipertermias localizadas.
4. Placas de pelada.

Las anteriores alteraciones aparecen en las zonas dento-pilosas, según las piezas afectadas.

PRONOSTICO

Desfavorable si el comienzo ha sido precoz y con una rápida evolución hacia la pérdida masiva del cabello.

También son signos negativos la disminución de linfocitos T y la presencia de autoanticuerpos.

Hay que realizar un profundo estudio de la historia personal y familiar del paciente: encontraremos datos que pueden ser de gran interés, para poder realizar una posterior terapia correcta.

TRATAMIENTO

Veamos los diferentes aspectos del mismo:

1. DERMATOLOGICO: en líneas generales viene caracterizado por la aplicación de corticoterapia. En el caso de que esta fracase, la tendencia lleva a la utilización de inmunoterapia tópica con potentes alérgenos de contacto. En muchos casos ha sido un éxito o bien una gradual mejoría, el empleo de puvaterapia.
2. PSICOLOGICO: los tranquilizantes dados al paciente van encaminados hacia el tratamiento de la hiperexcitabilidad o de la apatía, así como de las frustraciones y en general de todos los trastornos

emocionales que se encuentren presentes en los pacientes afectados de alopecia areata. Por otro lado se intenta que su forma de vida sea lo más sana posible, con una dieta correcta e intentando eliminar al máximo las preocupaciones existentes.

3. **LASERTERAPIA:** se trata de un tipo de terapéutica localizada que estimula, por medio del rayo láser, a las células matriciales para que estas aumenten su actividad, obteniéndose en principio una regeneración de los procesos biológicos de la gran parte de dichas células. Con el láser de tipo blando desaparece el proceso inflamatorio, a la vez que se aprecia una apertura de los poros alterados y los elementos cutáneos afectados dejan de estarlo. Hay fundadas esperanzas de que esta terapia dé unos resultados sumamente apetecibles, en el tratamiento de las alopecias.

4. **ODONTO-ESTOMATOLOGICO:** según las últimas investigaciones llevadas a cabo, y con las que no estamos del todo conformes, lo correcto es no tener en cuenta que «los focos dentarios» pueden ser la causa etiológica de un tanto por ciento elevado de alopecias areatas. La realidad, enfocada bajo el prisma de nuestra especialidad es otra; seguimos viendo en nuestros gabinetes dentales que la eliminación de un foco dentario puede solucionar favorablemente algunas alopecias.

Nuestra propia experiencia y la de muchos compañeros nuestros de especialidad encuestados por nosotros, demuestran que la presencia de restos radiculares, policaries, alteraciones de los terceros molares o bien la presencia de piezas incluidas pueden llegar a ser la causa etiológica del tema a estudio. Generalmente la patología expuesta anteriormente, se encuentra acompañada de una labilidad psíquica del paciente.

Caso clínico n.º 1

1. Generalidades:

- 1.1. Nombre: M. A.
- 1.2. Edad: 24 años.
- 1.3. Sexo: varón.
- 1.4. Profesión: estudiante universitario.
- 1.5. Origen: Oriente Medio.

2. Motivo de consulta: Aparición de una zona pelada en la parte de la cara, correspondiente a la 4.^a hemiarcada. Fig. 1-A.

3. Antecedentes: Hace 6 meses le realizaron una endodoncia en la pieza n.º 46 (nomenclatura de la F.D.I.).

4. Historia actual: Desde hace 2 meses presenta algias casi constantes en la pieza tratada endodónticamente; ha tenido gran inflamación en esa zona y coincidiendo con dicho cuadro aparece una zona pelada, correspondiente a la situación de la pieza 46. Fig. 1-B.

