Alopecia Areata en la infancia

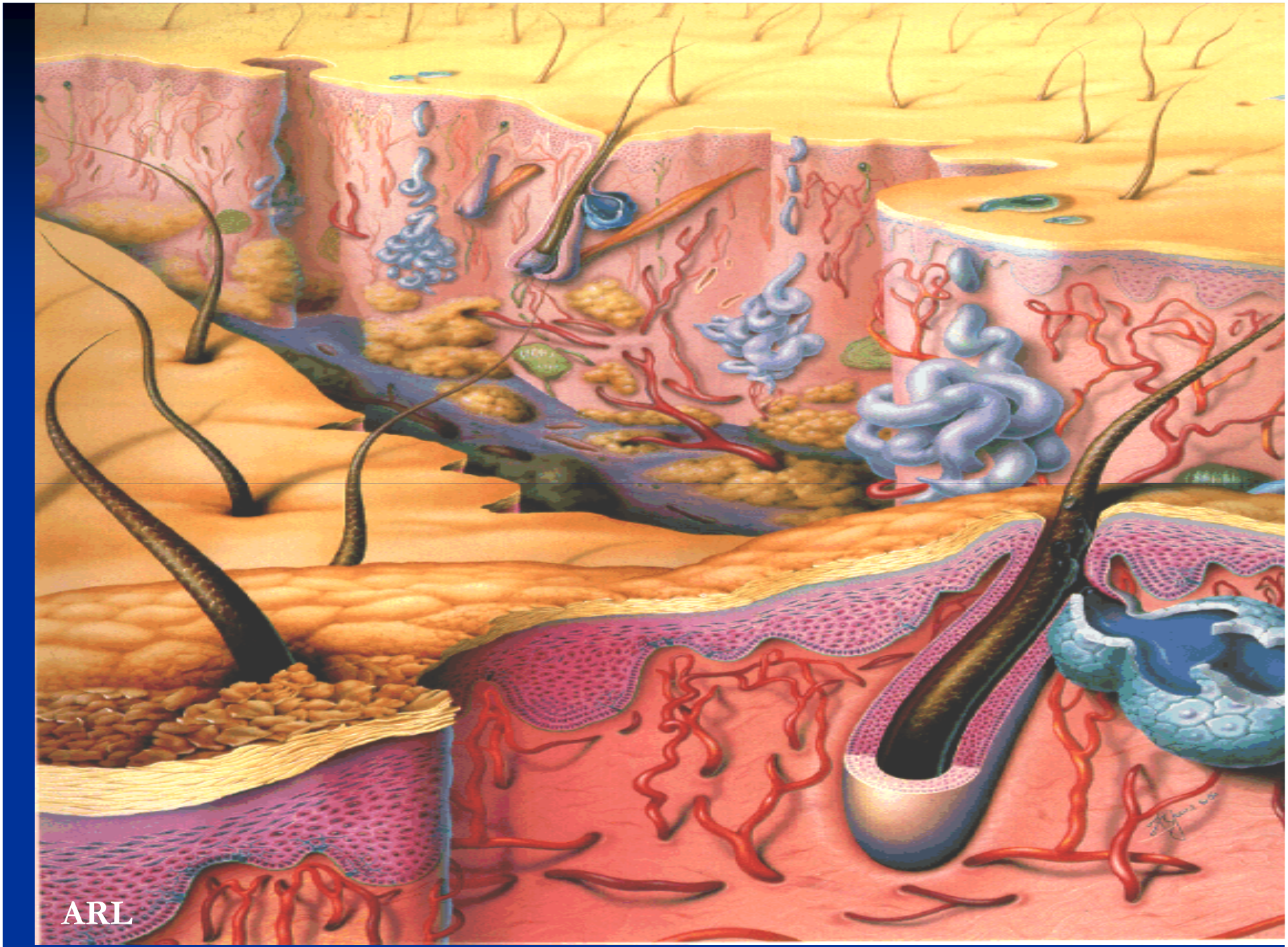
Aspectos Clínicos patológicos y sus implicancias terapéuticas

Dr. Antonio J. Rondón Lugo

Coordinador comité de Bioética Instituto de Biomedicina

www.antoniorondonlugo.com

rondonlugo@yahoo.com


ARL

ETIOLOGÍA

- Desconocida.
- Enfermedad multifactorial:
  - Factores genéticos
  - Reacciones inmunológicas
  - Psicosomáticas/psiquiátricas
  - Estrés
  - Asociaciones:
    - Nevus
    - Paraneoplásico: Enfermedad de Hodgkin

Ferrando J. Alopecias, guia de diagnóstico y tratamiento 2000, España; ediciones Pulso.
Feldman M y Rondón Lugo A. Consideraciones psicosomaticas en la alopecia areata. Med Cut 1973;5:345-348
Gundel H y col. J Nerv Ment Dis. 2003 Jul;191(7):465-73
Akhyani M y col. The association between nuchal nevus flammeus and alopecia areata: a case-control study. Dermatology. 2005;211(4):334-337
Chen W. Alopecia areata universalis sparing nevus flammeus. Dermatology. 2005;210(3):227-228

FACTORES GENÉTICOS

- Antecedentes familiares: 4-27% de los casos.
- La afectación de los gemelos.
- La asociación con estado atópico.
- Asociación con el cromosoma 21: síndrome de Down.
- Mayor incidencia en japoneses residentes en Hawaii.
- El factor genético contribuye a la edad de inicio.
- Grupo HLA (Ag leucocitario)
- MHC I asociado a la cadena gen A (MICA): Ag inducible por el estrés:

Blaumeiser B y col. Familial aggregation of alopecia areata. J Am Acad Dermatol 2006;54(4):627-632
Kalish R y col. Alopecia areata: autoimmunity-The evidence is compelling. J Investig Dermatol Symp Proc. 2003;8(2):164-167
Barahmani N y col. Major histocompatibility complex class I chain-related gene A polymorphisms and extended haplotypes are associated with familial alopecia areata. J Invest Dermatol 2006;126(1):74-78

