

# Guía de Infografías sobre Alopecias para el Médico de Atención Primaria

Coordinadores:

Francisco J. Esteban González  
Julio A. Heras Hitos

Grupo de Trabajo Dermatología SEMERGEN



ISBN 978-84-09-77452-4

# Guía de Infografías sobre Alopecias para el Médico de Atención Primaria

## Comité Científico:

- Julio A. Heras Hitos
- Francisco J. Esteban González
- Esther Ramos Lledó
- David Palacios Martínez
- Alfonso Valcarce Leonisio
- Ana Cabrerizo Carvajal
- Ester Montes Beloso
- Norma A. Doria Carlin

# Guía de Infografías sobre Alopecias para el Médico de Atención Primaria

## Autores:

### Introducción/Justificación

- Deniz Suárez J.
- Heras Hitos JA.

### Generalidades del Cabello

- Vera del Río M.
- Esteban González FJ.

### Generalidades de la Alopecia

- Carrasco Martín J.
- López López C.

### Efluvios Telogénicos

- Cuello Estrada C.
- Revuelta de Guzmán M.

### Alopecia Areata

- Carretero Villanueva M.
- Ferrer Royo M.

### Alopecia Androgénica

- Arbués Espinosa P.
- Iglesias González L.
- Colmenero Rollinson R.
- García Navas JP.

### Tricotilomanía y Alopecia Traccional

- Reinoso Fernández I.
- Correa Cañar KJ.

### Afectación del Cuero Cabelludo

- Mendivil López P.
- Morena López D.
- Magaña Herrera C.
- Bermúdez Ferrer G.
- Casas Rodríguez P.
- Santos Gravalosa M.
- Sánchez-Minguet Génova, E.
- Buñuel Granados, J.M.
- Rodrigo Fernández de Heredia I.
- Gil Miñana M.

### Alopecias Cicatriciales

- Alonso Fernández M.
- Vesga Villaverde V.
- Ramos Lledó E.
- Chuquipuma Puma O.
- Blanco Leira JA.
- de la Cruz Campos A.
- Prieto Alonso A.
- Sánchez Martínez I.M.
- Morán Oliva P.
- Kolakowska N.

### Manifestaciones en el Cuero Cabelludo de Patologías Sistémicas y Tratamientos

- Pérez Unanua MP.
- Ruiz Vela A.
- Valcarce Leonisio A
- Romero Lerma Á
- De la Cuesta Esteban V
- Medina Cobos A
- García Elices D
- Resa López FJ
- García Ballesteros JG
- Alguacil Martínez PO

### Alopecia en el Niño y Adolescente

- Cama Meza EM.
- Díaz Carrasco FX.

### Alopecia y Calidad de Vida

- Palacios Martínez D.
- Del Razo Romero ME.

### Tablas comparativas/Resumen Final

- Montes Beloso E.
- Doria Carlin NA.

# Guía de Infografías sobre Alopecias para el Médico de Atención Primaria

## Índice:

1. Introducción/Justificación
2. Generalidades del cabello
3. Generalidades de la alopecia
4. Efluvios telogénicos
5. Alopecia areata
6. Alopecia androgénica
  - 6.1. MAGA
  - 6.2 FAGA
7. Tricolomanía y alopecia traccional
8. Afectación del cuero cabelludo. Implicación en el folículo piloso
  - 8.1. Afectación tinea capitis en el pelo.
  - 8.2. Afectación Dermatitis seborreica en el pelo
  - 8.3. Afectación Psoriasis el pelo
  - 8.4. Afectación otras dermatosis en el pelo (D. atópica, dermatosis pustular erosiva...)
  - 8.5. pediculosis capititis
9. Alopecias cicatriciales.:
  - 9.1. alopecia frontal fibrosante
  - 9.2. Liquen plano pilar
  - 9.3. Lupus discoide
  - 9.4. Foliculitis decalvante
  - 9.5. Celulitis disecante
10. Manifestaciones en el cuero cabelludo de patologías sistémicas y tratamientos.
  - 10.1. Afectaciones por enfermedades sistémicas
    - 10.1.1. Tiroidipatías
    - 10.1.2. Enfermedad Renal Crónica
  - 10.2. Afectaciones por tratamientos.
    - 10.2.1. Quimioterapia
    - 10.2.2. Radioterapias
    - 10.2.3. Hormonoterapia y otros tratamientos
11. Alopecia en el niño y adolescente
12. Alopecia y calidad de vida
13. Tablas comparativas de las más frecuentes /Dco diferencial

# 1. Introducción/Justificación





# 1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

AUTORES: Deniz Suárez J. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Teror. Gran Canaria. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN.  
Heras Hitos JA. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CL Villamanrique de Tajo. EAP Villarejo de Salvanés. Madrid. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN.



## DEFINICIÓN

**ALOPECIA:** Cualquier tipo de caída o pérdida de pelo.

Deriva de la palabra griega *alopex* (zorro) en recuerdo a la pérdida de pelaje de este animal en primavera y otoño, y se utiliza desde RJA Sabouraud (1864-1938) para designar cualquier tipo de caída o pérdida de cabello adquirida.

Los griegos usaban la palabra “*alopekía*” para definir ese cambio de muda de los zorros.



Imagen de Isabel I de Inglaterra. By Attributed to George Gower - Philip Mould Ltd Picture Archive, Public Domain, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=5157478>

## A LO LARGO DE LA HISTORIA...

Entre los antiguos egipcios, tanto el afeitado de la cabeza como la calvicie natural eran comunes (en hombres y mujeres).

Para los romanos, la pérdida de cabello se asociaba con pérdida tanto de virilidad como de poder.

En el siglo VI, en el reino Merovingio, al igual que en los reinos visigodos, a los esclavos se les rapaba el pelo.



Imagen de  
[https://www.metmuseum.org/  
art/collection/search/557782](https://www.metmuseum.org/art/collection/search/557782)  
(dominio público)



Imagen de Julio César. By Clara Grosch - Own work (photo), Public Domain, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=3952856>

## MÁS DATOS HISTÓRICOS

En el Renacimiento, la pérdida de pelo se consideraba un signo de inteligencia, lo que fomentó las costumbres de afeitarse la frente y depilarse las cejas...

## CONCLUSIÓN HISTÓRICA

La alopecia se ha conceptualizado de forma diferente en cada época.

### REFERENCIAS:

Lacueva Modrego L, Ferrando Barberá J. Alopecias: orientación diagnóstica, clínica y terapéutica. Med Integr. 2000;35(2):54-71.

Bartlett R. Symbolic Meanings of Hair in the Middle Ages. Trans R Hist Soc. 1994;6(4):43-60.

<https://theconversation.com/la-alopcia-en-la-historia-del-arte-las-multiples-interpretaciones-de-la-caida-del-cabello-en-la-mujer225214> [Último acceso 13-04-2025]

Sierra Valentí X. La alopecia en la Antigua Roma. Piel (Barc). 2011;26(1):3-6.



## SITUACION ACTUAL

La alopecia es uno de los **motivos de consulta** dermatológica cada vez **más frecuente**. Representa entre **el 5 y el 17,5% de las consultas**, aún por encima de las referidas a cosmética-estética, acné o dermatología pediátrica.

Esta entidad, es además origen de conflictos emocionales y en ocasiones es un signo de alteraciones orgánicas, sin embargo, **solo un 3% consultan** por este motivo.

## CAUSAS MAS FRECUENTES DE ALOPECIA

- **Mujeres:** alopecia androgénica 6-12%
- **Niños:** alopecia areata y tiña capitis
- **Adolescentes:** efluvio telógeno

## OTROS DATOS

Enfermedad que lleva asociada un **estigma social**, especialmente relevante en el caso de **las mujeres**.

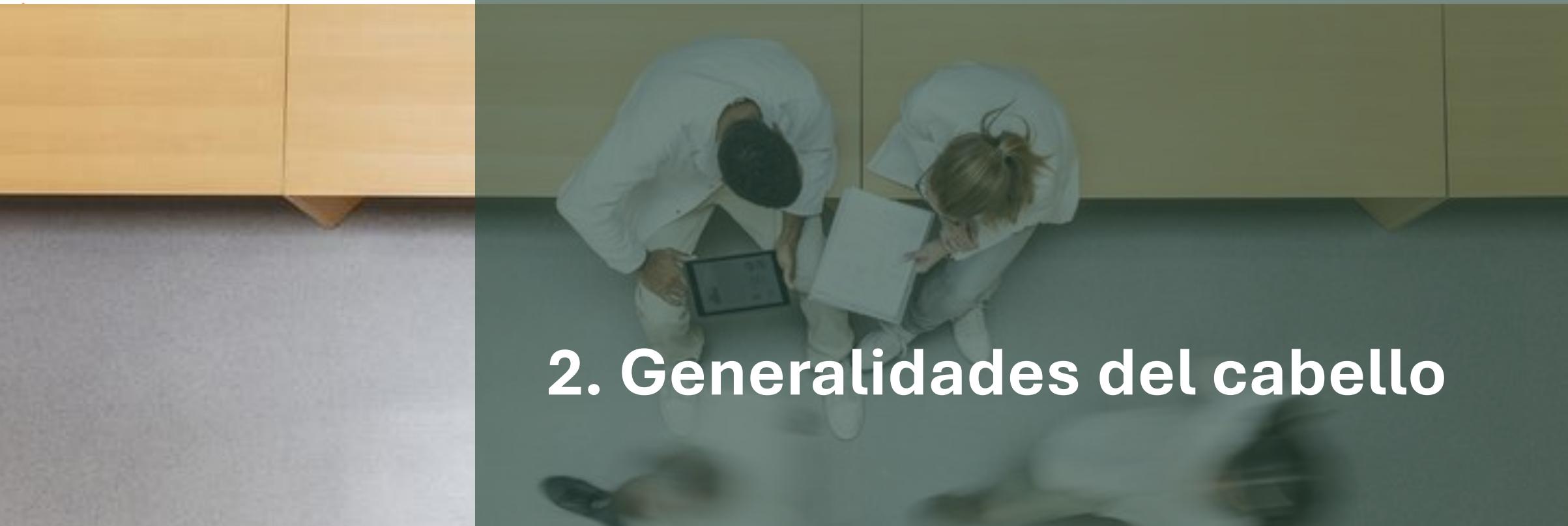
Patología que puede impactar de forma importante en la calidad de vida de los pacientes.

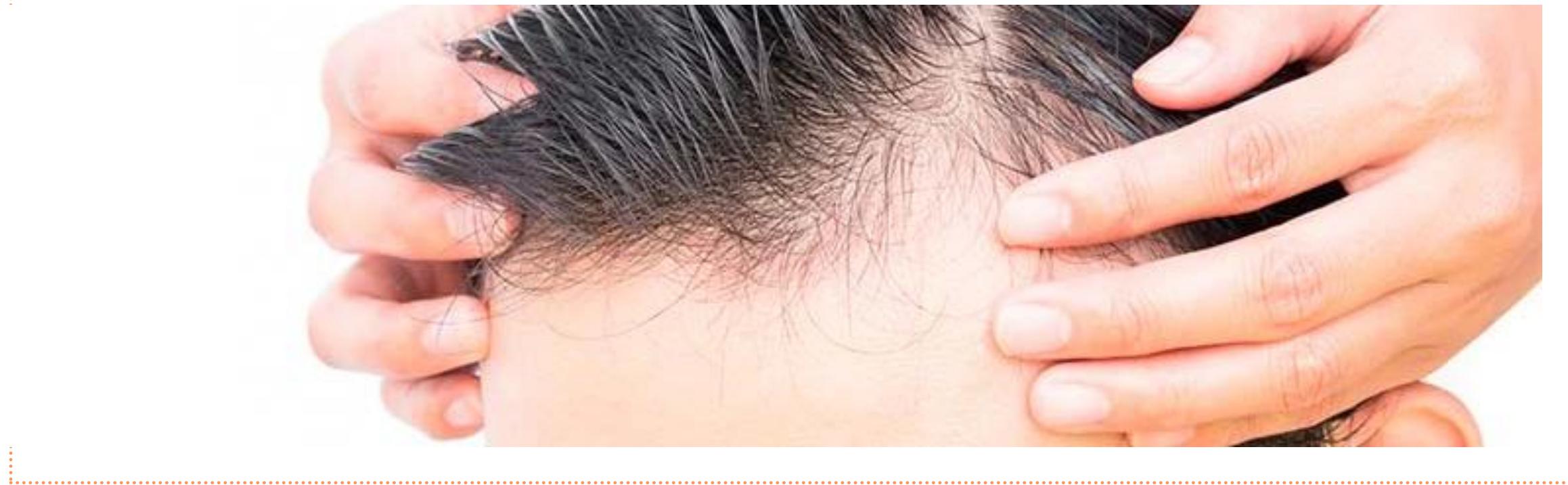
Supone un **12,1 % del total de la facturación**.

### REFERENCIAS:

1. Actas Dermosifiliogr.2013;104(10):867---876
2. Lacueva Modrego L, Ferrando Barberá J. Alopecias: orientación diagnóstica, clínica y terapéutica. Med Integr. 2000;35(2):54-71
3. Moreno JC. Alopecia androgenética. Piel 2006;21:1-3
4. Zinkernagel MS, Tosti A. Epidemiology of hair loss disorders. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(1):1-6

## 2. Generalidades del cabello





## 2. GENERALIDADES DEL CABELLO

AUTORES: Vera del Río M. R4 Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Serranía de Ronda. Málaga. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.  
Esteban González FJ. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Luis Vives. Alcalá de Henares. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.

- El **pelo** ha tenido una **importancia histórica, cultural y artística** significativa a lo largo de la historia de la humanidad, desempeñando papeles simbólicos, estéticos y sociales en diversas civilizaciones. Desde la antigüedad, el cabello ha sido un poderoso indicador de **identidad**, estatus, creencias religiosas y políticas, reflejando las normas culturales y los valores de distintas épocas y sociedades.
- Desde el punto de vista científico, el estudio del cabello ha avanzado significativamente desde los primeros médicos como Hipócrates y Galeno, quienes postularon teorías sobre la calvicie y su tratamiento. La **evolución histórica del tratamiento de las alopecias** refleja un camino de constante búsqueda y desarrollo científico. Tradicionalmente, los tratamientos para la pérdida de cabello variaban desde remedios herbales y tónicos hasta prácticas más invasivas, sin una eficacia clínicamente probada.



