

Alopecia areata: ¿desencadenante el estrés?

M. Metola Gómez, M.A. Camacho Pastor, J.J. Dones Carvajal^a y M. Martín Blázquez^b

Centro de Salud M.^a Montessori (Leganés). Área 9 IMSALUD.

^aServicio de Medicina Interna. Clínica Moncloa (Madrid). ^bServicio de Urgencias. Centro de Salud Polán (Toledo).

La caída del cabello es un motivo de consulta muy común en nuestro trabajo diario. Dentro de las alopecias localizadas se encuentra la alopecia areata, entidad que parece que se ha relacionado con factores psicológicos, que al parecer pueden actuar como desencadenantes y agravantes de la alopecia.

Hair loss is a very common reason to come to the medical visit in our daily work. Within localized alopecias, alopecia areata is found. This is an entity that seems to have been related with psychological factors, and it seems that they may act as precipitating and aggravating factors of alopecia.

Palabras clave: alopecia areata, estrés, psicológico.

Key words: alopecia areata, stress, psychological.

INTRODUCCIÓN

No es infrecuente hallar en nuestra consulta pacientes que nos relatan una pérdida importante del cabello. La caída del cabello es uno de los motivos de consulta más frecuentes en dermatología, ya que representa alrededor del 5% de las primeras visitas¹.

La alopecia, que así se denomina tanto al exceso en la caída del cabello como a la reducción en su densidad, puede ser difusa o localizada. Dentro de este último tipo, la más frecuente es la denominada alopecia areata².

Generalmente, la alopecia es mal tolerada por los pacientes, independientemente de que sean hombres o mujeres, pudiendo ocasionar un gran trastorno psicológico¹. De todo ello se deduce que es fundamental un diagnóstico temprano sobre su etiología para iniciar un tratamiento correcto y precoz.

Gran parte de las alopecias pueden ser tratadas por el médico de Atención Primaria. Otras, debido a su magnitud o a su origen, como en el caso de las alopecias cicatriciales, han de ser valoradas por el dermatólogo².

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 52 años, ama de casa, amigdalectomizada en la infancia y con seguimiento en la consul-

ta de otorrinolaringología por hipoacusia y perforación timpánica de oído izquierdo. En tratamiento con alprazolam 1mg/12 horas desde hace 4 años por síndrome de ansiedad generalizada. Menopausia hace 3 años, sin síntomas climatéricos ni terapia hormonal sustitutiva. Sin hábitos tóxicos. Vive con su marido que se encuentra en situación de incapacidad temporal desde hace más de un año por claudicación neurógena con relación a espondiloartrosis, no subsidiaria de cirugía y con mal control sintomático. Tiene tres hijos de edades comprendidas entre los 22 y los 30 años, el mayor se ha independizado hace pocos meses y la hija menor tiene proyectos de independizarse en poco tiempo.

Acude a consulta refiriendo, según ella, la aparición de una "calva" en cuero cabelludo desde hace unas dos semanas, cuyo tamaño ha aumentado progresivamente. No refiere caída de cabello difusa ni presenta otros síntomas locales o sistémicos.

A la exploración se observa una placa de alopecia de unos 2 x 3,5 cm, sin descamación ni signos inflamatorios locales, con algunos pelos de coloración clara en su interior que corresponden a pelos "peládicos" (fig. 1). La prueba del tirón es positiva alrededor de la placa y negativa en otras áreas del cuero cabelludo.

En la anamnesis dirigida no refiere haber tenido episodios similares ni antecedentes familiares relacionados.

Se solicita hemograma, bioquímica general y función tiroidea que resultan normales. Se establece el diagnóstico de alopecia areata.

Iniciamos el tratamiento con un corticoide tópico de alta potencia. Al mes del inicio del mismo observamos dis-

Correspondencia: M. Metola Gómez.
Centro de Salud P. Miraflores
Urb. P. Miraflores, s/n
28944 Fuenlabrada. Madrid.