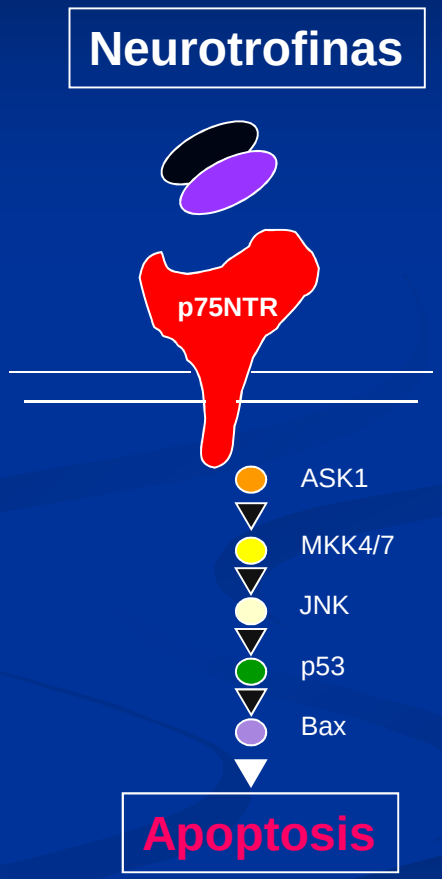
FACTORES INMUNOLÓGICOS

- **Eventos claves:**
  - **Exposición de los folículos pilosos a Ag.**
  - **Presentación de Ag, coestimulación y activación de respuesta linfocítica de las células presentadoras de Ag.**
  - **Migración de las células inflamatorias activadas e infiltración de los folículos pilosos.**
  - **Acción del infiltrado inflamatorio en los folículos pilosos.**

McElwee K. The pathogenesis of alopecia areata in rodent models. J Investig Dermatol Symp Proc. 2003;8:6-11.

NEUROTROFINAS

- **Consiste en 4 proteínas:**
  - Factor de crecimiento nervioso (NGF)
  - Factor neurotrófico derivado cerebral (BDNF)
  - Neurotrofina-3 (NT-3)
  - Neurotrofina-4 (NT-4)



En AA:

Estimula la apoptosis del queratinocito en el folículo piloso vía p75NTR.

Modula la actividad de los macrófagos vía receptores TrkB.

Estimula la apoptosis de linfocitos CD8 vía p75NTR.

Botchkarev V. Neurotrophins and their role in pathogenesis of alopecia areata. J Investig Dermatol Symp Poc. 2003;8:195-8.

Palkina Ty col. Neurotrophins in autoimmune disease: possible implications for alopecia areata. J Investig Dermatol Symp Proc 2005;10(3):282.

FACTORES SNC Y PSICOLÓGICOS

- Interviene en el inicio y curso de la AA.
  - Estrés
  - Percepción del estrés
  - Ansiedad
  - Eventos de la vida.
- La personalidad, modula la susceptibilidad de padecer AA.

Brajac I y col. Roles of stress, stress perception and trait-anxiety in the onset an course of alopecia areata. J Dermatol. 2003;30(12):871-878
Picardi A y col. Psychosomatc factors in first-onset alopecia areata. Psychosomatics. 2003;44(5):374-81

M. FELDMAN Y A.J. RONDON LUGO: Consideraciones psicosomaticas en la alopecia areata.- Med Cut. Año VII – Nro. 5 –Octubre 1973; pags 345 – 348

INVESTIGACION - LABORATORIO

Consideraciones psicosomáticas En la Alopecia Areata*

MOISES FELDMAN
Medico Adjunto del Servicio de Psiquiatría

A.J. RONDON LUGO
Medico Adjunto del Servicio de Dermatología

Alopecia Areata

- **Extensión** :Focal o multifocal, Total, Universal
- **Forma de presentación**: en Placas, Reticular, Ofiasis, Ofiasis inversa, Difusa.

Clínica

- **Focal** : forma mas frecuente , buen pronóstico , Gral. No se asocia a enfermedades.
- **Multifocal** : varias placas , pueden confluir y producir alopecia total .
- **Total** : 95 % de superficie de cuero cabelludo, puede afectar uñas , asociación con otras enfermedades, difícil recuperación.
- **Universal** : pérdida generalizada , CC, cejas, pestañas , axilar ,corporal .

Clínica

- Ofiásica : línea implantación pilosa occípito-temporal
- Ofiasis inversa : menos en región temporo-occipital.
- Reticular :aspecto de malla (alopecia-pelo)
- Enrocada : algunas zonas con pelo terminal
- Tipo Maga
- Tipo Maria Antonieta : solo quedan las canas

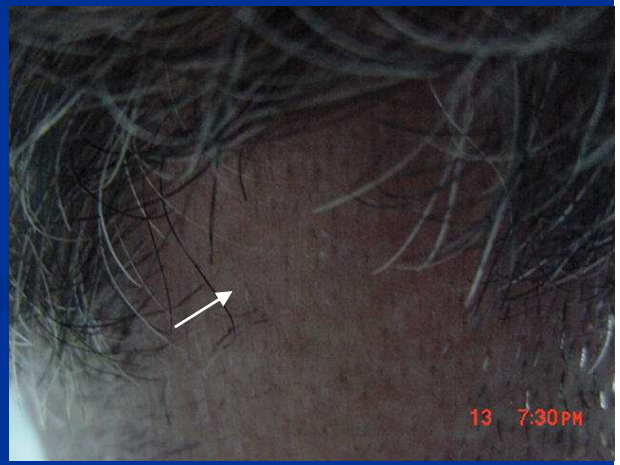
Clínica

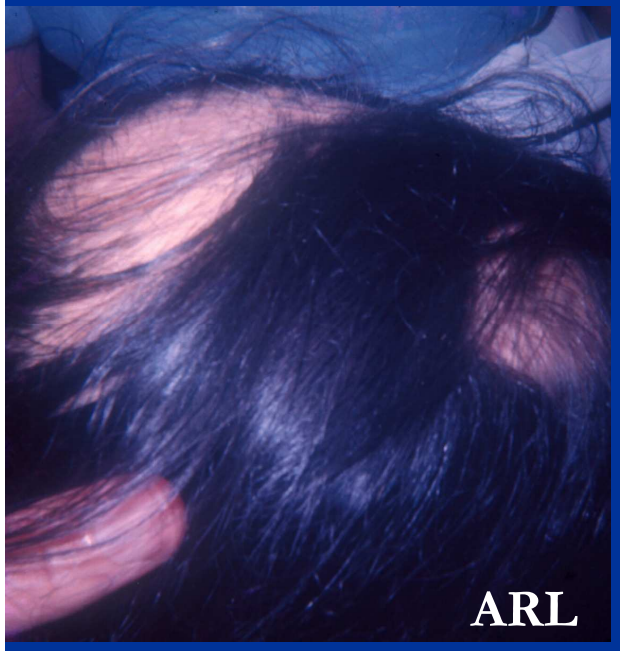
- Epidemiología : 1.7 % (igual que psoriasis)
- 60% de los pacientes menores 20 años.
  20% después de 40 años.
- 12 % después de 50 años

Clínica

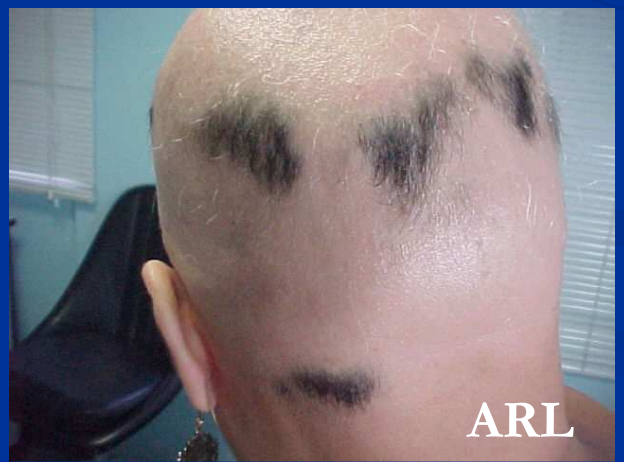
- Sin pestañas :el sudor cae en los ojos
- Sin pestañas : poca protección contra el polvo y la luz.
- Sin pelos en la nariz :no protección en la ventana nasal y y sinusal de cuerpos extraños en el aire .