- El siglo XX marcó un punto de inflexión con el descubrimiento de medicamentos que podían tratar eficazmente ciertos tipos de alopecia. *Minoxidil*, inicialmente desarrollado en la década de 1970 como un medicamento para la hipertensión, mostró como efecto secundario el crecimiento del cabello, llevando al desarrollo de su forma tópica para tratar la alopecia androgenética. Posteriormente, en la década de 1990, se introdujo *finasterida*, un inhibidor de la 5α-reductasa, para tratar la misma condición en los hombres.
- En los últimos años, el enfoque se ha puesto en tratamientos más avanzados y personalizados, incluyendo un aumento del arsenal terapéutico dirigido sobre todo a los fármacos antiandrógenos con nuevas indicaciones, como *finasterida* tópica, y al uso extendido de minoxidil oral a dosis bajas.
- En la actualidad, la **tricología** es una disciplina que combina elementos de dermatología, cosmetología y ciencia con un enfoque holístico en el diagnóstico y tratamiento de los problemas capilares.



# Estructura del pelo

- El **cabello** se compone de dos partes principales: el **folículo piloso**, que es la parte «viva» situada bajo la piel, y el **tallos piloso**, que es la parte «muerta» que emerge de la superficie de la piel. El folículo piloso es una estructura dinámica, por lo que hay que entender cada una de las partes del mismo para poder entender también su complejidad, que radica en el hecho de que una estructura viva pueda generar una estructura muerta como es el tallo piloso (Figura 1).

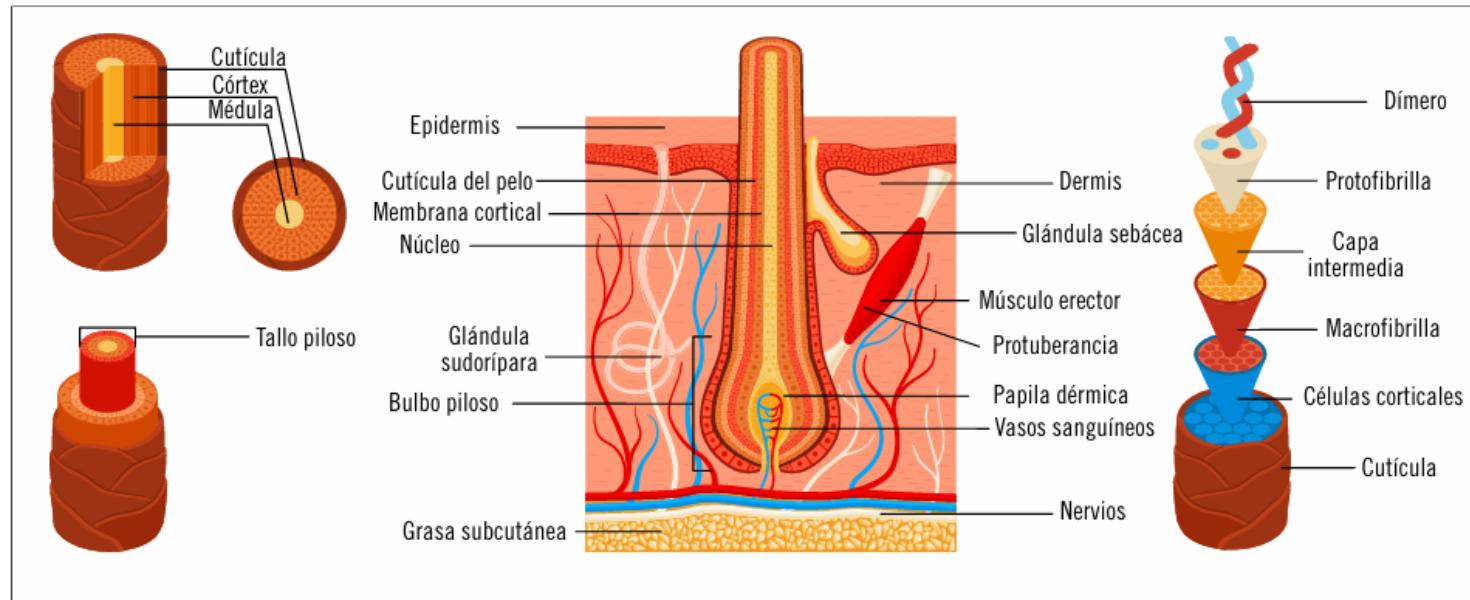


Figura 1. Estructura del cabello

REFERENCIAS:

(texto e imagen) Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L (eds.). Dermatology. 4th ed. Nueva York: Elsevier; 2017.

# Tallo piloso

- El tallo piloso está compuesto por queratina, una proteína dura y resistente, y se divide en tres capas principales (Figura 2):
  - **Cutícula:** es la capa más externa, compuesta de células planas y superpuestas como las tejas de un tejado, que protegen el interior del cabello. La cutícula es crucial para la *salud* y la *apariencia* del cabello.
  - **Córtex:** es la capa media y la más gruesa del pelo, y determina las *propiedades físicas* (fuerza, resistencia a la tracción, elasticidad y flexibilidad) y el *color* del cabello. Está formado por fibras de queratina unidas entre sí por *enlaces disulfuro*, que son los más fuertes y permanentes, y determinan la forma y textura del cabello (liso, onulado o rizado).
  - **Médula:** es la capa más interna, presente en algunos cabellos, y compuesta por células queratinizadas y aire. Su función exacta aún es objeto de estudio, parece desempeñar un rol en la *regulación térmica*.

# Folículo piloso

El folículo piloso es una estructura tubular anclada en la piel. Se extiende desde la superficie de la piel hasta la dermis, e incluso la hipodermis en algunas partes del cuerpo (principalmente en el cuero cabelludo). Se compone de **varias partes** con distintas funciones:

- La **protuberancia** es la parte del folículo que alberga las *células madre* que controlan la regeneración capilar y el inicio de nuevos ciclos de crecimiento. Alteraciones en la señalización de esta región, como la *vía Wnt*, pueden llevar a la pérdida de cabello y a trastornos como la *alopecia cicatricial*.
- El **bulbo piloso** es la parte más profunda del folículo piloso, engloba la papila y la matriz, y es el área donde el cabello se forma y comienza su crecimiento.
  - *Papila dérmica*: ubicada en la base del folículo, contiene vasos sanguíneos diminutos que nutren a las células en la fase de crecimiento.
  - *Matriz*: rodea la papila dérmica y está formada por células madre, que se dividen rápidamente y se diferencian en queratinocitos, produciendo cabellos nuevos. También en la matriz se encuentran los melanocitos, que son las células que producen la melanina que da color al cabello (Figura 2).

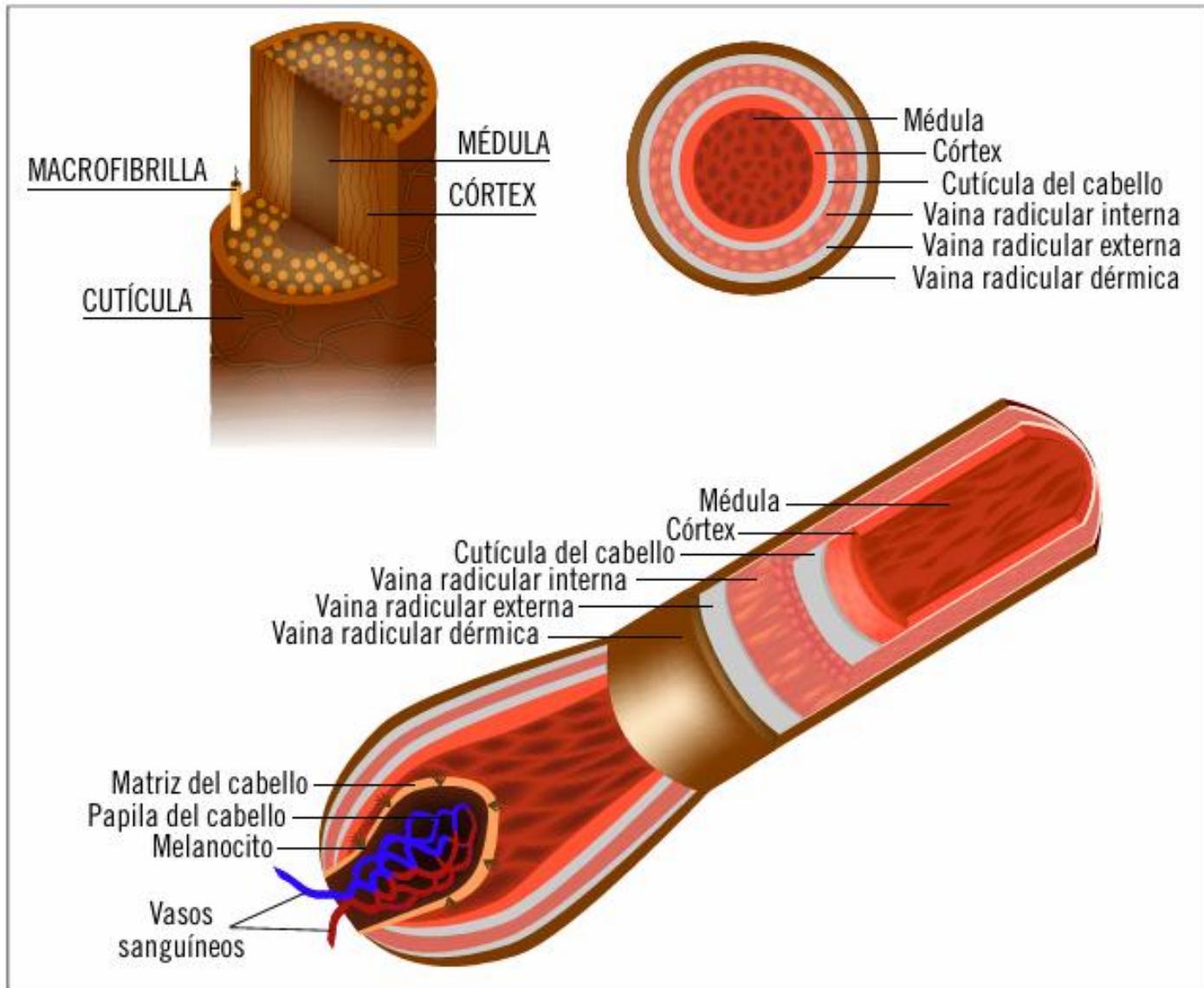
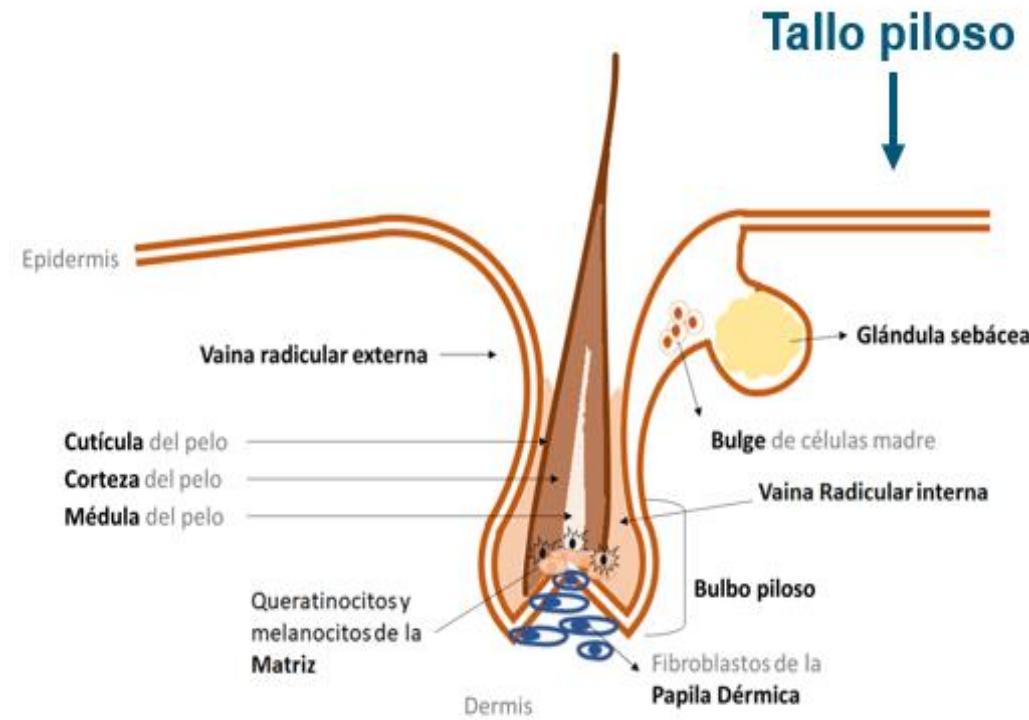