5. Exploración:

5.1. Inspección: apreciamos una parte de la cara sin vello en la 4.^a hemiarcada y relativa inflamación externa.

5.2. Palpación: ligera inflamación de consistencia leñosa, en la hemiarcada reseñada anteriormente.

5.3. Percusión: dolorosa en 46.



Fig. 1-A

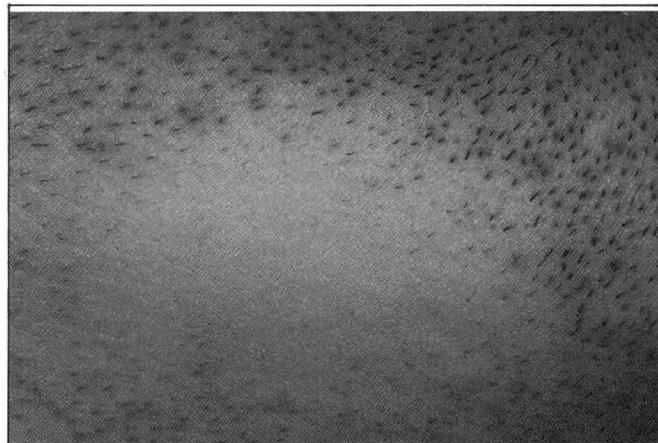


Fig. 1-B

6. Pruebas complementarias de radiología intraoral: vemos imagen importante de radio-lucidez, mucho más marcada en raíz mesial que en raíz distal, con un tamaño aproximado de 7x5 mm. Se aprecia un instrumento metálico de 6 mm de tamaño en el tercio apical del conducto mesio-vestibular, que fue fracturado (según relata el paciente) durante la conductometría; en los conductos apreciamos restos de materiales de obturación definitiva de los mismos, correspondiendo la radio-opacidad coronaria a la presencia de amalgama. Fig. 1-C.

7. Pronóstico: desfavorable en cuanto a la conservación de la pieza problema. Consideramos que dicho 46 es realmente un «foco dentario», que puede ser origen de la alopecia areata presente.

8. Tratamiento: por todo lo anteriormente comentado, nos decantamos por realizar una terapia exodoncista en la pieza 46. Fig. 1-D y 1-E.

9. Evolución: hemos controlado el anterior caso expuesto, durante el trimestre siguiente a la exodoncia realizada; podemos constatar que la evolución favorable de la alopecia ha sido muy

manifiesta, apareciendo el vello perdido y estando pendiente el paciente de reponer la pieza extraída. Fig. 1-F y 1-G.