Alopecia Areata

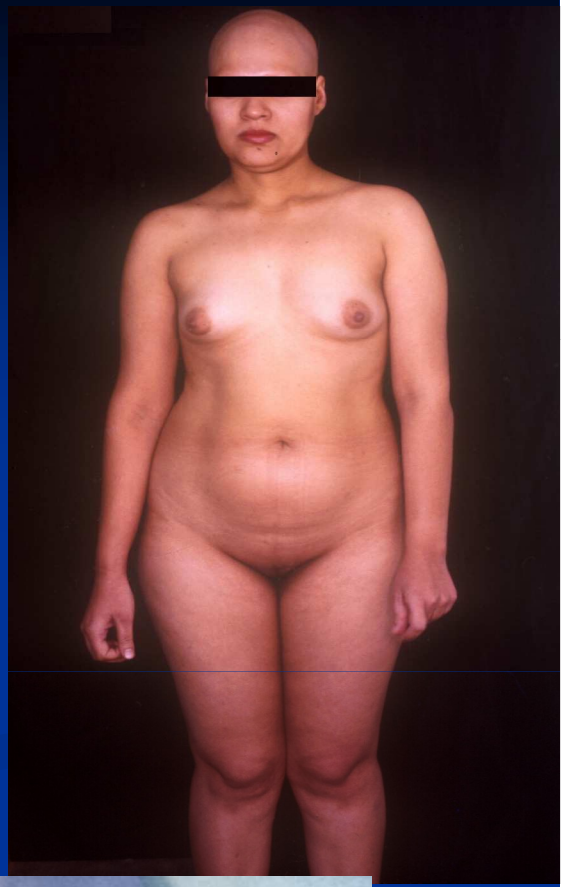




A.Areata



A. Areata Total



Repoblándose

Moniletrix

Alopecia congénita

Tricotilomania
BUSCAR SIGNO DEL AMOR

Tricotilomania

Tricotilomanía

Tracción

Tracción

Foliculitis

Dermatofitosis

Tinea Capitis:

Definición:

Es una infección dermatofítica del cuero cabelludo cejas y-0 pestañas, causadas por los géneros Microsporum o Trichopyton. La enfermedad varia de una colonización subclínica benigna escamosa no inflamatoria, a una lesión inflamatoria eritemato escamosa, alopécica, perifolicular, el tipo de enfermedad producida depende de la interacción huésped-agente etiológico.

Dermatofitosis

Tinea Capitis:

Afectación ectotrix:

Segmentación o fragmentación del micelio con inclusión de conidios alrededor del tallo piloso o justamente debajo de la cutícula del pelo con destrucción de esta.

Afectación endotrix:

La formación de artroconidios se efectúa mediante fragmentación de las hifas dentro del tallo piloso, sin destrucción de la cutícula.

Dermatofitosis

Tinea Capitis:

Afectación ectotrix:

M. canis, M. audouini, M. ferrugineum.

T. mentagrophytes, T. verrucosum.

Afectación endotrix:

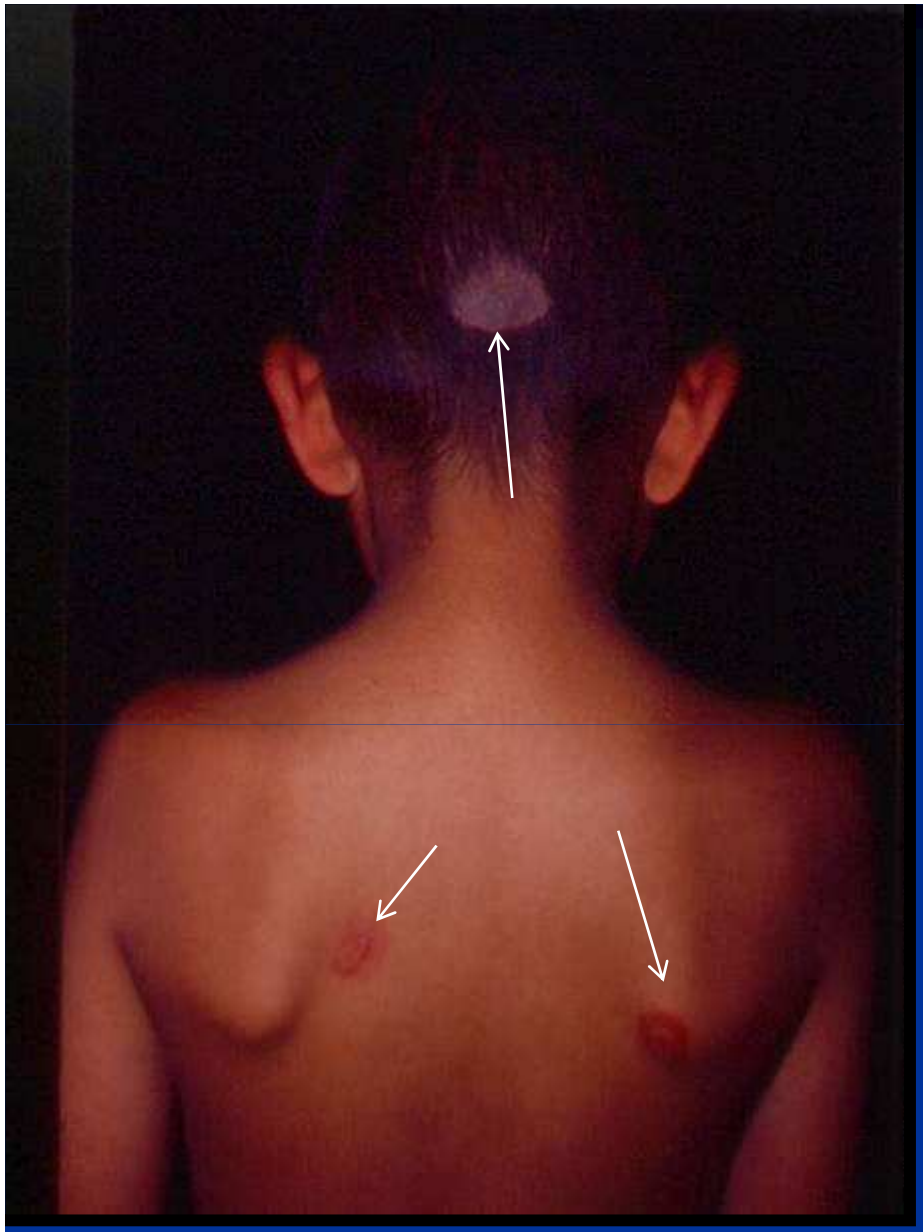
T. tonsurans, T. violaceum, T. soudanense.