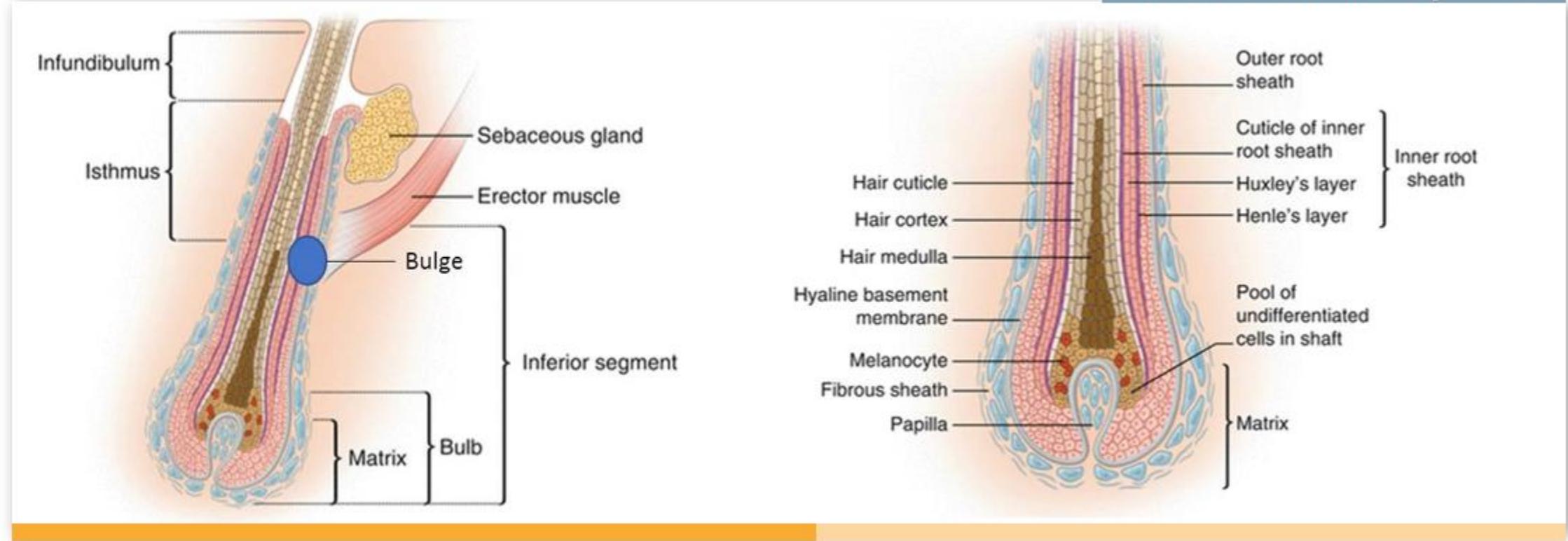
Figura 2. Folículo piloso

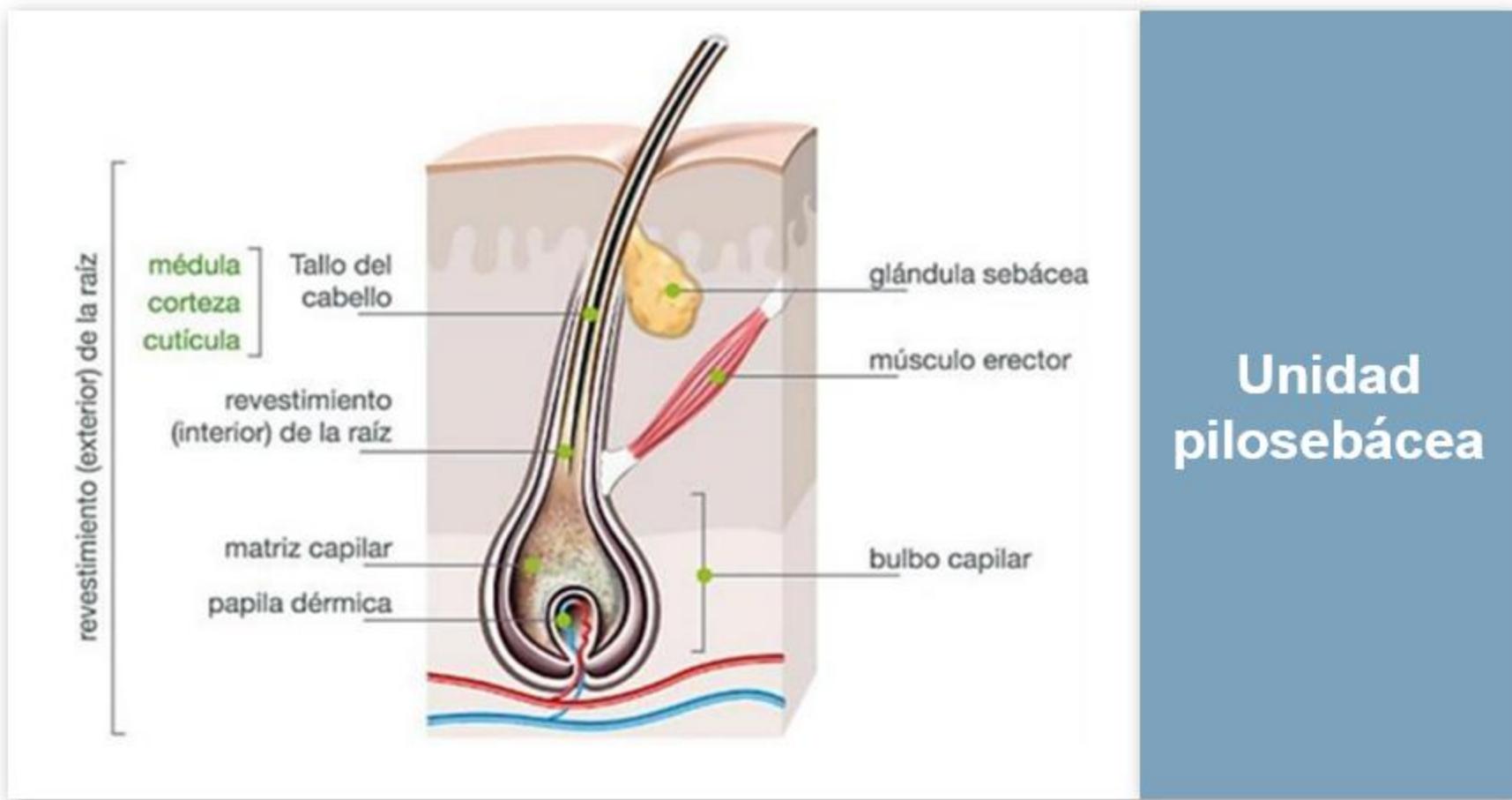
Además, el **folículo piloso** está rodeado de varias capas:

- La **vaina radicular interna** es una capa que rodea el folículo piloso. A su vez, incluye tres capas: la *capa de Henle*, que es la más externa, compuesta por células ricas en queratina; la *capa de Huxley*, o capa intermedia de la vaina radicular interna, que contiene células más grandes con gránulos de tricohialina; y la *cutícula de la vaina interna*, que facilita el anclaje del cabello al folículo mediante una estructura entrelazada (con la cutícula del pelo).
- La **vaina radicular externa**, derivada de la epidermis, rodea todo el folículo y regula la interacción entre el folículo y su entorno.
- La **membrana vítrea**, una barrera acelular, regula el intercambio molecular y es esencial para la homeostasis del folículo. La vaina de tejido conjuntivo proporciona soporte mecánico y nutrición al folículo, jugando un papel crucial en su función y regeneración.



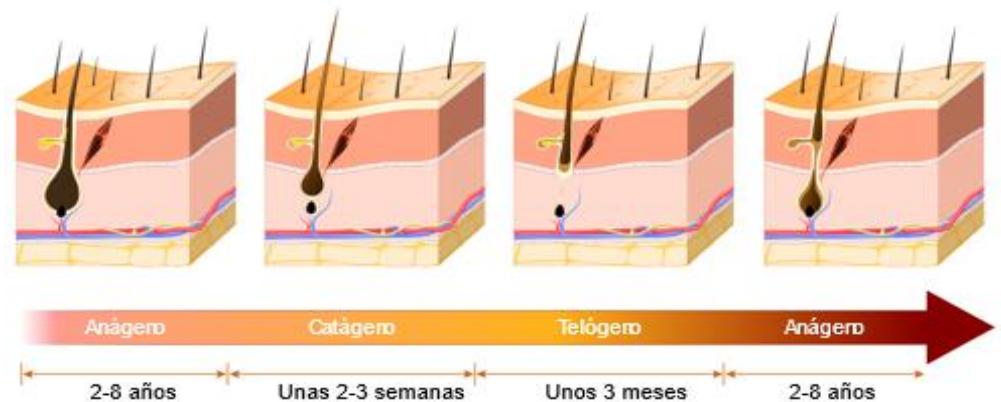
## Partes del folículo piloso

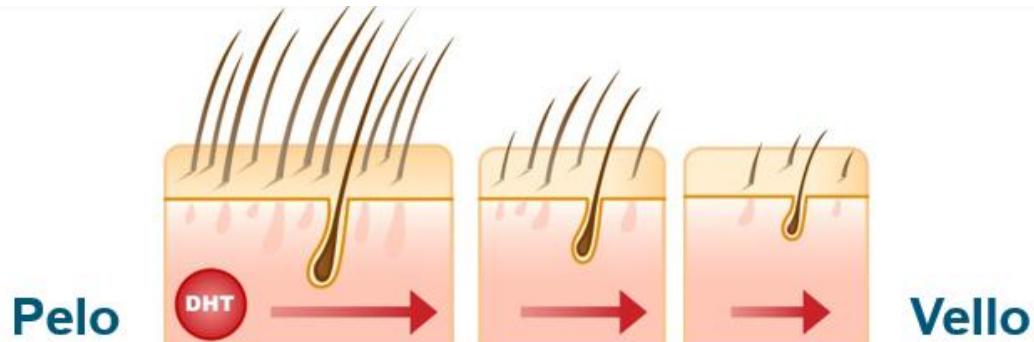




El pelo terminal tiene un ciclo biológico que se divide en tres fases:

- **Anagén:** Fase activa o de crecimiento del folículo piloso. Es la fase más larga y suele durar entre los dos y ocho años. Su duración determina la longitud del cabello, pudiendo dar cabelleras de 12 a 80 cm de longitud. Aproximadamente el 80-85 % de los bulbos pilosos del cuero cabelludo se encuentran en esta fase distribuidos de forma homogénea. La pigmentación del pelo sucede en esta fase.
- **Catagén:** Fase corta de transición o de involución. donde se detiene la mitosis. Se produce una involución de los dos tercios inferiores del folículo piloso. Su duración suele durar entre dos y tres semanas. Entre el 1 y el 2 % de los cabellos se encuentra en esta etapa.
- **Telogén:** Fase de reposo o de caída. El pelo en catagén va perdiendo adherencia al folículo desplazándose hacia arriba a través de la dermis y eliminándose. Dura aproximadamente tres meses. Aproximadamente entre el 15-20 % de los cabellos se encuentran en esta fase. Al final de esta fase vuelve a iniciarse un nuevo ciclo de crecimiento.





Los principales tipos de folículos pilosos en el cuerpo humano son los folículos terminales y los folículos del vello. El término pelos intermedios es usado para describir pelos con características intermedias entre el vello y el pelo terminal.

- **Lanugo:** Es un pelo fino y suave que carece de médula y pigmento. Recubre al feto intrauterinamente y suele caerse antes del nacimiento.
- **Vello:** Es un pelo fino y corto, generalmente sin médula. No crece más de 2 cm.
- **Intermedio:** Es un pelo con cutícula áspera y escaso pigmento. Presenta una médula fragmentada o ausente.
- **Terminal:** Es un pelo grueso, largo, con médula y pigmentado. Tras el nacimiento lo encontramos en el cuero cabelludo, las cejas y las pestañas. En la pubertad, ciertas áreas del cuerpo cubiertas con vello, influidas por los andrógenos, se convierten en pelo terminal (axilas, región anterior del tórax en varones y región pública).



- En el ser humano el crecimiento del folículo piloso no crece de forma continua, sino que cada folículo crece de forma asincrónica con los folículos de alrededor, realizando un ciclo alterno y constante de crecimiento y reposo. Esto evita la caída masiva del cabello.
- El cuero cabelludo humano contiene aproximadamente entre 100.000 y 150.000 folículos pilosos, siendo la proporción de pelos en fase anagén/telogén de 9/1, y la pérdida media diaria de unos 100 pelos. Dicha tasa aumenta a finales del verano y principios de otoño, probablemente por efectos de la mayor radiación solar y temperatura. A nivel genético, el ser humano realiza entre 24-25 ciclos foliculares a lo largo de su vida.
- La tasa de crecimiento del pelo es de 0.35 mm al día o 1 cm al mes.



- La **salud del cabello** puede verse **afectada** por una variedad de condiciones médicas. Entre las más comunes se encuentran los diferentes tipos de **alopecia**, que pueden ser *cicatriciales* o *no cicatriciales*.
- La *alopecia androgenética*, la *alopecia areata*, el *efluvio telógeno* y la *tricotilomanía* son ejemplos de **alopecias no cicatriciales**, mientras que la *alopecia frontal fibrosante*, el *lupus eritematoso discoide*, el *liquen planopilaris* y la *foliculitis decalvans* son formas comunes de **alopecia cicatricial**.
- Además, ciertas **enfermedades sistémicas** pueden influir en la salud del cabello: la diabetes mellitus, la hipertensión, los trastornos tiroideos, el lupus eritematoso y la deficiencia de hierro pueden estar asociadas con la pérdida de cabello. También se ha observado que el estrés, la ansiedad o la depresión, pueden contribuir al *efluvio telógeno*, un tipo de pérdida de cabello que suele ser temporal.

- En individuos con **cabello rizado**, se han identificado condiciones específicas como la **alopecia cicatricial central centrífuga** y la **alopecia por tracción**, que pueden estar relacionadas con *prácticas de peinado y factores genéticos*.
- Además, el impacto de la **pandemia de COVID-19** ha sido asociado con un aumento en los casos de **efluvio telógeno** debido al estrés y a la enfermedad en sí.
- Es **importante** realizar una **evaluación clínica detallada** para identificar la causa subyacente de los problemas de salud del cabello, ya que el tratamiento puede variar significativamente dependiendo de la etiología específica.