Fig. 1-C



Fig. 1-D



Fig. 1-E

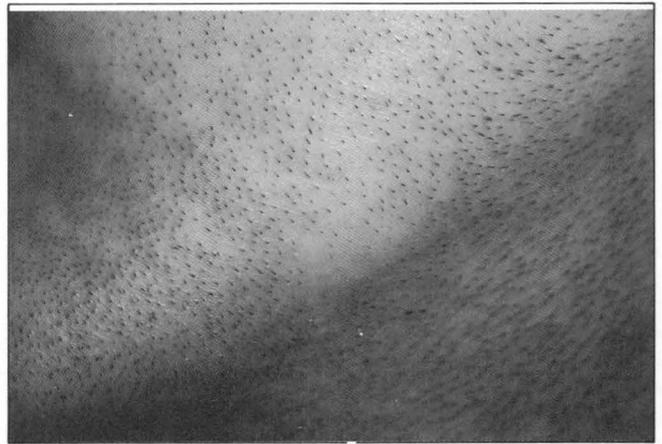


Fig. 1-F

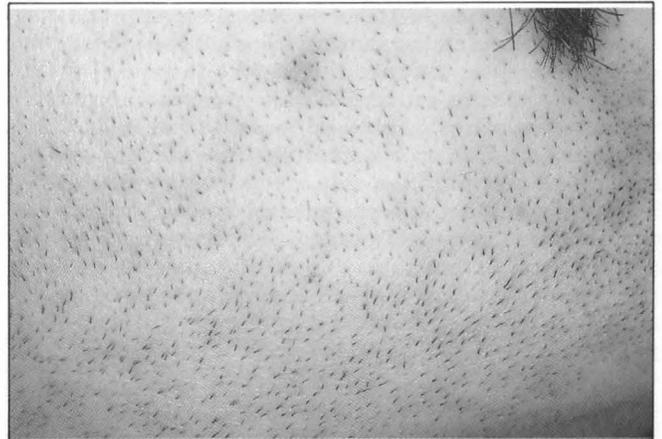


Fig. 1-G

Caso clínico n.º 2

1. Generalidades:

- 1.1. Nombre: S. B.
- 1.2. Edad: 26 años.
- 1.3. Sexo: varón.
- 1.4. Profesión: estudiante universitario.
- 1.5. Origen: Persa.

2. Motivo de consulta: algias importantes en 36 y 37 que no fueron nunca tratadas, a pesar de la patología que mostraban. Presentación de zonas peladas en cuero cabelludo. Fig. 2-A y 2-B.

3. Antecedentes: profundas en 36 y 37; el paciente comenta que no tenía interés en que fuesen tratadas en aquella época. Debido a ello, las piezas acaban como restos radiculares. Fig. 2-C y 2-D.

4. Historia actual: desde hace 3 meses presenta en la zona correspondiente a las piezas enumeradas, algias importantes, inflamación de la zona y halitosis. Hace 2 meses aparecen zonas sin pelo en la cabeza. Fig. 2-B.

5. Exploración:

5.1. Inspección: inflamación importante en la tercera hemiarcada; pérdida del vello ya comentado.

5.2. Palpación: algias al realizarla en la zona afecta; pequeñas adenopatías cervicales.

5.3. Percusión: dolorosa en toda la hemiarcada inferior izquierda.

6. Pruebas complementarias de radiología intraoral:

6.1. 36: radio-lucidez en raíces mesial y distal, que se encuentran separadas. Fig. 2-D.

6.2. 37: ensanchamiento del desmodonto y ligera radio-lucidez en zonas apicales de ambas raíces. Fig. 2-D.

7. Pronóstico: consideramos que la exodoncia de los restos radiculares de ambas piezas, es el tratamiento más idóneo; la conservación de las mismas no representa ninguna garantía a corto plazo, para solventar el problema del paciente. Por otro lado consideramos igualmente, que dichos restos radiculares son «focos dentarios», que podrían ser el origen etiológico de la alopecia areata.