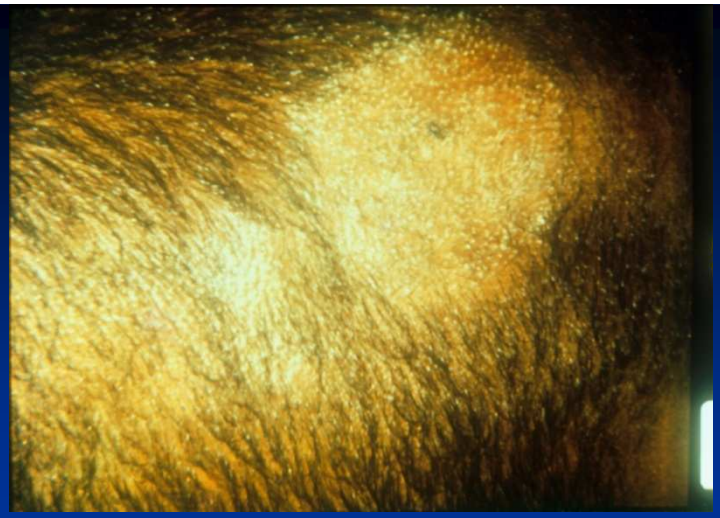
ETIOLOGIA

TIÑA DE LA CABEZA

Microsporum canis	80%
Trichophyton tonsurans	15%
Otros	05%

T. mentagrophytes, M. gypseum





11 5:16PM

18 4:58PM

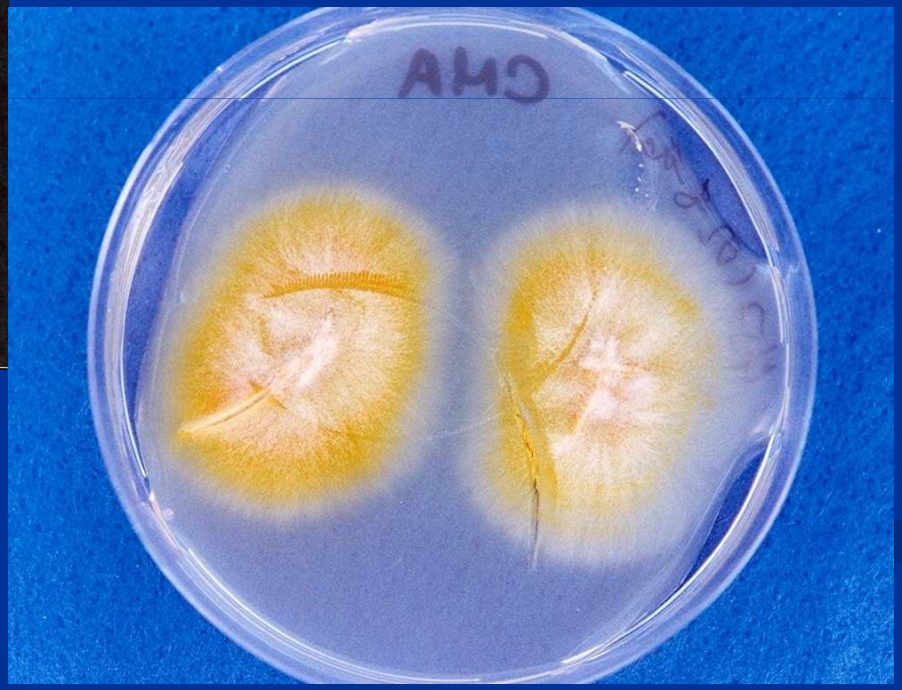
20 6:07 PM

20 6:07 PM

4 4:20PM