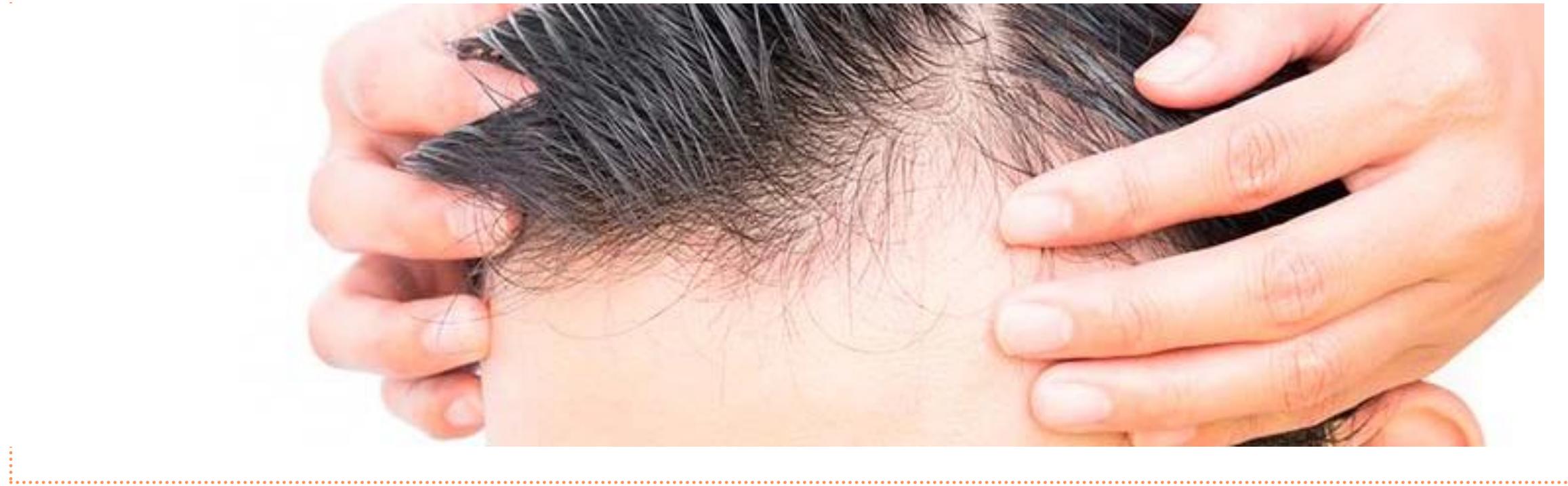




## Bibliografía

1. Arenas Soto CM, Méndez Velasco DM. *Efectos de los andrógenos en el crecimiento del pelo.* Piel (Barc). 2016; 31(4): 276-282
2. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L (eds.). *Dermatology.* 4th ed. Nueva York: Elsevier; 2017.
3. Camacho Martínez F (ed.). *Tricología. Enfermedades del folículo pilosebáceo.* 3.a ed. Madrid: Aula Médica; 2013. 2 vol. 5450 p. ISBN: 9788478855728.
4. Fitzpatrick, Thomas B. (30 de junio de 2009). *Dermatología En Medicina General.* Ed. Médica Panamericana. p. 745. ISBN 9789500617017.
5. Kleitonn. 2022. *Tricologia: o que é e quando procurar um especialista em cabelos.* Dra. Milena Coraiola. <https://www.dramilenacoraiola.com.br/post/o-que-e-tricologia>
6. Murphrey MB, Agarwal S, Zito PM. *Anatomy, Hair.* En: *StatPearls [Internet].* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Aug 14.
7. Plowman JE, Harland DP. *Fibre Ultrastructure. Advances in Experimental Medicine and Biology.* 2018;1054:3-13. doi:10.1007/978-981-10-8195-8\_1.
8. Restrepo R. *Anatomía microscópica del folículo piloso.* Rev Asoc Colomb Dermatol. 2010;18:123-38
9. Stanić V, Bettini J, Montoro FE, Stein A, Evans-Lutterodt K. *Local Structure of Human Hair Spatially Resolved by Sub-Micron X-Ray Beam.* Scientific Reports. 2015;5:17347. doi:10.1038/srep17347.
10. Sun TT, Cotsarelis G, Lavker RM. *Hair follicular stem cells: the bulge-activation hypothesis.* J Invest Dermatol. 1991; 96(5): 77S-78S.
11. Vañó S, Jaén P (eds.). *Manual práctico de tricología #TricoHRC.* 2.a ed. Madrid: TricoHRC; 2023.
12. Yang FC, Zhang Y, Rheinstädter MC. *The Structure of People's Hair.* PeerJ. 2014;2:e619. doi:10.7717/peerj.619.

### **3. Generalidades de la alopecia**



### 3. GENERALIDADES DE LA ALOPECIA

AUTORES: Carrasco Martín J. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montan. Castellón. Miembro GT Dermatología SEMERGEN.  
López López C. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Arenas. Getxo. Vizcaya. Miembro GT Dermatología SEMERGEN.

# Evaluación del cuero cabelludo y el pelo

- **Anamnesis** ¿Qué le sucede? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye? ¿Antecedentes familiares? ¿Tratamiento farmacológico?
- **Exploración física general:** descartar enfermedad sistémica, anemia y/o enfermedad tiroidea.  
Ante la sospecha de alopecia androgenética en mujeres, es útil observar tres signos conocidos como «triple M»:
  - Menstruación irregular
  - IMC >25
  - Signos de **Masculinización** (masa muscular incrementada, cambios en el tono de voz, etc)

- **Exploración Física del cabello:**

<b>1º Inspección</b>	Color Patrón de pérdida del cabello Densidad capilar
<b>2º Palpación</b>	Signo de Jaquet Signo de Sabouraud Signo del arrancamiento
<b>3º Exploración instrumental</b>	Fotografía digital Tricoscopía

## REFERENCIAS:

Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M, Shapiro J. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part I. History and clinical examination. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(3):415.e1-415.e15.

Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M and Shapiro J. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part II. Trichoscopic and laboratory evaluations. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(3):431.e1-431.e11.

# Inspección

**Color del pelo:** el color natural del pelo informa del fototipo cutáneo. Los cambios de coloración pueden deberse a alteraciones inflamatorias del folículo, a tratamientos físicos (radioterapia), cosméticos, estrés, etc.

## Patrones de pérdida del pelo (1):

### Patrón difuso y progresivo: alopecia androgenética:

- Más frecuente en varones. Se caracteriza por el retroceso de la línea de inserción capilar en la región frontal y el vértex, pudiendo llegar a fusionarse las áreas de alopecia. Existen 2 escalas de clasificación: la escala de Hamilton-Norwood y el sistema Ebling.
- En el caso de la mujer, la caída difusa y progresiva del pelo se inicia en la región central de la cabeza, extendiéndose hacia la línea de implantación frontal.

### Patrón difuso y repentino: efluvios.

Típica de origen sistémico. Afecta a nivel parietal y frontal y suele recuperarse cuando desaparece la causa.

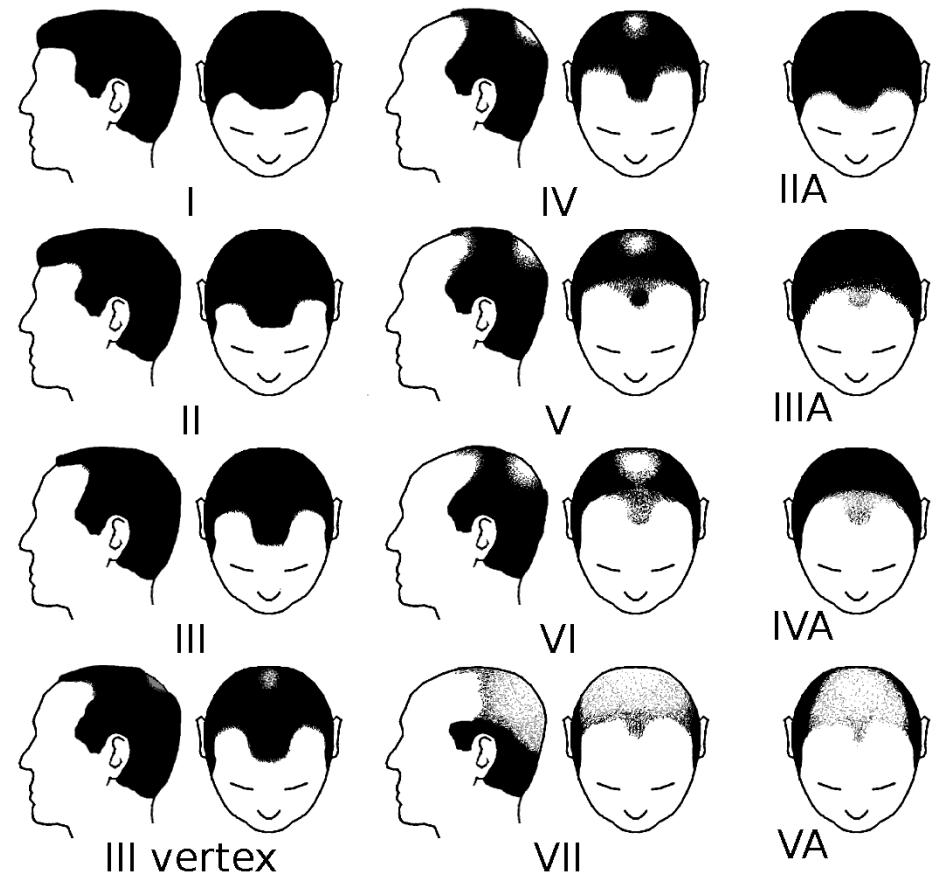
- Efluvio anágeno: caída de pelo justo tras la exposición al factor desencadenante.
- Efluvio telógeno: caída de pelo 2,5-4 meses tras factor desencadenante

#### REFERENCIAS:

Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M, Shapiro J. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part I. History and clinical examination. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(3):415.e1-415.e15.

Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M and Shapiro J. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part II. Trichoscopic and laboratory evaluations. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(3):431.e1-431.e11.

## Escala de Hamilton-Norwood



Fuente: imagen de dominio público, tomada de: [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/58/Partial\\_Norwood\\_scale\\_for\\_male\\_pattern\\_baldness.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/58/Partial_Norwood_scale_for_male_pattern_baldness.png)



## 1. INSPECCIÓN

### Patrones de pérdida del pelo (2):

#### Patrón parcheado:

- Alopecia areata: los parches con puntos negros, pelos rotos, pelos con signos de exclamación o pelos finos.
- Tinea capitis: descamación de cuero cabelludo, pelos en sacacorchos y crecimiento progresivo de la placa.
- Tricotilomanía: pelos de diferentes tamaños (crecimiento tras la extracción)
- Alopecias cicatriciales: parche liso y brillante, sin folículos pilosos.

#### Patrón marginal:

- Alopecia tracial: enfermedad adquirida, afecta a región parietal.
- Ofiasis: forma de alopecia areata que afecta a márgenes fronta, parietal y temporal.
- Líquen plano
- Alopecia cicatricial fibrosante: alopecia cicatricial que afecta a mujeres postmenopáusicas y en área frontal.

## 2. PALPACIÓN

1. **Signo de Jaquet o del pliegue:** intentar pellizcar el cuero cabelludo afecto. Será positivo si se forman varios pliegues con facilidad, indicando ausencia de folículos (alopecia cicatrizable)
2. **Signo de Saboureaud o de la pilotracción:** traccionar una zona de cabello. Será positivo cuando el pelo se rompe con facilidad (distrofias pilosas)
3. **Signo del arrancamiento:** traccionar con fuerza moderada un mechón de 20-50 pelos. Positivo cuando se desprende un número moderado. (efluvio anágeno o telógeno)

#### REFERENCIAS:

Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M, Shapiro J. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part I. History and clinical examination. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(3):415.e1-415.e15.

Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M and Shapiro J. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part II. Trichoscopic and laboratory evaluations. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(3):431.e1-431.e11.

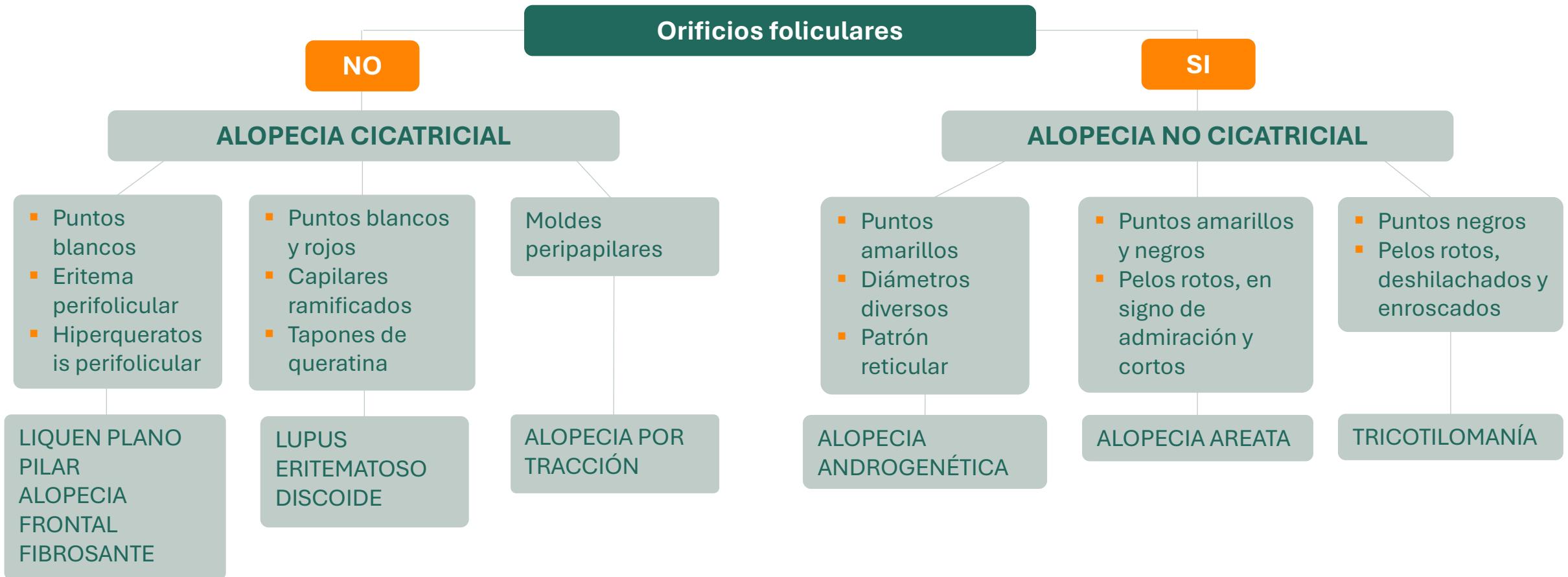
# Exploración instrumental

- **Fotografía digital:** permite valorar la evolución en el tiempo de la pérdida de cabello. Importante tomar las imágenes con las mismas condiciones de iluminación, distancia, postura y longitud del cabello.
- **Tricoscopia:** consiste en la aplicación de dermatoscopia para evaluar el cuero cabelludo, observando su superficie y el tallo del pelo para identificar signos de diferentes enfermedades que puedan afectar al cuero cabelludo o estar relacionados con los diferentes tipos de alopecias.