8. Tratamiento: realizamos las exodoncias pertinentes, de los restos radiculares mencionados.

9. Evolución: al cabo de 4-5 meses, el vello perdido estaba prácticamente restituido. Fig. 2-E y 2-F.



Fig. 2-A

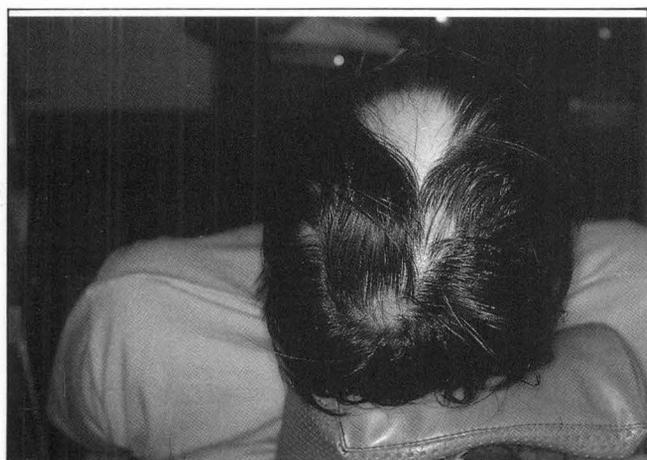


Fig. 2-B



Fig. 2-C



Fig. 2-D

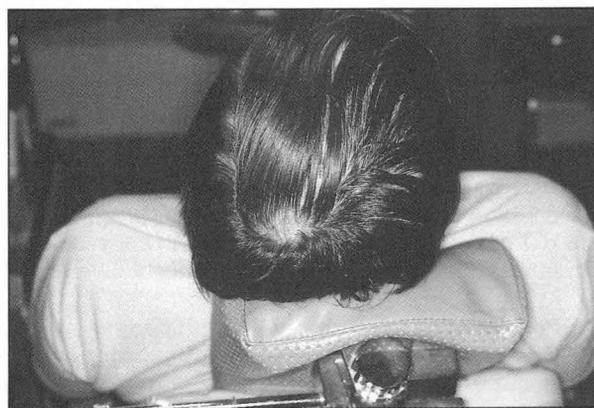


Fig. 2-E

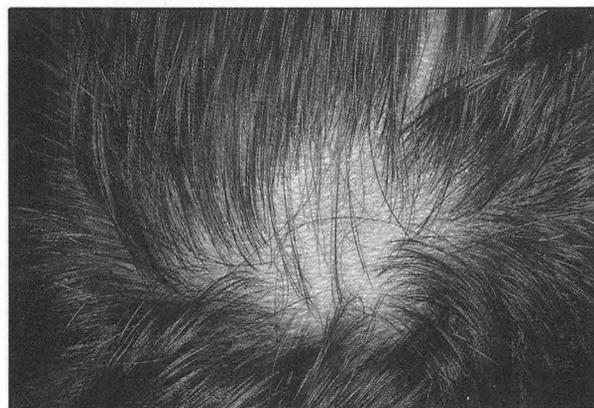


Fig. 2-F

Caso clínico n.º 3

1. Generalidades:

- 1.1. Nombre: E. C. M.
- 1.2. Edad: 22 años.
- 1.3. Sexo: varón.
- 1.4. Profesión: estudiante universitario.
- 1.5. Origen: Español.

2. Motivo de consulta: pérdida sumamente importante y precoz del pelo del cuero cabelludo. Fig. 3-A.

3. Antecedentes: nada especial llama la atención hasta que se incorporó al Ejército, para realizar el servicio militar; hasta esa fecha, según narra la familia y personas allegadas a él, era una persona afable y buen estudiante.

4. Historia actual: desde hace aproximadamente 11 meses nota que cada vez posee menor cantidad de vello; esto es un motivo de inquietud para el paciente, impidiéndole conciliar el sueño con normalidad. Ha cambiado los hábitos alimenticios, deja de hacer deporte y rompe los lazos de amistad con sus compañeros de estudios. Gran decaimiento y pesimismo.

5. Exploración:

5.1. Inspección: presencia de placas peladas totalmente, de varios cm. de longitud en cuero cabelludo. Fig. 3-A.

5.2. Palpación: negativa.

5.3. Percusión: negativa (referida a las piezas dentarias).

5.4. Intraoral: caries tipo I en las piezas 36, 37, 46 y 47, así como semierupción de 38. No presentes en boca el resto de los terceros molares. Fig. 3-B, 3-C y 3-D.

6. Pruebas complementarias de radiología extraoral: apreciamos inclusión de 18, 28, semierupción de 38 y malposición para realizar una normal erupción de 48. Fig. 3-E.

7. Pronóstico: pesimismo total del equipo de psicólogos y dermatólogos para solventar el caso favorablemente; el avance gradual diario de la pérdida del cabello es sumamente manifiesta y no ven forma de interrumpir la pérdida galopante del mismo.

8. Tratamiento: aconsejamos las exodoncias de los cuatro terceros molares, así como las obturaciones de las piezas que presentan caries.

9. Evolución: totalmente negativa. En una primera intervención quirúrgica fueron extraídos los dos terceros molares superiores y en una segunda, los dos terceros molares inferiores, existiendo entre ambas un intervalo de 20 días: en este período de tiempo el paciente acaba de perder totalmente todo el pelo del cuero cabelludo. Actualmente está siendo sometido a tratamiento psiquiátrico, debido a los cambios experimentados en su conducta. Fig. 3-F y 3-G.