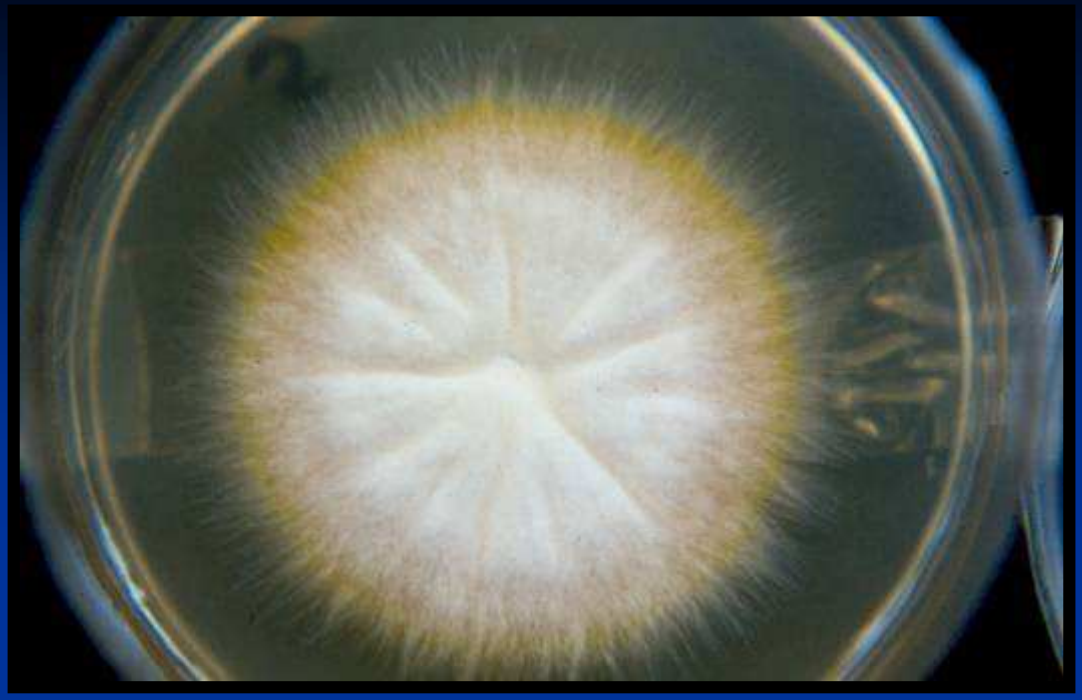
4 4:20 PM

Cultiivo en lactato

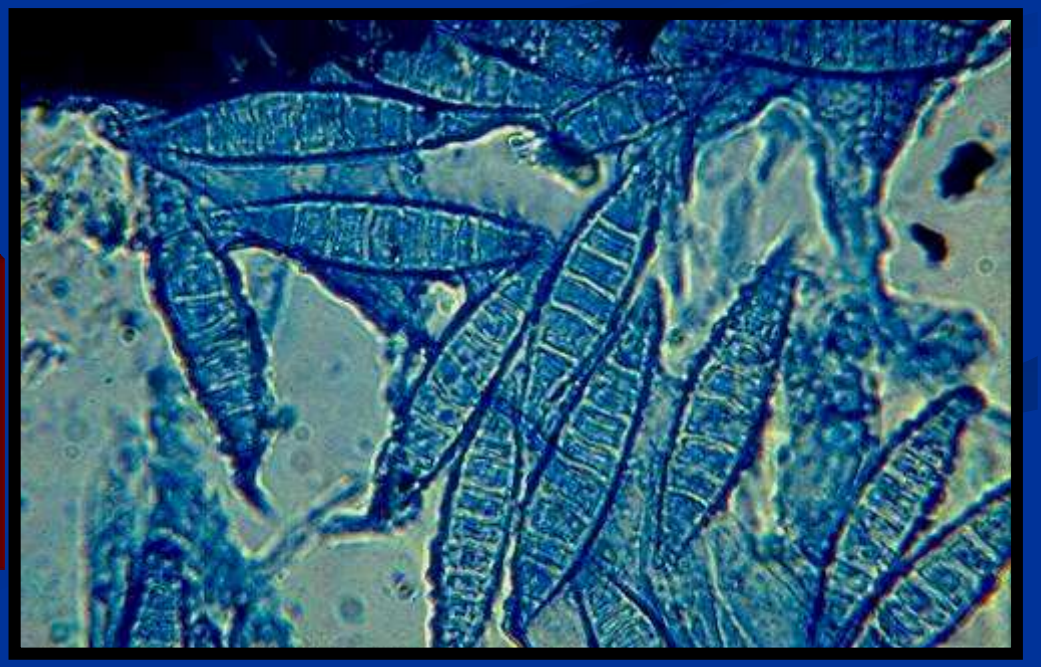


Cultivo en placa

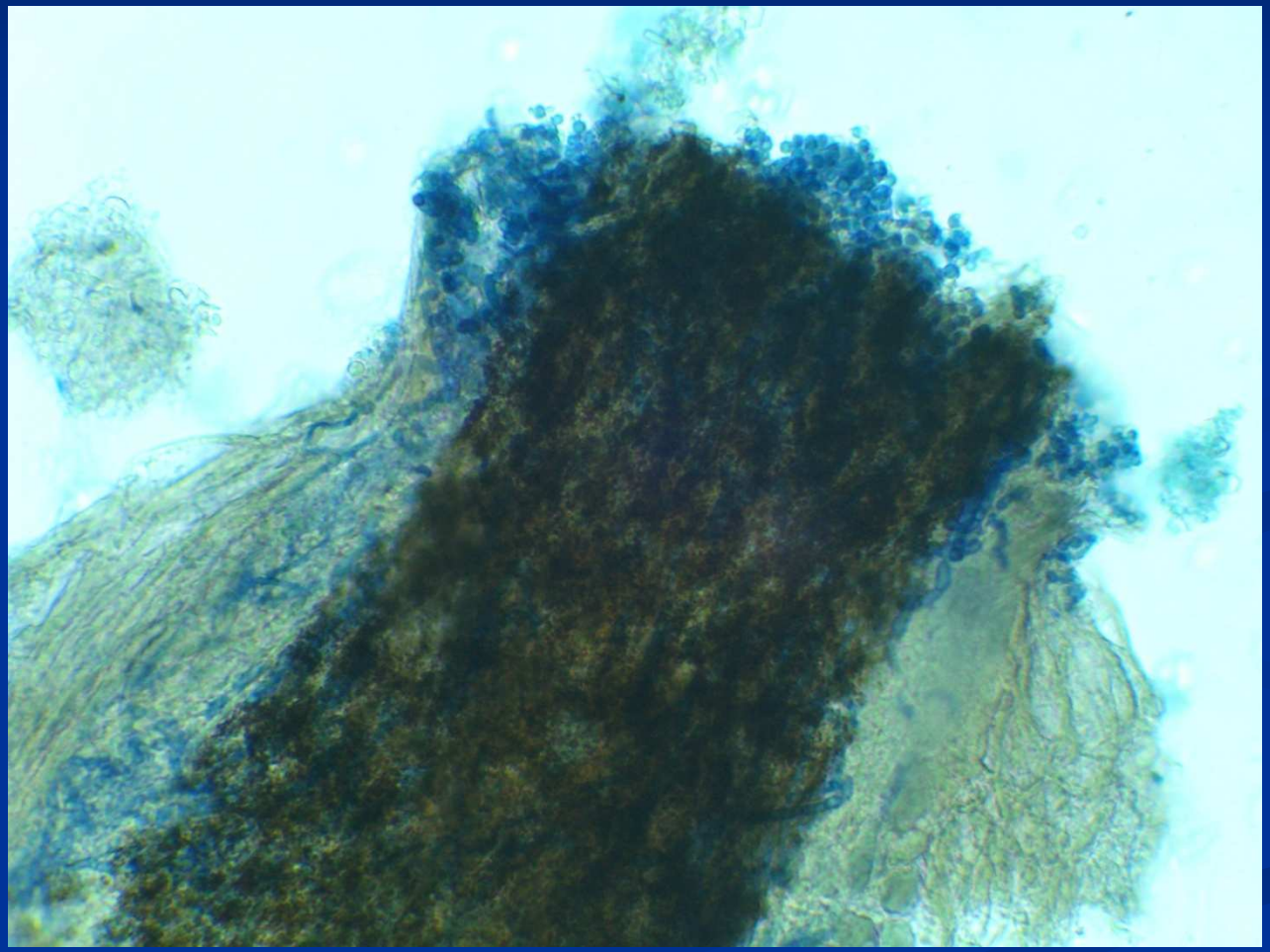
Cultivo Saboraud-Cloranfenicol



Microsporum canis



Invasión ecthotrix



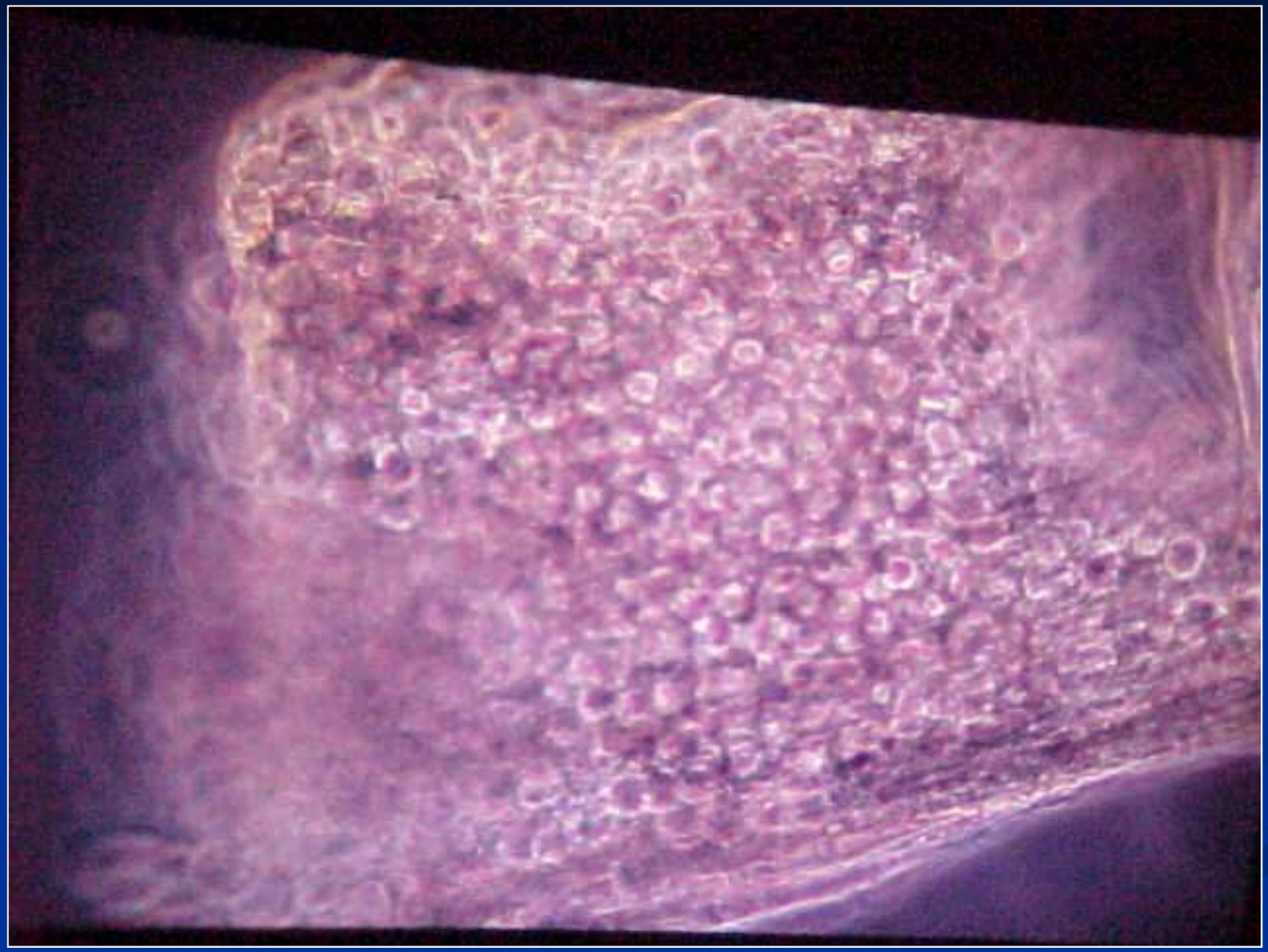