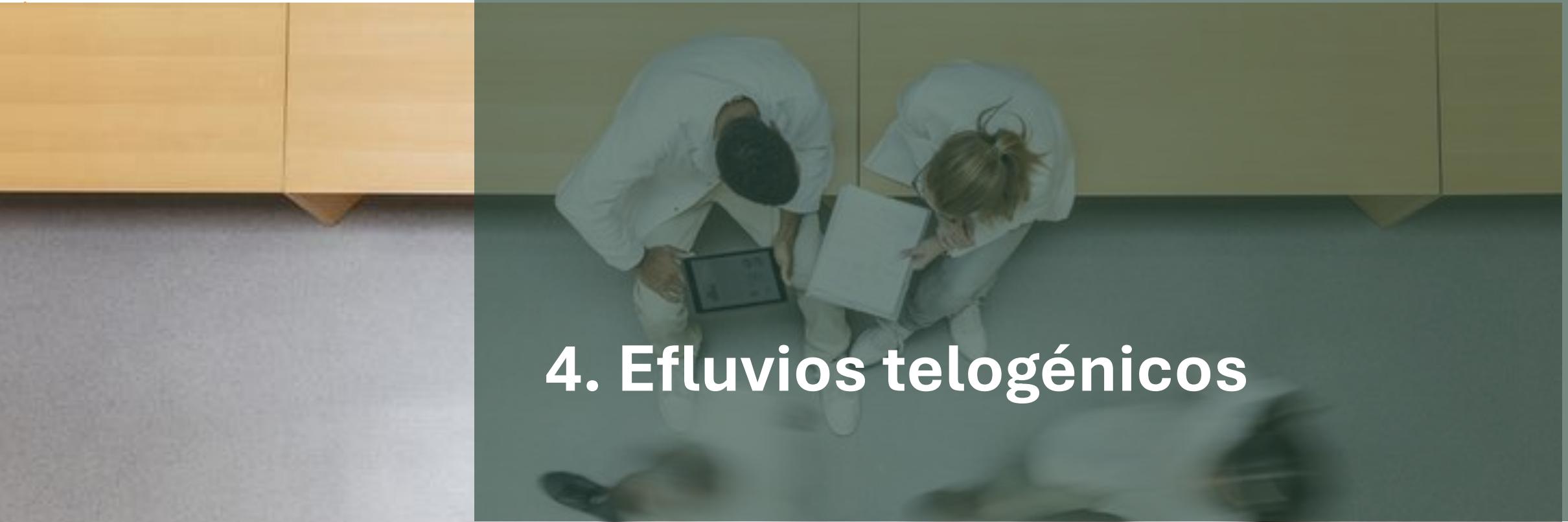


Imagen propia del autor

## SIGNOS DERMATOSCÓPICOS EN TRICOSCOPIA



## 4. Efluvios telogénicos



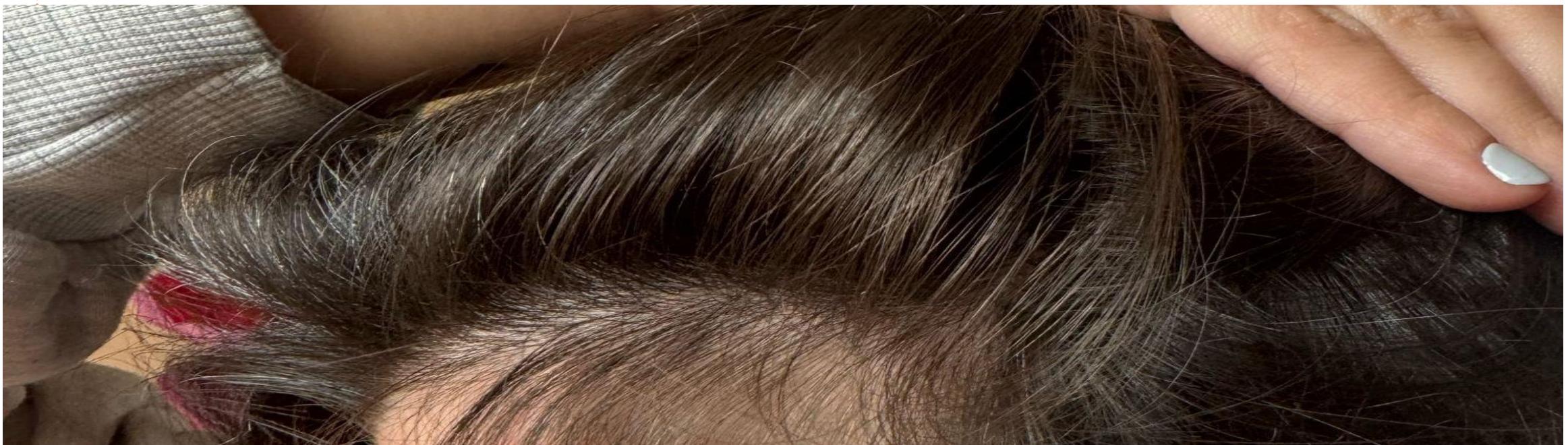


Imagen del fondo fotográfico de la autora

## 4. EFLUVIOS TELOGÉNICOS

AUTORES: Cuello Estrada C. CS Astorga I. León. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.  
Revuelta de Guzmán M. CS Sama de Langreo. Asturias. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.



Imagen del fondo fotográfico de la autora

## CLÍNICA

- Caída brusca del cabello, el 20% del pelo pasa de fase anágena a fase telogénica.
- Suele manifestarse entre 2 y 4 meses después de un evento desencadenante.
- Pérdida de volumen capilar, pero sin pérdida de densidad capilar excepto en las entradas.
- Localizada en región occipital y frontotemporal de curso fluctuante.

## DIAGNÓSTICO

- Se basa en la historia clínica y la exploración física.
- Estudios complementarios analíticos(función renal, hepática, tiroidea...)
- En la tricoscopia, pelos cortos en recrecimiento que no deben confundirse con pelos velludos
- La prueba de tracción puede ser positiva, indicando una mayor proporción de cabellos en fase telógena. Test de lavado patológico.

### REFERENCIAS:

- Vañó-Galván S. Alopecia Madrid: un motivo frecuente de consulta dermatológica. [Internet]. Blog del Dr. Sergio Vañó; 2013 [citado 2025 April 25]. Disponible en: <https://sergiovano.blogspot.com/2013/08/alopecia-madrid-un-motivo-frecuente-de.html>.
- Malkud S. Telogen effluvium: A review. J Clin Diagn Res. 2015 Sep;9(9):WE01–WE03.



Imagen del fondo fotográfico de la autora

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Alopecia androgénica:** caracterizada por una miniaturización progresiva de los folículos pilosos y una distribución específica de la pérdida de cabello.
- **Alopecia areata difusa:** presenta áreas bien delimitadas de pérdida de cabello y puede mostrar signos como pelos en signo de exclamación.
- **Tricotilomanía:** pérdida de cabello debido al arrancamiento compulsivo, con áreas de diferentes longitudes de cabello.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Pérdida de cabello persistente ( $> 6$  meses) o progresiva sin causa evidente.
- Presencia de signos clínicos atípicos o sospecha de otra forma de alopecia.
- Falta de respuesta al tratamiento inicial o empeoramiento de los síntomas.
- Necesidad de realizar estudios complementarios especializados, como tricoscopia avanzada o biopsia del cuero cabelludo.



## TRATAMIENTO

- **No hay tratamiento específico.**
- **Educación del paciente:** explicar que es autolimitado y reversible en la mayoría de los casos.
- **Tratar la causa subyacente:** corregir deficiencias nutricionales, controlar estrés, ajustar medicación, etc.
- **Medidas generales:** evitar traumatismos en el cabello (tintes, calor, peinados tirantes).
- **Suplementos:** melatonina, hierro, biotina, vitamina D y zinc pueden ayudar.
- **Minoxidil tópico:** en casos crónicos o severos .Acorta la fase telogénica para facilitar la entrada de un nuevo ciclo.
- **Minoxidil Oral:** en dosis bajas y bajo supervisión médica, especialmente en casos seleccionados.
- **Plasma rico en plaquetas (PRP):** inyecciones en el cuero cabelludo para promover la regeneración folicular.
- **Láser de baja intensidad:** estimula la actividad de los folículos pilosos.

## 5. Alopecia areata



Imágenes cedidas por Dr Gerard Pitarch, dermatólogo H.General Castellón

## 5. ALOPECIA AREATA

AUTORAS: Carretero Villanueva M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Higuera la Real. Badajoz. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.  
Ferrer Royo M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Illes Columbretes. Castellón. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.



### CARACTERÍSTICAS:

- Alopecia no cicatricial
- patogenia inmune
- evolución variable e impredecible
- Afecta 90% cuero cabelludo (también otras zonas pilosas: pestañas, cejas, barba..., así como de lesiones en uñas)
- Puede aparecer en forma de una o múltiples placas bien delimitadas, o pérdida del pelo difusa o completa
- Afecta a hombres y mujeres por igual, así como a todas las edades

### Clasificación según gravedad

<b>LEVE</b>	SALT<20 (afectación del 20% del cuero cabelludo)
<b>MODERADO</b>	SALT=20-50 (del 20 al 50% del cuero cabelludo afectado)
<b>GRAVE O SEVERO</b>	SALT>50 (más del 50% del cuero cabelludo afectado)

### Perfil de paciente tipo que acude a consulta en España:

- Mujer joven (18-30 años)
- AA leve-moderada en placas
- Inquieta, alto nivel de estrés, elevada carga psicológica y emocional
- Gran impacto en calidad de vida
- En pleno desarrollo familiar
- En circunstancia de alta productividad laboral

### Variantes clínicas

<b>AA en parches</b>	Parches únicos / múltiples, bien delimitados del cuero cabelludo
<b>Alopecia total (AT)</b>	Pérdida total del pelo del cuero cabelludo
<b>Alopecia universal (AU)</b>	Pérdida total vello facial, corporal y del pelo del cuero cabelludo
<b>Alopecia Ofiasis (AO)</b>	Caída pelo en la zona occipital y temporal del cuero cabelludo
<b>AA de Ofiasis inversa (Sisaifo)</b>	Pérdida pelo en área central, sin afectación en zonas laterales y posteriores del cuero cabelludo.
<b>AA difusa o incógnita</b>	Caída difusa del cabello y reducción de la densidad capilar
<b>Alopecia barbae</b>	Pérdida pelo discreta circular o en parches en el bigote o la barba, a menudo a lo largo de la línea de la mandíbula, rara vez debilitamiento difuso
<b>Afectación ungueal en AA</b>	Uñas dañadas, traquioniquia, lúnula roja, estrías longitudinales, onicomadesis, onicólisis y onicorrexis

### Factores de riesgo:

- Antecedentes familiares de alopecia areata
- Presencia de otras enfermedades inmunológicas
- Genotipo HLA -B14
- Acontecimiento vital traumático / Estrés agudo

**Diagnóstico:**

- Evaluación (inspección visual ,examen minucioso del cuero cabelludo, la cara , cuerpo, e uñas).
- Tricoscopia y prueba de arrancamiento del cabello.
- **Hallazgos tricoscópicos:**
  - puntos amarillos, puntos negros
  - pelos en signo de exclamación
    - afilados o cónicos
    - acodados
    - rotos
    - velloso
    - en recrecimiento
    - en cola de cerdo o circulares
- **Finalidad:**
  - evaluar la actividad inflamatoria del proceso
  - identificar signos de gravedad
  - valorar el control terapéutico e identificar factores pronósticos
- **Si los hallazgos clínicos no permiten un diagnóstico definitivo:**
  - biopsia del cuero cabelludo
  - cultivo de hongos
  - serología para descartar otras enfermedades autoinmunes o infecciosas

**Puntos CLAVE:**

- 2º tipo de alopecia más común
- enfermedad poco conocida por la sociedad
- alto impacto calidad de vida
- mayor impacto negativo en mujeres jóvenes



Imágenes cedidas por Dr Gerard Pitarch, dermatólogo H. General Castellón

**REFERENCIAS:**

Libro Blanco de la Alopecia Areata en España. 2ª ed. Madrid: Asociación de Alopecia Areata España (AAAE); 2024.

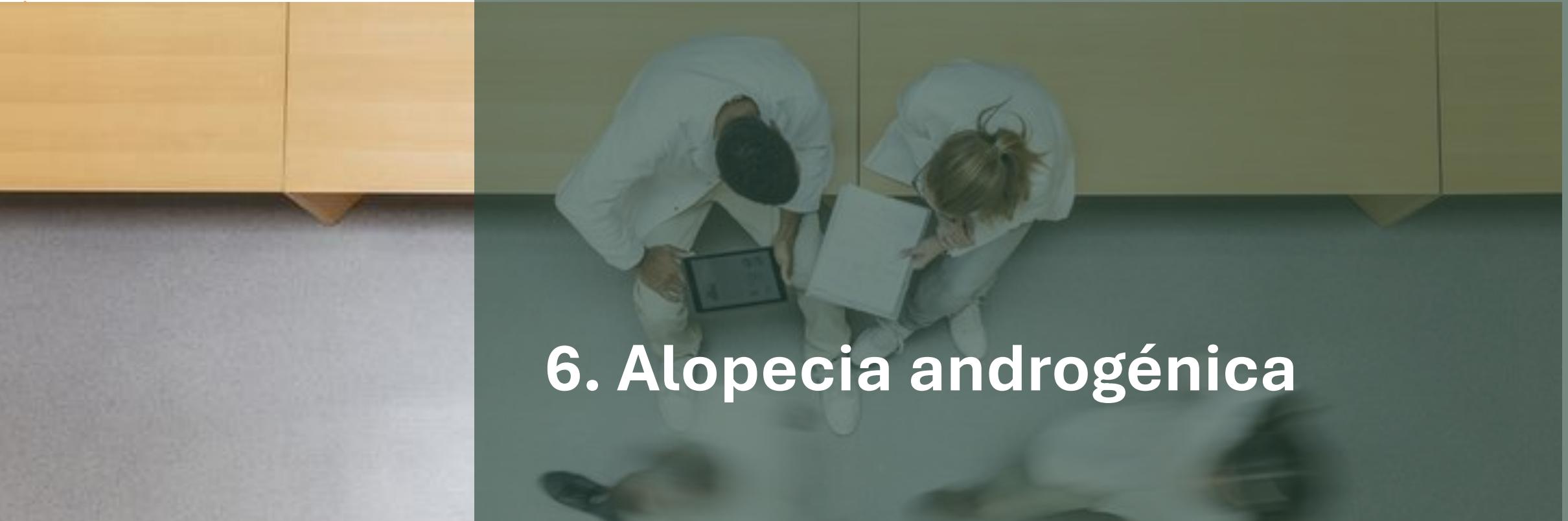
**Tratamiento:**

- No existe un tratamiento curativo.
- **Objetivo:**
  - inmunosuprimir o inmunomodular la actividad de la enfermedad conseguir una población aceptable, mantenerla y mejorar su calidad de vida.
- **Opciones:**
  - corticoides (locales o sistémicos)
  - minoxidil
  - otras terapias inmunosupresoras.
  - Novedad: inhibidores de la quinasa Janus (iJAK), fármaco indicado específicamente.