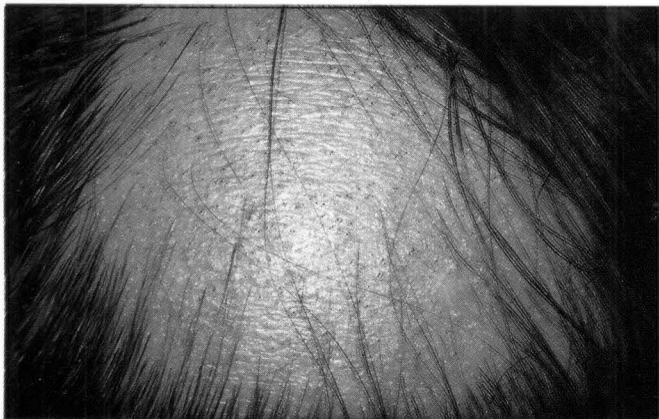


Fig. 3-A

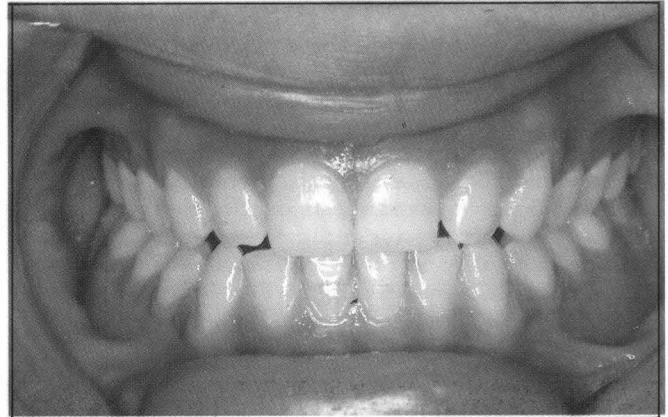


Fig. 3-B



Fig. 3-C

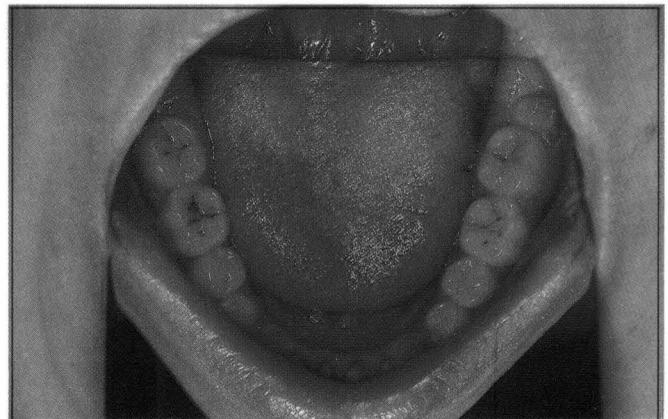


Fig. 3-D

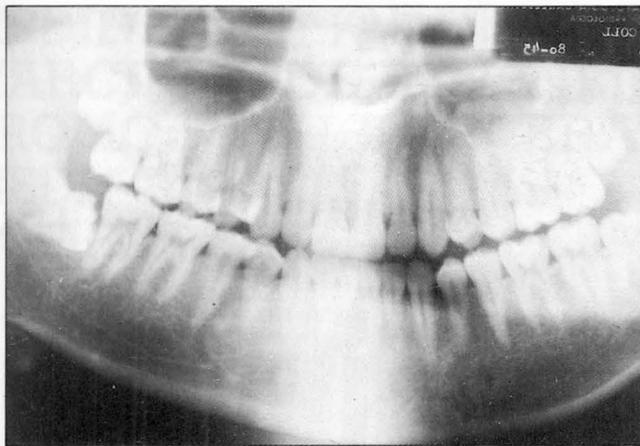


Fig. 3-E

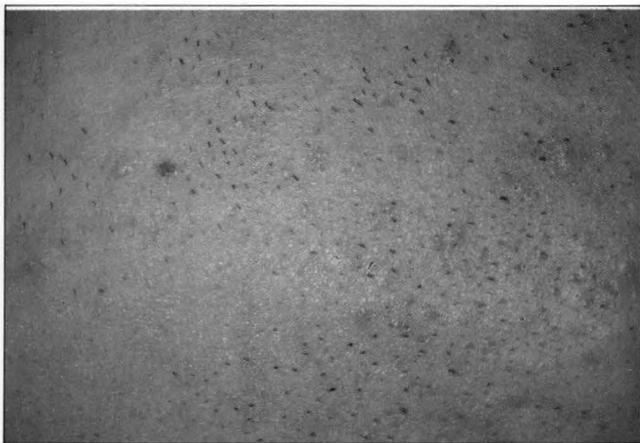


Fig. 3-F



Fig. 3-G

RESUMEN

El estudio que se presente trata sobre la pérdida parcial del cabello en diferentes zonas del

organismo. Existe una íntima relación entre las piezas dentarias que poseen patología y ciertas áreas determinadas del cerebro. Se aportan varios casos clínicos.

RESUME

L'étude qui est présentée traite sur la perte partielle des cheveux dans différentes zones de l'organisme. Il existe une relation intime entre les dents qui present une pathologie et certaines aires déterminées du cerveau. Plusieurs cas cliniques sont présentés.

SUMMARY

The study presented deals with partial hair loss in different areas of the organism, a close relation exists between diseased dental parts and certain specific areas of the brain. Several clinical cases are furnished.

BIBLIOGRAFIA

1. BRAU-FALCO, O., y B. RASSENER: «Klinik, Pathogenese und Therapie der Alopecia Areata». Fortschr. prakt. Derm. U. Ven. Vol V, 227-242, Springer, Berlin, Heidelberg: New York, 1965.
2. COSKEY, R. J., R. P. FOSNAUGH y G. FINE: «Lipedematous Alopecia». Arch. Derm. (Chicago) 84:619-622, 1961.