TINEA CAPITIS DIAGNOSTICO

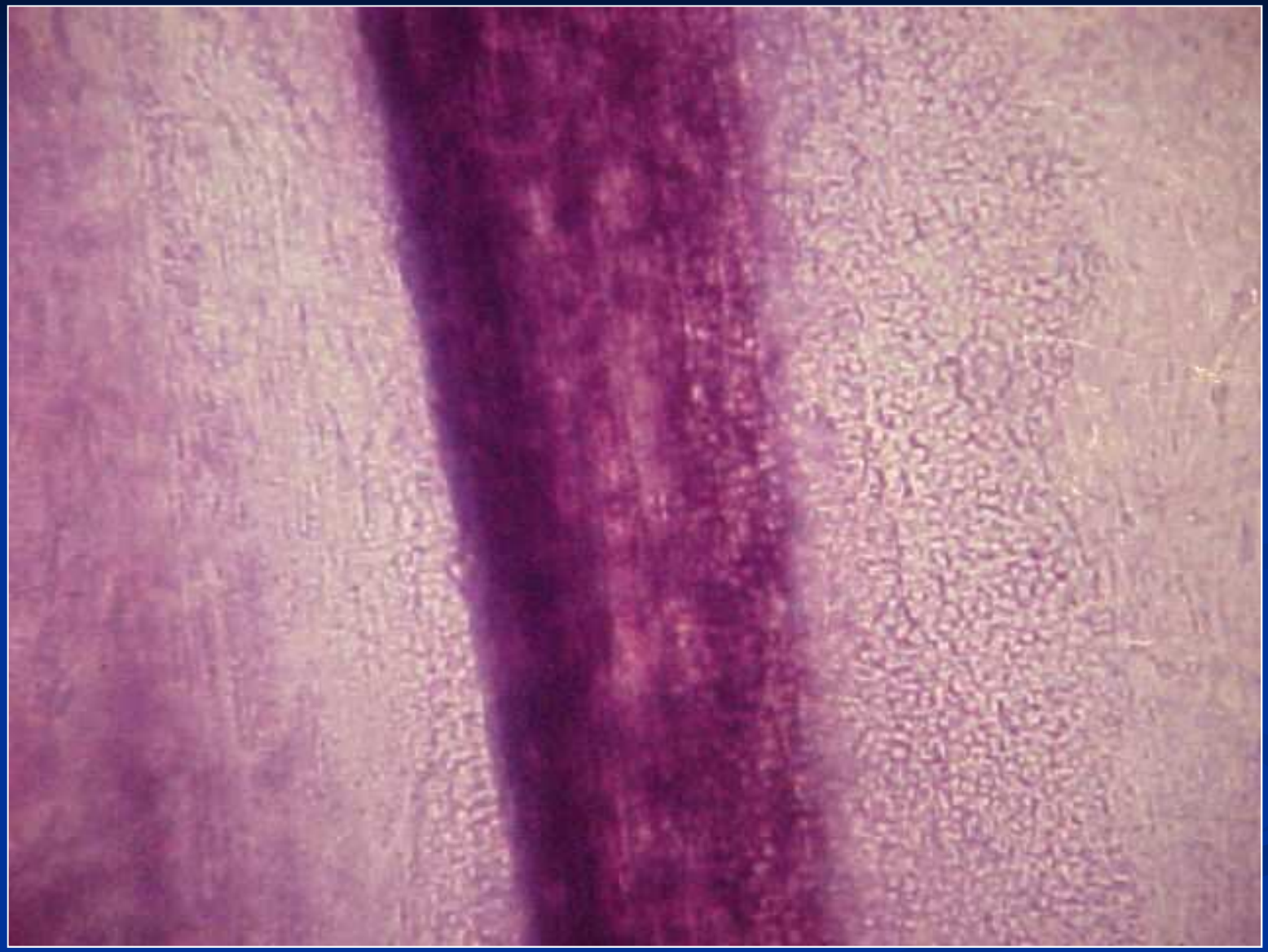
- **EXAMEN DIRECTO:**

  ECTOTRIX Y ENDOTRIX

- **LUZ DE WOOD:** Fluorescencia verde manzana

- **CULTIVO**





TINEA CAPITIS

- **TRATAMIENTO:**

  GRISEOFULVINA:

  20-25mg Kg día x 8 sem.