**Pautas tratamiento:**

- **Formas localizadas:**
  - Triamcinolona intralesional (8mg/ml) + corticoides tópicos.
- Formas extensas:
  - Pulsos orales de dexametasona (0,1mg/kg/día, 2 días/semana, 8-12 meses) vs. iJAK
- **Mantenimiento con:**
  - triamcinolona intralesional (8mg/ml)
  - minoxidil oral
  - inmunoterapia (difenciprona) ± iJAK.
- **Casos refractarios:**
  - Valorar inmunosupresores (ciclosporina, azatioprina, metotrexato) vs. fototerapia vs. iJAK.

## 6. Alopecia androgénica





## 6.1. ALOPECIA ANDROGÉNICA MASCULINA (MAGA)

AUTORAS: Arbués Espinosa P. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias Norte. Zaragoza. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.  
Iglesias González L. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huerta del Rey. Valladolid. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.

## 1. CONCEPTO

- La Alopecia Androgénica Masculina (MAGA) es una alopecia no cicatricial que se debe al efecto combinado de la predisposición genética y de los andrógenos sobre los folículos pilosos. Es la forma de alopecia más frecuente pudiendo afectar hasta un 80% de los hombres a lo largo de su vida.
- En los hombres está mediada por la dihidrotestosterona (DHT) y se asocia a una disminución progresiva del grosor del pelo (miniaturización folicular). No se observa en varones con déficit de 5a-reductasa.

## 2. CLÍNICA

- Suele iniciarse tras la pubertad con recesión de la línea frontal de implantación, pérdida de densidad en región frontoparietal y vértez, respetando la zona occipital. La evolución es lenta, aunque puede influir el estrés, el uso de anabolizantes, déficits nutricionales o el uso de determinados fármacos (retinoides, antidepresivos tricíclicos...).
- No se percibe una caída intensa de cabello, sino que el paciente observa disminución progresiva de la densidad.
- Su clasificación se realiza según Hamilton, modificada por Norwood (Figura).

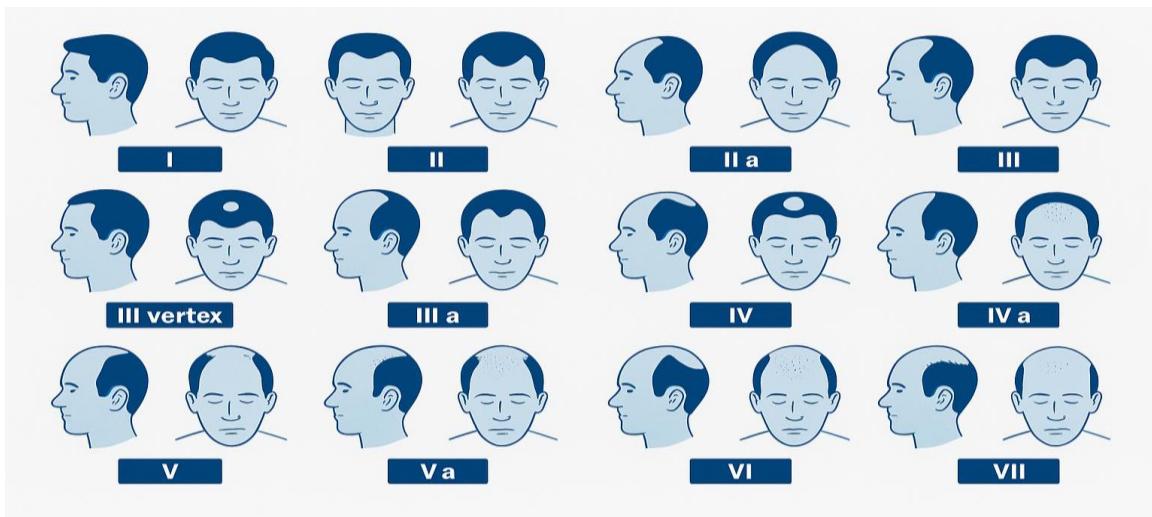


Imagen de Elaboración propia en base a Escala Norwood-Hamilton (o clasificación de Hamilton-Norwood)



### 3. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

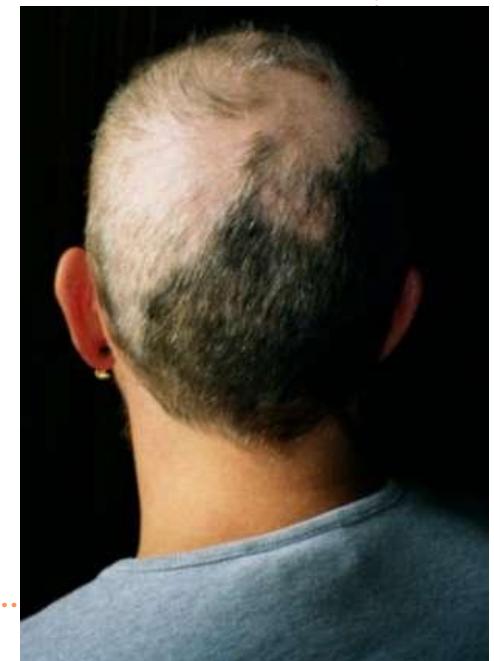
- Hombres mayores de 40 años, pero puede empezar a partir de los 20 años.
- **Patrón de pérdida:** Comienza con la recesión de la línea frontal de implantación y pérdida de cabello en el vértex, progresando según la escala de Hamilton-Norwood.
- **Síntomas asociados:** Puede presentarse prurito o tricodinia en algunos casos.
- **Exploración física:** Pérdida de densidad con tracción negativa. No se observan anormalidades en la piel cabelluda; la textura, color y longitud del cabello pueden evaluarse comparando un mechón contra un fondo blanco.
- **No es necesario realizar pruebas complementarias para su diagnóstico**
- **Tricoscopia:** Variabilidad en el diámetro del cabello (>20%). Aumento de cabellos miniaturizados. Presencia del signo peripilar (halo marrón perifolicular).

## 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Alopecia areata:** Pérdida de cabello en parches con puntos negros y cabellos en signo de exclamación.
- **Efluvio telógeno:** Pérdida difusa de cabello sin miniaturización.
- **Tricotilomanía:** Pérdida irregular de cabello debido al arrancamiento compulsivo.
- **Alopecias cicatriciales:** Pérdida permanente de cabello con signos de inflamación o cicatrización.



Alopecia areata. By Thirunavukkarasye-Raveendran - Own work, CC BY 4.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=75335735>





## TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA

- **Minoxidil tópico al 5%:** Estimula el crecimiento del cabello y ralentiza su pérdida.
- **Finasterida oral 1 mg/día:** Inhibe la conversión de testosterona a dihidrotestosterona, reduciendo la miniaturización folicular.

## OTROS TRATAMIENTOS

- **Mesoterapia con dutasterida:** Microinyecciones locales para estimular el crecimiento capilar. Útil en tratamiento de mantenimiento.
- **Plasma rico en plaquetas (PRP):** Estimula la regeneración folicular.
- **Trasplante capilar:** Para casos avanzados, crónicos o refractarios al tratamiento médico.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Diagnóstico incierto o sospecha de otras alopecias.
- Falta de respuesta al tratamiento tras 6-12 meses.
- Impacto psicológico significativo.
- Consideración de terapias avanzadas o trasplante capilar.

El tratamiento definitivo es el trasplante capilar,  
aunque la mejor opción es la combinación de tratamientos.



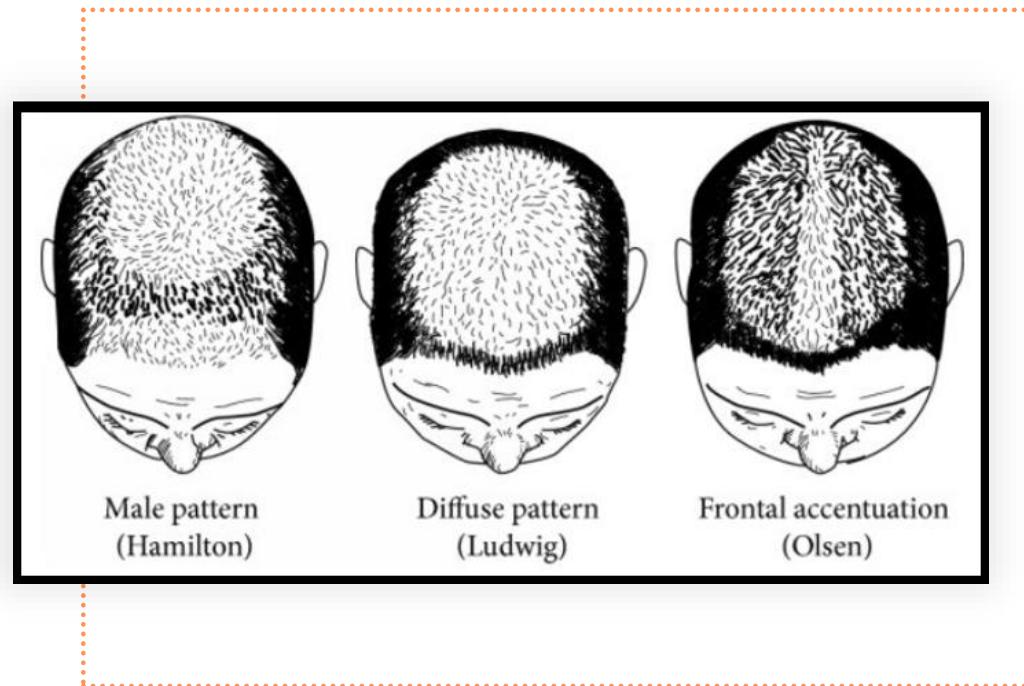
## 6.2. ALOPECIA ANDROGÉNICA FEMENINA ( FAGA)

AUTORES: Colmenero Rollinson R. CS Lavapiés. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.  
García Navas JP. CS Sector III. Hospital Universitario de Getafe. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.

# Clínica

## Distintas posibles formas de pérdida de densidad capilar

- **Región frontoparietal** → “ensanchamiento de la línea de pelo. Pull Test negativo
- **Patrón Olsen** → más intensa en anterior. Pérdida de densidad triangular en la región frontal.
- **Forma difusa** → Generalizada, afecta zona occipital (CI trasplante capilar)
- **FAGA-M** → Patrón masculino, retroceso en la línea de implantación fronto-parietal. Se asocia a patología suprarrenal o pacientes con menopausia precoz. Si rápida instauración, pensar en patología tumoral (suprarrenal u ovárica)
- **Signos de hiperandrogenismo** → Sd SAHA “Seborrea, Acné, Hirsutismo, Alopecia” o irregularidades menstruales.



### REFERENCIAS:

Jaen, S. V. D. (2023). *Manual práctico de tricología: #TricoHRC*.

UpToDate. (s/f). Uptodate.com. Recuperado el 13 de abril de 2025, de [https://www.uptodate.com/contents/female-pattern-hair-loss-androgenetic-alopexia-in-females-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=female%20androgenic%20alopecia&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/female-pattern-hair-loss-androgenetic-alopexia-in-females-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=female%20androgenic%20alopecia&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1)

# Diagnóstico

**DX DIFERENCIAL → Efluvio telógeno / AFF / Alopecia areata difusa / Alopecia por tracción / Alopecia cicatricial centrífuga central**

## CLÍNICO

Pérdida de densidad capilar por miniaturización folicular

- **Hiperandrogenismo ovárico:** SOP, hirsutismo lateral en cara, cuello y mamas, obesidad y acné.
- **Hiperandrogenismo de origen suprarrenal:** hirsutismo central, en escote y abdomen. Acné y tendencia a la delgadez y ansiedad.
- **FAGA-M:** Patología suprarrenal, histerectomía o tumores productores de andrógenos

**Normoandrogénica no quiere decir normohormonal**

## TRICOSOPIA

Pérdida de densidad capilar por miniaturización folicular

- **Anisotricosis:** >10% de los pelos miniaturizados en área frontal.
- **Menor diámetro de tallos pilosos en región frontal** (respecto occipital).
- **Puntos amarillos:** Orificios foliculares vacíos llenados de material sebáceo.
- **Aumento de UF de un solo tallo piloso:** el doble en región frontal respecto a la región occipital

## TRICOGRAMA

Si casos dudosos, encontrándose anisotricosis.

## BIOPSIA

Miniaturización folicular, disminución de densidad capilar y estelas fibrosas.

## ANALÍTICO

Perfil férrico, tiroideo, PSA y Hormonas sexuales.