3. EMMERSON, R. W.: «Follicular mucinosis; a study of 47 patients». Brit. J. Derm. 81: 395-413, 1969.
4. HERZBERG, J. J.: «Cytostatische Alopecien einschliesslich thallium-Alopecien». Arch. klin. exp. Derm. 227:452-468, 1966.
5. HOFER, W.: «Sporadisches Auftreten von Alopecia pavimaculata». Derm. Wschr. 149:381-386, 1964.
6. IKEDA, T.: «A new classification of Alopecia Areata». Dermatologica (Basilea). 131:421-424, 1965.
7. LUDWIG, E.: «Hypotrichosis congenita hereditaria Typ M. Unna». Arch. Derm. Syph. (Berlin) 196:261-278, 1953.
8. LUNDBACK, H.: «Total congenital hereditary alopecia». Acta dermvenereol. (Estocolmo) 25:189-206, 1945.
9. MEHREGAN, A. H.: «Trichotillomania, a clinicopathologic study». Arch. Derm. (Chicago) 102: 129-133, 1970.
10. MORRIS, J., A. B. ACKERMANN y P. J. KOBLENZER.: «Generalized spiny hyperkeratosis, universal alopecia, and deafness». Arch. Derm. (Chicago) 100:692-698, 1969.
11. MOYNAHAN, E. J.: «Familial congenital alopecia, epilepsy, mental retardation with unusual electroencephalograms». Proc. roy. Soc. Med. 55:411-412, 1962.
12. SHELLEY, W. B., y H. M. RAWNSLEY.: «Aminogenic alopecia. Loss of hair associated with argininosuccinic aciduria». Lancet 1965, III: 1327-1328.
13. SHUSTER, S.: «Psoriatic alopecia». Brit. J. Derm. 87:73-78, 1972.
14. WUNDERLICH, CHR.: «Alopecia areata». Med. Welt 16 (N. F.): 477-481, 1965.