  ITRACONAZOL:

  3-5 mg Kg día contínuo o pulsado.

  TERBINAFINA:

  2-5 mg Kg día contínuo x 4-6sem.

POR 6 A 8 SEMANAS

Alopecia areata Grado de severidad

- Cuero cabelludo S (scalp)
- So 0 % S 1 : < 25 % S2 26-50 %

  S3 : 51 -75 % S4 :76-99 % S 5 : 100 %

  Areas corporales B (body)

  Bo sin B1 algunas àreas B2 100 %

  N (nail) No N1 algunas N2 20 uñas

Evolución

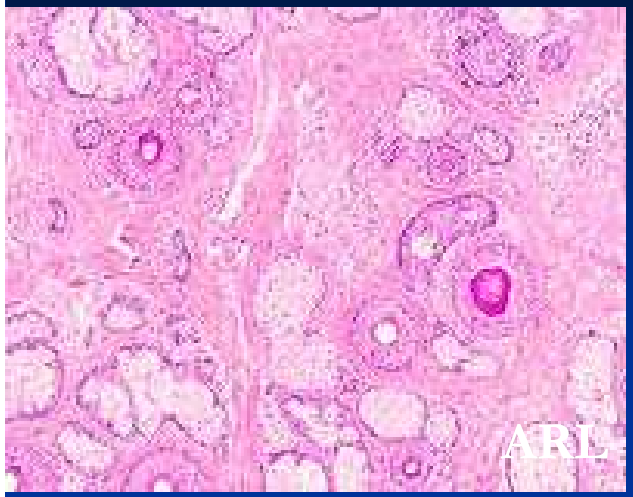
- Menos de 6 meses 33 %
- Menos de 1 año 55 %
- 33 % nunca se recupera
- Recidivas 100 % en 20 años
- Antes de la pubertad 50% total y ninguno lo recuperó.
- 1 % niños 10 % adultos con alopecia total recuperaron el pelo

- Lenvers P Manduit G Physiopatologie et traitement de la Pelada Ann Dermatol Venereol 1987 ,114 : 73-83

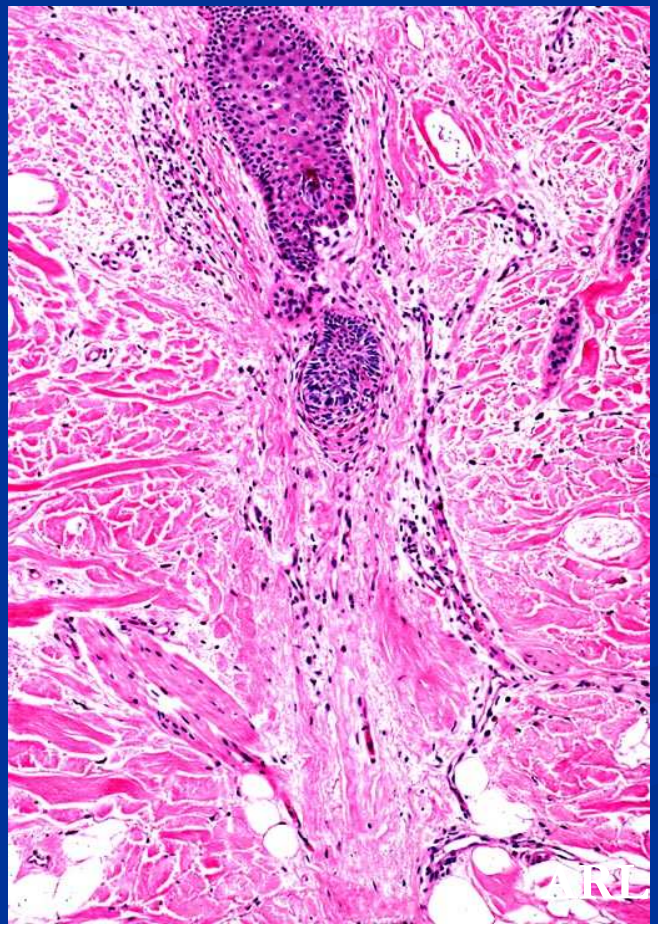
Repoblación

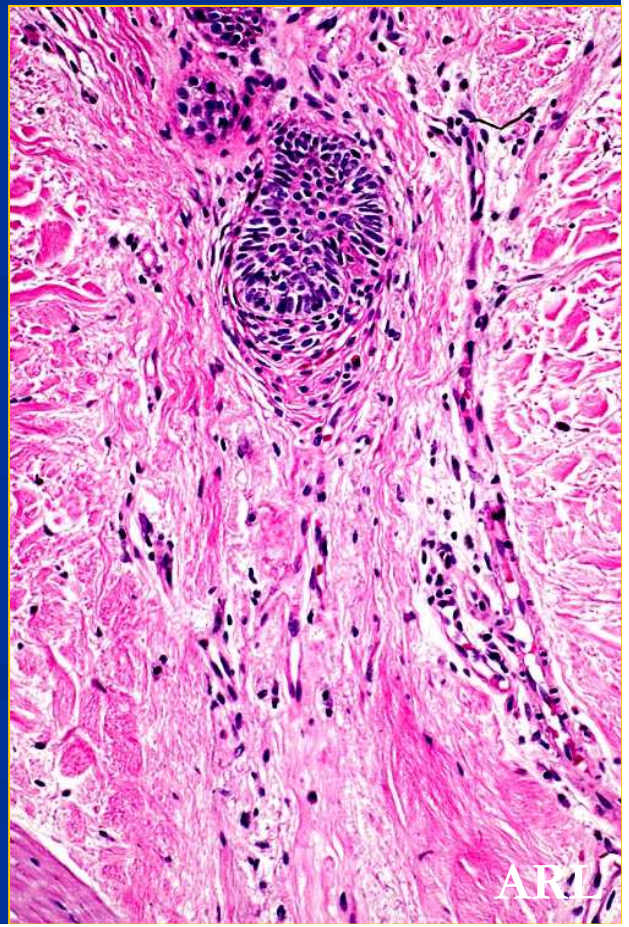
- Lenta , canicie
- Fenòmeno de Castling : apariciòn de pelo en zonas distintas a las tratadas con imunoterapia
- Fenòmeno de Renbok : apariciòn de pelo en placas de psoriasis.