# Tratamiento

<b>MINOXIDIL (elección)</b>	<b>TÓPICO (único aprobado)</b>	<b>Al 5% 1 aplicación cada 12h</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Mala adherencia</b></li></ul>
	<b>ORAL</b>	Inicio 0,5-1mg/24h. Si tolerancia hasta 2,5mg	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ HipoTA</li><li>▪ <b>Hipertricosis:</b> añadir Espironolactona o Bicalutamida</li></ul>

## Asociando en...

<b>FAGA PREMENOPÁUSICA</b>	<b>ACOs ANTIANDRÓGENICOS</b> (Drospirenona, dienogest..)	<u>Si intención de embarazo:</u> <b>Suspender todos los antiandrogenos. Suspender minoxidil una vez confirmada gestación y retomar en lactancia.</b>	
	<b>ESPIRONOLACTONA</b> <b>100mg/día</b> ≥45 años o patología renal → controles analíticos estrechos	<u>Si intolerancia:</u> DUTASTERIDA 0,5mg/día FINASTERIDA 5mg/día	<u>Si hiperandroginismo:</u> BICALUTAMIDA 50mg 2/semana Perfil hepático y lipídico 3-4m
<b>FAGA POSTMENOPÁUSICA</b>	<b>DUTASTERIDA 0,5mg/día</b> Durante 1 año y posteriormente reducir a 3 veces/semana	<u>Si AP de Cáncer de mama</u> → ESPIRONOLACTONA	





## 7. Tricotilomanía y alopecia traccional



Tricotilomanía. Imagen tomada de: <https://www.shutterstock.com/es/search/women-hair-pulling-fight>

## 7.1. TRICOTILOMANÍA

AUTORA: Reinoso Fernández I. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Periférico de Villoria y El Condado. Pola de Laviana. Asturias.  
Miembro del GT Dermatología SEMERGEN



## CLÍNICA

- La **tricotilomanía** es una dermatosis que se asocia a la falta de control de impulsos distinguida por autoarrancamiento de pelos, cuyo resultado final es la presencia de **placas pseudoalopécicas**.
- Se clasifica como un **desorden de control de impulsos**, de acuerdo al **DSM IV**, que se caracteriza por tirar del pelo con urgencia que aumenta antes de hacerlo o con intentos de resistencia y placer, alivio o gratificación después de arrancar el pelo.
- Es frecuente que inicie entre los 5 y los 13 años de edad; a partir de la adolescencia, la incidencia es mayor en mujeres (70-93%).
- Afecta al **1-3.5%** de la población adolescente y adultos jóvenes.

## DIAGNÓSTICO

- Preguntar en anamnesis acerca del posible antecedente de **tracción capilar**.
- Mediante el examen con dermatoscopia de luz polarizada observar una densidad capilar normal, con la presencia de múltiples **pelos cortados** con distinta longitud.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Tinea capitis.
- Alopecia por tracción.
- Alopecia areata.
- Síndrome del cabello anágeno suelto.
- Alopecia androgenética.
- Moniletrix.
- Pili Torti.
- Sífilis secundaria.

## TRATAMIENTO

### Consejos educativos

- Entrenamiento en reversión del hábito.

### Tratamiento médico

- Terapia cognitivo-conductual.
- Microneedling.
- Fármacos:
  - (ISRS, ATC,N-Acetilcisteína,Memantina, Antipsicóticos

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

### Derivar a Dermatología/Salud Mental si:

- No mejoría con consejos educativos.
- Afectación ámbito socio-laboral.



Tricoscopia de placa de alopecia por tricotilomanía. Se observan puntos negros y en el centro de la imagen un *coiled hair* generado por la tracción sobre el tallo.Imagen tomada de: "Dominguez,L et al. Actualización en el tratamiento de la tricotilomanía. Actas dermosifiliogr. 2025.116 (2):152-158".



Imagen del fondo fotográfico del autor con autorización de los pacientes

## 7.2. ALOPECIA TRACCIONAL

AUTOR: Correa Cañar KJ. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Paulino Prieto. Oviedo. Asturias. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.



## CLÍNICA

- Es una pérdida de cabello causada por una tensión mecánica prolongada sobre los folículos pilosos.
- **Factores de riesgo:** Peinados tensos (trenzas, moños), uso de extensiones, prácticas culturales específicas y ciertas profesiones.
- **Pérdida de cabello localizada:** especialmente en la línea de implantación frontal y temporal.
- **Rotura del cabello:** presencia de cabellos cortos y quebrados.
- **Folículos inflamados:** pápulas o pústulas en fases activas.
- **"Fringe Sign":** presencia de una fina línea de cabellos cortos en el borde frontal (signo característico).
- **Prurito o dolor leve** en la zona afectada (ocasional).
- **Progresión lenta** si el hábito traccional se mantiene.

## DIAGNÓSTICO

**Clínico:** basado en la historia y el examen físico.  
Preguntar por hábitos de peinado, uso de extensiones o turbantes.

### Dermatoscopia (tricoscopía):

- Disminución de la densidad folicular.
- Folículos vacíos o dilatados.
- Cabellos en forma de "V" (signo del cabello roto).
- Puntos negros (restos de tallos rotos).
- Eritema perifolicular (si hay inflamación).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Alopecia areata (inicio súbito, lesiones redondeadas, sin tracción)
- Alopecia androgénica (distribución difusa, patrón familiar)
- Tiña capitis (escamas, prurito, lesiones inflamatorias)
- Liquen plano pilar (cicatricial, picor, eritema perifolicular)
- Tricotilomanía

### REFERENCIAS:

- Akingbola CO, Vyas J. Traction alopecia: A neglected entity in 2017. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2017;83:644-9.  
Uzuncakmak TK, Kayiran MA, Tekin B, Cebeci F. Trichotillomania and Traction Alopecia. En: Kutlubay Z, Serdaroglu S, editores. Hair and Scalp Disorders. Londres, Inglaterra: InTech; 2017.  
Alopecia por tracción identificación de un motivo de consulta en dermatología. Caso clínico patológico Rev argent dermatol. 2016;97(2):8-13.  
Pendlebury GA, Oro P, Ludlow K, Merideth D, Haynes W, Shrivastava V. Relevant dermatoses among U.S. military service members: An operational review of management strategies and telemedicine utilization. Cureus [Internet]. 2023;15(1):e33274.

# TRATAMIENTO

## Consejos educativos

- Evitar peinados con tracción: trenzas, moños, extensiones.
- No usar químicos agresivos (alisados, tintes frecuentes).
- No dormir con el cabello tenso o mojado.

## Tratamiento médico

- Minoxidil tópico 2% o 5% si hay folículos viables.
- Corticoides tópicos (si hay inflamación visible).
- Antibióticos tópicos u orales si hay sobreinfección (foliculitis).

# CRITERIOS DE DERIVACIÓN

## Derivar a dermatología si:

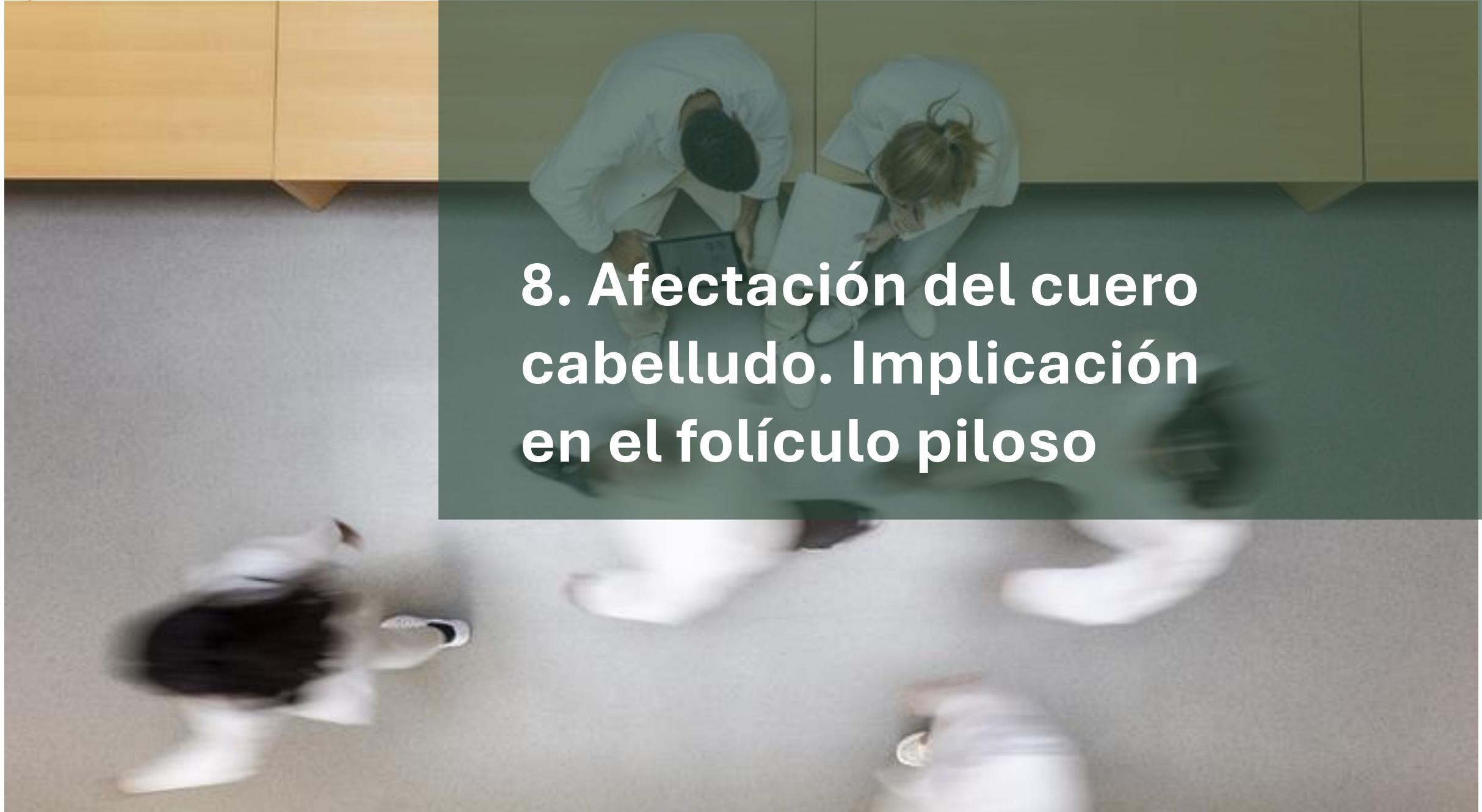
- No mejora con medidas iniciales.
- Se sospecha alopecia cicatricial.
- Pérdida extensa o rápida.

### REFERENCIAS:

- Akingbola CO, Vyas J. Traction alopecia: A neglected entity in 2017. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2017;83:644-9.  
 Uzuncakmak TK, Kayiran MA, Tekin B, Cebeci F. Trichotillomania and Traction Alopecia. En: Kutlubay Z, Serdaroglu S, editores. Hair and Scalp Disorders. Londres, Inglaterra: InTech; 2017.  
 Alopecia por tracción identificación de un motivo de consulta en dermatología. Caso clínico patológico Rev argent dermatol. 2016;97(2):8-13.  
 Pendlebury GA, Oro P, Ludlow K, Merideth D, Haynes W, Shrivastava V. Relevant dermatoses among U.s. military service members: An operational review of management strategies and telemedicine utilization. Cureus [Internet]. 2023;15(1):e33274.



Imagen del fondo fotográfico del autor con autorización de los pacientes



## 8. Afectación del cuero cabelludo. Implicación en el folículo piloso



Imagen de Gzzz • CC BY-SA 4.0, obtenida en  
[https://commons.m.wikimedia.org/wiki/Category:Tinea\\_capitis#/media/File%3ATeigne\\_tondante\\_enfant.jpg](https://commons.m.wikimedia.org/wiki/Category:Tinea_capitis#/media/File%3ATeigne_tondante_enfant.jpg)

## 8.1. AFECTACIÓN TINEA CAPITIS EN EL PELO

AUTORES: Mendivil López P. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Barajas. Madrid. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN  
Morena López D. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Justicia. Madrid. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN



## CLÍNICA

- Infección por **dermatofitos**, principalmente de los géneros *Trichophyton spp.* y *Microsporum spp.*
- El hongo invade y se multiplica dentro del tallo piloso ocasionando fragilidad y ruptura.
- Es frecuente en niños y rara después de la pubertad.
- Se asocia a higiene personal deficiente, hacinamiento y bajo nivel socioeconómico.
- Se trata de un problema de salud pública.

## DIAGNÓSTICO

- **Clínico:** placas descamativas con o sin inflamación que asocian alopecia con **pull test positivo**. Frecuentemente presentan adenopatías cervicales.
- **Tricoscopia:** área alopécea con puntos negros y amarillos; tallos rotos, en coma y en sacacorchos.
- **Otros:** tricograma, biopsia, examen microscópico con KOH, cultivo micológico, técnicas moleculares.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Alopecia areata
- Foliculitis bacteriana
- Dermatitis seborreica
- Dermatitis atópica
- Psoriasis
- Tricotilomanía

### REFERENCIAS:

- Rebollo N, López-Barcenas AP, Arenas R. Tiña de la cabeza. Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-tina-cabeza-articulo-S0001731008746301>
- <https://dermnetnz.org/images?query=tinea%20capitis>
- Vañó, S., & Jaén, P. (2020). Manual práctico de tricología #TricoHRC. Editorial Médica Panamericana. ISBN: 978-84-09-10115-3



Imágenes obtenidas de: <https://dermnetnz.org/images?query=tinea%20capitis>

## TRATAMIENTO

**Tratamiento tópico → insuficiente  
(Champú Ketoconazol 2%)**

**SIEMPRE se requiere ASOCIAR tratamiento ORAL**

- GRISEOFULVINA 10-15mg/Kg/día 4-6 semanas (microsporum).
- TERBINAFINA 250mg/día 4-6 semanas (trychophyton).
- ITRACONAZOL 2-5mg/Kg/día 4-6 semanas.
- FLUCONAZOL si los demás no están disponibles.

**QUERION → descostrar**

**CORTICOIDES SISTÉMICO → casos MUY GRAVES**

- TRATAMIENTO TÓPICO DE CONVIVIENTES

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Lesiones inflamatorias
- Falta de respuesta a tratamientos tópicos / sistémicos
- Sospecha de complicaciones como queriones (lesiones inflamatorias con pus)
- Presencia de otras afecciones concurrentes
- Necesidad de un diagnóstico diferencial más preciso.