Recibido el 26-12-02; aceptado para su publicación el 28-05-03.

creta repoblación de la placa, aconsejamos continuar y revisar en un mes. En esta revisión encontramos que el proceso se ha estancado, descubrimos incumplimiento terapéutico y ánimo decaído en relación con su problema y con la problemática familiar (marido en situación de incapacidad, difícil convivencia familiar, etc.).

Se analiza en consulta programada la alteración del estado de ánimo. Para ello se utiliza como herramienta diagnóstica la escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (EADG), que nos lleva a sospechar un probable cuadro ansioso-depresivo. Con una anamnesis dirigida vemos una alteración del humor, alteraciones cognitivas sobre el presente: infelicidad, poca autoestima, y trasfondo psicosocial, como mala relación con la pareja, los hijos, etc. Se diagnostica un cuadro de distocia familiar. Se informa a la paciente de que algunos casos de alopecia areata, que es lo que ella padece, se han relacionado con el estrés y con trastornos de carácter emocional, información que no se le proporcionó las primeras veces que consultó por su problema dermatológico.

Se le propone mantener el tratamiento local de 3 a 6 meses, y se le indica la necesidad de derivación si no obtuviéramos mejoría para valorar tratamiento intralesional y otras alternativas. Se realiza apoyo psicológico, refuerzo terapéutico y se plantean visitas de seguimiento. A los tres meses observamos una clara mejoría.

DISCUSIÓN

La alopecia areata se cree que está producida por un mecanismo autoinmune y afecta al 2% de la población³. Se trata de una o varias placas de alopecia no cicatricial de 2 a 5 cm de diámetro en cuero cabelludo u otras áreas. Son placas de piel depilada y consistencia elástica, con algunos pelos en su interior de pocos milímetros cuyo extremo distal es más grueso (pelos peládicos o en signo de admiración)⁴. En algunos casos el desencadenante es una infección; en otros, el estrés (como sucede con nuestra paciente), aunque esta hipótesis es controvertida. Hay quien opina que los trastornos de tipo emocional pueden modificar las funciones inmunológicas del individuo o provocar una disminución en la actividad trofocutánea, precipitando la caída del cabello. De hecho algunos autores han asociado el tratamiento psicoterápico con su remisión, pero esto no está claro, puesto que la alopecia areata tiene muchas remisiones espontáneas^{5,6}.

Recientemente, se ha intentado diagnosticar sistemáticamente desórdenes psiquiátricos en adultos con alopecia areata destacando unos niveles altos de ansiedad y depresión. Además, los pacientes suelen relatar un aumento de incidencia de desórdenes psiquiátricos en parientes de primer grado. Estos desórdenes incluyen ansiedad, alteraciones afectivas y abusos.

Se admite actualmente que en la alopecia areata participan una serie de factores psicosomáticos:

- Acontecimientos de la vida del paciente, intervenciones quirúrgicas, etc.
- Actitudes de la personalidad, nerviosismo, introversión, etc.



Figura 1. Placa de alopecia areata en cuero cabelludo.

- Traumatismos agudos, accidentes, etc.
- Pérdida de la relación afectiva, muerte de un familiar, divorcio, etc.

El tamaño de la placa crece en pocos días o semanas. Hay que realizar un diagnóstico diferencial con otras alopecias localizadas. Dentro de las no cicatriciales sin descamación, se encuentran la tricotilomanía y la alopecia por tracción y, dentro de las que cursan con descamación, la tiña del cuero cabelludo y la falsa tiña amiantica.

– La tricotilomanía es la alopecia provocada por el tic de coger el cabello continuamente y arrancarlo de manera inadvertida. Con frecuencia se localiza a nivel témporo-parietal u occipital.

– La alopecia por tracción es la producida por un peinado inapropiado, por tracción en alguna pelea, etc. La causa suele ser evidente y el paciente no consulta. Al igual que en la tricotilomanía hay alopecia parcial y pelos rotos.

– La tiña del cuero cabelludo está causada por dermatofitos que invaden el tallo del pelo y lo rompen. El diagnóstico se confirma por el hallazgo de hifas y con frecuencia se encuentra el antecedente epidemiológico de contacto con animales o personas contaminadas. Dentro de éstas alopecias, se encuentran las no inflamatorias o tonsurantes y las inflamatorias o Querión de Celso. En las tonsurantes, la inflamación es mínima, son placas circulares con cabellos quebradizos, descamación fina y margen preciso. En el

Querión de Celso la inflamación es importante, hace caer la mayoría de los cabellos y suele haber dolor y supuración.

El tratamiento depende de la edad y extensión de la alopecia. En adultos y con afectación de menos del 40% del cuero cabelludo, se utiliza el tratamiento tópico con corticoides potentes dos veces al día durante un plazo de 3 a 6 meses. Si a los 6 meses no se obtiene respuesta, podemos añadir infiltraciones locales de triamcinolona una vez al mes, o bien antralina o minoxidil tópico^{1,7}. Hemos de informar al paciente, desde el diagnóstico e inicio del tratamiento, de que éste intentará estimular el crecimiento del pelo, pero no impedirá que pueda seguir cayendo. Además insistiremos en lo prolongado del tratamiento y en la respuesta lenta a éste, así como de la frecuencia de las recidivas.

Es importante también informar a la paciente de que en ocasiones el inicio y mantenimiento de la lesión puede ser debido a su estado emocional, información que no se aportó al inicio del tratamiento cuando se sospechó de alopecia areata y no se indagó sobre las posibles causas psicológicas una vez descartadas las orgánicas.

Este defecto en la relación médico-paciente puede tener varios orígenes, por una parte el desconocimiento por parte del médico de familia del medio en el que se desenvuelve el paciente. El conocimiento del entorno del paciente permitiría simplificar muchos componentes de la entrevista clínica. Por otra parte, la falta de tiempo para dedicarlo a algunos pacientes que lo necesitan es algo que influye negativamente en el médico, el paciente y en su relación. En este caso se atendió la consulta inicialmente en

pocos minutos dando el tratamiento tópico con corticoide: nos ajustamos al motivo principal de consulta, no se abordaron sentimientos, estados de ánimo, etc., y dimos por concluida la atención en una visita. Luego, viendo el fracaso del tratamiento, se le concertó una consulta programada.

Nuestra función como médicos de Atención Primaria en la alopecia areata sería la de establecer un diagnóstico etiológico, ver si existe un desencadenante estresante, abordarlo si es así, iniciar tratamiento local en la alopecia limitada y remitir al especialista aquellas en las que se observa una extensión de más de un 10% del cuero cabelludo o una progresión rápida de la enfermedad¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casanova JM, Ribera M. Conducta a seguir ante un paciente con alopecia. FMC 2001;8(2):113-25.
2. Casanova JM, Ribera M, Ferrándiz C. Patología dermatológica básica. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, 4.^a ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999; p. 1436-72.
3. Safavi KH, Muller SA, Suman VJ, Moshell AN, Melton LJ. Incidence of alopecia areata in Olmsted County, Minnesota, 1975 through 1989. Mayo Clin Proc 1995;70:628-33.
4. Rex J, Ribera M. Consulta diaria. ¿Qué haría usted ante un paciente con alopecia? Med Integr 1996;28:239-48.
5. Perini GI. Life events and alopecia areata. Psychotter Psychosom 1984;41:48-52.
6. Van der Steen P, Boezeman J, Duller P. Can alopecia areata be triggered by emotional stress? Acta Derm Benereol (Stockh) 1992;72:279-80.
7. Fiedler VC, Alaiti S. Treatment of alopecia areata. Dermatol Clin 1996;14:733-7.