Normal



A.Areata





MANEJO

Historia clínica detallada

- **Examen físico:**
  - **Palidez**
  - **Porcentaje**
  - **Tipo de pelo**
  - **Patrón**
  - **Pestañas y cejas**
  - **Vello corporal**
  - **Compromiso ungueal**
  - **Tiroides**

Ross E y col. Management of hair loss. Dermatol Clin 2005;23:227-243.
Olsen E y col. Alopecia areata investigational assessment guidelines-Part II. J Am Acad Dermatol 2004;51(3):440-
Springer K y col. Common hair loss disorders. Am Fam Physician. 2003;68:93-102

MANEJO

- Fotografía
- M/O: pelo en signo de exclamación
- Determinar la naturaleza de la condición y el impacto psicológico
- Pronóstico: atopia, ofiasis, <16a, muy extensa, ungueal, rápida.
- Riesgos y beneficios del tratamiento deben ser explicados en detalle.

Ross E y col. Management of hair loss. Dermatol Clin 2005;23:227-243.
Olsen E y col. Alopecia areata investigational assessment guidelines-Part II. J Am Acad Dermatol 2004;51(3):440-
Springer K y col.. Common hair loss disorders. Am Fam Physician. 2003;68:93-102

OPCIONES TERAPÉUTICAS

- Depende de:
  - La extensión
  - Tiempo de evolución
  - Edad del paciente
  - Patologías asociadas
  - Tratamientos previos
  - Preferencias del paciente
- No hay tratamiento aprobado por la FDA.
- Muchos de los pacientes mejoran sin intervención en 1 año.

Wood A. Treatment of hair loss. New Engl Journal of Med 1999;341(13):965-973.

Tratamiento

- **Rubefacientes tópicos:** La tintura de cantáridas al 5% en solución, fenol, peróxido de benzoílo y otras sustancias
- **Corticoesteroides tópicos** ,intral., sistémicos:
- **Terapia de contacto** : *Minoxidil, Ác. escuárico, Ácido retinoico, Ácido azeláico* , breve: antralina
- **Inmunoterapia tópica**: *Ácido escuárico dibutiléster, Difenilciclopropenona, Dinitroclorobenceno (DNCB)*
- **Inmunomoduladores:** Biotina, SDZ ASM 981, Tacrolimus ,pimecrolimus, Micofenolato mofetil

  Sulfasalazina

Tratamiento

- **Modificadores de la respuesta biológica**: *Fotoquimioterapia (PUVA), UVB banda estrecha 308 nm,* Laser, *Ciclosporina A Dapsona .*
- **Terapia biológica**: *Etanercept, Infliximab, Efalizumab, Alefacept , CTLA4Ig (EV)*
- **Otros agentes**: vitaminas, los minerales , aminácidos, vitamina B6 ,ácido pantoténico , aspartato de zinc,cistina y metionina.Inosiplex no eficacia ,anticuerpos antiinterferón gamma.

EFECTO PLACEBO

Es un fenómeno psiconeuroinmunológico

- Estimulan la inmunidad celular
- 1.- Pacientes alérgicos (13 casos) a poison ivy se les aplica
- en un brazo la sustancia activa y en el otro un placebo.
- 2.- Se les informa que el placebo contiene el principio activo
- 3.- presentan eczema en la zona del placebo el 85% de los casos

- Slingsby BT, Stefano GB. Placebo: Harnessing of power within.
- Mod Asp Immunol 2000 1(4):144-146

- La respuesta al placebo es relativa y dependiente de la
- credibilidaddel estímulo, de la fé y la confianza en la
- sustancia prescrita y se anticipa al efecto farmacológico.

Beecher HR y cols. J Am Med Ass 1961;176:1102.

ALTERNATIVAS

- Placebo
- Dermatografía
- Postizo
- Apoyo psicológico
- Hipnoterapia

Slingsby BT y col. Placebo: Harnessing of power within. Mod Asp Immunol 2000;1(4):144-146
Bolduc C y col. The treatment of alopecia areata. Dermatologic therapy 2001;14:306-316.
Willemsen R y col. Hypnotherapeutic management of alopecia areata. J Am Acad dermatol. 2006 Marzo:1-5

FUTURO

Macrólidos del tipo ascomicina: SDZ ASM 981 tópico

Liposomas

Anticuerpos Anti-CD44v10 (receptor de células T)

Inhibición del sistema Fas-FasL tópico

Estatinas

Desviación inmunológica:

- IL-10 recombinante humana (SC): fase II
- IL-4
- Ac monoclonal humanizado contra IFN-γ humano

Freyschmidt-Paul y col. Current and potential agents for the treatment of alopecia areata. Current Pharmaceut Design 2001;7(3):213-228

Price V. Therapy of alopecia areata: on the cusp and in the future. J Investig Dermatol Symp Proc. 2003;8:207-211.

Freyschmidt-Paul P y col. Alopecia areata: treatment of today and tomorrow. J Investig Dermatol Symp Proc 2003;8:12-17

Pronóstico

- El pronóstico es variable, tienen peor pronóstico :
- Los casos que aparecen antes de los 16 años
- Cuando son muy extensos
- Pacientes atópicos
- Cuando presentan lesiones ungueales
- De progresión rápida
- patrón ofiásico.

Como la manejo

- Interrogatorio:
  - Ant. Familiares
  - Personales
- Examen clínico Confirmar Diagnóstico, tratamientos anteriores y resultados
- Explicación de la enfermedad y dar esperanzas
- Exámenes de laboratorio Hematología, antic. antinucleares, ant.antitiroideos.
- Focal o pocas lesiones:
- Tretinoina HS. Esteroides mediana o alta potencia od.
- Minoxidil 3 % 2-6 veces semanal
- Antralina (0.2-1 %)2- 3 veces semanal

manejo

- Extensa , recidivante :de mal pronóstico.
- Hacer biopsia : Corte horizontal-vertical.(dermatopatólogo)
- Esteroides tópicos, tretinoina,
- DNCB , Difenciprona tópica, Acido esquarico , antralina , minoxidil
- Esteroides sistémicos
- Fototerapia : PUVA,NB, goeckerman .
- Ayuda cosmética
- Ayuda psiquiátrica

dermatol@cantv.net-
www.antoniorondonlugo.com
rondonlugo@yahoo.com