Tipos de tinea capitis. Adaptado de: Vañó et al.<sup>3</sup>

## Tipos de tinea capitis

Tipo de invasión del tallo	Etiología	Clínica	Tratamiento empírico	Riesgo de alopecia cicatricial
<b>Ectotrix</b> (artoconidias <b>rodean</b> el tallo piloso)	Principalmente especies de Microsporum	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Placa alopéctica única</li> <li>▪ Descamación grisácea significativa</li> <li>▪ Afecta a todos los pelos de la placa, rotos 2 o 3 mm por encima del cuero cabelludo</li> </ul>	<b>Griseofulvina</b>	Bajo
<b>Endotrix</b> (artoconidias <b>dentro</b> del tallo piloso)	Principalmente especies de Trichophyton	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Placas múltiples con puntos negros (la rotura ocurre a nivel del cuero cabelludo)</li> <li>▪ Descamación escasa</li> <li>▪ Afectación parcheada dentro de la placa</li> <li>▪ Inflamación moderada</li> </ul>	<b>Terbinafina</b>	Alto
<b>Querion de Celso</b>	Cuadro evolucionado de cualquier dermatofito con respuesta inflamatoria intensa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Placas purulentas con exudado en espumadera y costras (adenopatía y afectación de estado general)</li> </ul>	<b>Griseofulvina</b>	Alto
<b>Favus</b>	<i>T. schoenleinii</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Placa costrosa con secreción purulenta</li> </ul>	<b>Griseofulvina</b>	Variable

### REFERENCIAS:

- Rebollo N, López-Barcenas AP, Arenas R. Tiña de la cabeza. Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-tina-cabeza-articulo-S0001731008746301>  
<https://dermnetnz.org/images?query=tinea%20capitis>  
 Vañó, S., & Jaén, P. (2020). Manual práctico de tricología #TricoHRC. Editorial Médica Panamericana. ISBN: 978-84-09-10115-3



## 8.2. AFECTACIÓN DE LA DERMATITIS SEBORREICA EN EL PELO

AUTORAS: Magaña Herrera C. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sanchinarro. Madrid. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.  
Bermúdez Ferrer G. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mar Báltico. Madrid. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.

## CLÍNICA

- Afección inflamatoria crónica que cursa en brotes y afecta a áreas ricas en glándulas sebáceas: cuero cabelludo, región centrofacial (cejas y surcos nasogenianos) y tronco superior.
- Muy frecuente en población general, sobre todo varones > 40 años
- **Síntomas principales:** Eritema, descamación (escamas amarillas y untuosas) y prurito. Su etiología se relaciona con *Malassezia spp.*
- En pacientes con Enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular, VIH si CD4 < 400/mL, Sde Down o en tratamiento con neurolépticos o inhibidores de crecimiento epidérmico, las manifestaciones pueden ser más intensas y resistentes al tratamiento.

### REFERENCIAS:

- Luque-Luna M, Gil-Lianes J, Pigem R. Isotretinoína como tratamiento de la dermatitis seborreica moderada-grave. *Actas Dermosifiliogr.* 2025;116(2):T178-T179.  
doi:10.1016/j.ad.2024.11.016.
- Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Dermatitis seborreica [Internet]. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2023 [citado 21 abr 2025]. Disponible en: [https://www.huvn.es/archivos/cms/dermatologia/archivos/publico/Nuevas%202023/M8\\_Dermatitis%20Seborreica\\_Me%CC%81dicos.pdf](https://www.huvn.es/archivos/cms/dermatologia/archivos/publico/Nuevas%202023/M8_Dermatitis%20Seborreica_Me%CC%81dicos.pdf)
- Charleson K. The Link Between Seborrheic Dermatitis and Hair Loss [Internet]. Verywell Health. [citado 21 abr 2025]. Disponible en: <https://www.verywellhealth.com/seborrheic-dermatitis-hair-loss-5185124>
- Olkwundu N. Seborrheic dermatitis as a potential trigger of central centrifugal cicatricial alopecia: a review of literature. *Skin Appendage Disord.* 2023;9(1):13-17.
- UCF Health. Seborrheic Dermatitis and the Link to Hair Loss [Internet]. Orlando (FL): UCF Health; [fecha de publicación no disponible] [citado 21 abr 2025]. Disponible en: <https://ucfhealth.com/our-services/dermatology/se>
- Crespo Erchiga V, Gómez Moyano E, Crespo Palomo M. Pityriasis capitis (dermatitis seborreica del cuero cabelludo): etiología y tratamiento. *Piel.* 2008;23(9):525-8



Aspecto del pelo	<b>Graso o sucio por acumulación de sebo y escamas.</b> <b>En casos severos: opaco o sin brillo.</b>
Pérdida de pelo (efluvio)	Puede haber caída difusa y reversible del pelo en fases activas (por sobrecrecimiento de Malassezia y por hiperproducción de grasa). Asocia inflamación perifolicular leve. Más frecuente si hay rascado constante o sobreinfección.
Formas graves o crónicas	Raramente puede contribuir a alopecia seborreica o agravar alopecia androgénica por el componente inflamatorio. Existe una alta prevalencia de dermatitis seborreica en pacientes con Alopecia cicatricial central centrífuga; sería importante el estudio de si el tratamiento de la DS puede influir positivamente en el curso clínico de CCCA.

REFERENCIAS: Luque-Luna M, Gil-Lianes J, Pigem R. Isotretinoína como tratamiento de la dermatitis seborreica moderada-grave. Actas Dermosifiliogr. 2025;116(2):T178-T179. doi:10.1016/j.ad.2024.11.016.

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Dermatitis seborreica [Internet]. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2023 [citado 21 abr 2025]. Disponible en: [https://www.huvn.es/archivos/cms/dermatologia/archivos/publico/Nuevas%202023/M8\\_Dermatitis%20Seborreica\\_Me%CC%81dicos.pdf](https://www.huvn.es/archivos/cms/dermatologia/archivos/publico/Nuevas%202023/M8_Dermatitis%20Seborreica_Me%CC%81dicos.pdf)

Charleson K. The Link Between Seborrheic Dermatitis and Hair Loss [Internet]. Verywell Health. [citado 21 abr 2025]. Disponible en:

<https://www.verywellhealth.com/seborrheic-dermatitis-hair-loss-5185124>

Olkwundu N. Seborrheic dermatitis as a potential trigger of central centrifugal cicatricial alopecia: a review of literature. Skin Appendage Disord. 2023;9(1):13–17.

UCF Health. Seborrheic Dermatitis and the Link to Hair Loss [Internet]. Orlando (FL): UCF Health; [fecha de publicación no disponible] [citado 21 abr 2025]. Disponible en:

<https://ucfhealth.com/our-services/dermatology/se>

Crespo Erchiga V, Gómez Moyano E, Crespo Palomo M. Pityriasis capitis (dermatitis seborreica del cuero cabelludo): etiología y tratamiento. Piel. 2008;23(9):525–8

## FUNDAMENTOS

La Alopecia es aquella patología que cursa con una disminución de la densidad del pelo o directamente con su ausencia. Puede afectar a cualquier zona cubierta de pelo en el cuerpo.

Se clasifica en primaria y secundaria, y cicatricial y no cicatricial

- **Alopecia primaria:** el folículo piloso es la principal diana del proceso inflamatorio, la piel entre los folículos queda respetada. Dentro de este grupo tenemos las Cicatriciales y las No Cicatriciales.
- **Alopecia secundaria:** El pelo se encuentra en una zona que está siendo destruida, destrucción de origen tumoral, por traumatismos, por infecciones, quemaduras e infinidad de otros procesos.

<p><b>Alopecias primarias cicatriciales(APC).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Líquen plano pilar</li> <li>▪ Lupus eritematoso</li> <li>▪ Alopecia central cicatricial centrífuga</li> <li>▪ Foliculitis decalvante</li> <li>▪ Celulitis disecante</li> <li>▪ Acné queloideo de la Nuca</li> <li>▪ Alopecia cicatricial de patrón androgenético</li> </ul>	<p>El folículo piloso se daña de forma irreversible al destruirse la raíz pilosa. Esta distinción es de suma importancia porque errar en el diagnóstico de una APC considerándola como no cicatricial puede implicar que mientras intentamos mejoría, o esperamos el paciente puede perder un pelo que ya no volverá a salir. En alopecias cicatriciales autoinmunes, la utilidad del trasplante es limitada.</p>
<p><b>Alopecias primarias No Cicatriciales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alopecia androgenética</li> <li>▪ Alopecia areata</li> <li>▪ Tricotilomanía</li> <li>▪ Efluvio telógeno</li> <li>▪ Alopecia por tracción</li> <li>▪ TIÑA CAPITIS</li> </ul>	<p>La disminución de la densidad o caída es reversible con tratamientos adecuados , ya que lo que está cayendo es el tallo piloso pero la raíz sigue funcional. Las más frecuentes valoradas en la consulta. La alopecia multifactorial(mixta) está tomando cada vez más importancia ya que permite realizar tratamientos holísticos, que no son posibles si uno cierra la mente y trata de diagnosticar una única alopecia en cada paciente. La mejoría de este tipo de alopecias es lenta, en muchas ocasiones se requieren más de 8 meses para notar resultados. Se deben explicar bien el PROCESO de tratamiento.</p>

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es **CLÍNICO**:

- Placas eritematosas, a veces algo pruriginosas, con escamas más bien gruesas amarillentas que se retiran fácilmente, en cuero cabelludo, cejas, región interciliar, pliegues naso-genianos, CAE, región pre-esternal y zona superior de la espalda.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Psoriasis:** placas mejor delimitadas y más eritematosas. Además se pueden acompañar de manifestaciones a otros niveles.
- **Rosácea:** podría confundirse con las manifestaciones faciales de la dermatitis seborreica, aunque son menos descamativas y presentan telangiectasias.
- Dermatitis atópica
- Tiña capitis
- Lupus eritematoso cutáneo
- Pénfigo foliáceo
- Dermatomiositis
- Dermatofitosis
- Sífilis secundaria

REFERENCIAS: Luque-Luna M, Gil-Lianes J, Pigem R. Isotretinoína como tratamiento de la dermatitis seborreica moderada-grave. Actas Dermosifiliogr. 2025;116(2):T178-T179. doi:10.1016/j.ad.2024.11.016.

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Dermatitis seborreica [Internet]. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2023 [citado 21 abr 2025]. Disponible en: [https://www.huvn.es/archivos/cms/dermatologia/archivos/publico/Nuevas%202023/M8\\_Dermatitis%20Seborreica\\_Me%CC%81dicos.pdf](https://www.huvn.es/archivos/cms/dermatologia/archivos/publico/Nuevas%202023/M8_Dermatitis%20Seborreica_Me%CC%81dicos.pdf)

Charleson K. The Link Between Seborrheic Dermatitis and Hair Loss [Internet]. Verywell Health. [citado 21 abr 2025]. Disponible en:

<https://www.verywellhealth.com/seborrheic-dermatitis-hair-loss-5185124>

Okwundu N. Seborrheic dermatitis as a potential trigger of central centrifugal cicatricial alopecia: a review of literature. Skin Appendage Disord. 2023;9(1):13–17.

UCF Health. Seborrheic Dermatitis and the Link to Hair Loss [Internet]. Orlando (FL): UCF Health; [fecha de publicación no disponible] [citado 21 abr 2025]. Disponible en:

<https://ucfhealth.com/our-services/dermatology/se>

Crespo Erchiga V, Gómez Moyano E, Crespo Palomo M. Pityriasis capitis (dermatitis seborreica del cuero cabelludo): etiología y tratamiento. Piel. 2008;23(9):525–8

## TRATAMIENTO



### Tratamientos tópicos

- Antifúngicos : Ketoconazol 2%, Ciclopirox 1% .
- Corticoides tópicos de potencia media-alta (reducen prurito e inflamación, aplicación solo en períodos cortos).
- Inhibidores de la calcineurina: Tacrolimus 0,1%, pimecrolimus 1% .
- Otros agentes: Sulfacetamida con azufre (propiedades antibacterianas y queratolíticas).

### Tratamientos sistémicos

- Itraconazol 200 mg/d durante 7 días: DS moderada/grave que no responde a tratamiento tópico.
- Isotretinoína a dosis bajas  $\leq 0,5$  mg/kg/día: Pacientes con dermatitis seborreica severa y recalcitrante. (fuera de ficha técnica)

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Falta de respuesta al tratamiento.
- Presentación atípica o diagnóstico incierto.
- Dermatitis seborreica severa o extensa.
- Asociación con inmunodepresión o enfermedades sistémicas: VIH, Parkinson u otras condiciones neurológicas/inmunsupresoras que no permitan una buena respuesta al tratamiento.
- Impacto psicológico o en la calidad de vida.

REFERENCIAS: Luque-Luna M, Gil-Lianes J, Pigem R. Isotretinoína como tratamiento de la dermatitis seborreica moderada-grave. Actas Dermosifiliogr. 2025;116(2):T178-T179. doi:10.1016/j.ad.2024.11.016.

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Dermatitis seborreica [Internet]. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2023 [citado 21 abr 2025]. Disponible en: [https://www.huvn.es/archivos/cms/dermatologia/archivos/publico/Nuevas%202023/M8\\_Dermatitis%20Seborreica\\_Me%CC%81dicos.pdf](https://www.huvn.es/archivos/cms/dermatologia/archivos/publico/Nuevas%202023/M8_Dermatitis%20Seborreica_Me%CC%81dicos.pdf)

Charleson K. The Link Between Seborrheic Dermatitis and Hair Loss [Internet]. Verywell Health. [citado 21 abr 2025]. Disponible en:

<https://www.verywellhealth.com/seborrheic-dermatitis-hair-loss-5185124>

Okwundu N. Seborrheic dermatitis as a potential trigger of central centrifugal cicatricial alopecia: a review of literature. Skin Appendage Disord. 2023;9(1):13–17.

UCF Health. Seborrheic Dermatitis and the Link to Hair Loss [Internet]. Orlando (FL): UCF Health; [fecha de publicación no disponible] [citado 21 abr 2025]. Disponible en:

<https://ucfhealth.com/our-services/dermatology/se>

Crespo Erchiga V, Gómez Moyano E, Crespo Palomo M. