



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/4955 - ALOPECIA EN PACIENTE CON LES

C. García Iglesias^a, N. Martín Salvador^b, C. Miranda Zelada^a y M. Gutiérrez Pérez^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años con LES diagnosticado en 2006 actualmente sin datos de actividad, migraña, ansiedad, dispepsia funcional, rinoconjuntivitis alérgica e infección por *Helicobacter pylori*. En estudio por neumología por tos irritativa de meses de evolución. Alérgica a pólenes. En tratamiento con acfol, paroxetina, tryptizol y dolquine. Consulta por importante pérdida capilar generalizada y aparición de 8 placas de alopecia en cuero cabelludo en las últimas 2-3 semanas. Refiere pérdida progresiva del pelo y aumento del número de placas de alopecia. Niega estrés, traumatismos y arrancamientos capilares.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes estables, consciente, orientada y colaboradora. Exploración cardiopulmonar y abdominal normales. Se visualiza marcada pérdida capilar en cuero cabelludo, acompañada de placas de alopecia de unos 3-5 cm de diámetro, en las que no hay lesiones dermatológicas ni cicatriciales. En las placas de alopecia no se aprecian pelos peládicos. No presenta hirsutismo. Análítica sanguínea: bioquímica y hemograma con parámetros dentro de la normalidad, excepto transferrina 185 mg/dl y eosinófilos $0,75 \times 10^3$?l. Hormonas tiroideas y anticuerpos anti-tiroglobulina y anti-tiroperoxidasa normales. Testosterona y prolactina normales.

Juicio clínico: Alopecia androgénica.

Diagnóstico diferencial: Otras alopecias (seborreica, cicatricial, traumática), alopecias secundarias a fármacos (norgestrel, antimaláricos, corticoides tópicos y sistémicos, antitiroideos, hipolipemiantes, dicumarínicos, heparina, anfetaminas), tricotilomanía, liquen plano, tiñas, morfea, esclerodermia, vitíligo, anemia ferropénica, tumor androgenizante, patologías endocrinas (hiper-hipotiroidismo, diabetes mellitus, hiperprolactinemia, Cushing, Addison, hipervitaminosis A), sífilis.

Comentario final: La paciente fue derivada a dermatología y reumatología. Inició tratamiento tópico con minoxidilo y tratamiento oral con Dacortin. Si no mejorase, se podría valorar la retirada de corticoides y dolquine, ya que podrían ser causa de la alopecia. La causa más frecuente de caída de cabello en mujeres es la alopecia androgénica; y en las personas con LES la afectación cutánea puede aparecer hasta en un 85%. La alopecia androgénica se considera multifactorial (factores hormonales, genéticos, autoinmunes, psíquicos, etc.) y es un diagnóstico clínico. La forma en placas es la más frecuente, y habitualmente repobla aunque suele haber recidivas. Hasta el momento, no existe un tratamiento totalmente eficaz y exento de riesgos.

Bibliografía

1. Bouhanna P, Bouhanna E. The alopecias. Diagnosis and treatments. 2016:67-77.

2. Fitzpatrick TB, Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP. Atlas de dermatología clínica. 2014:762-6.

Palabras clave: Lupus eritematoso sistémico. Alopecia androgénica.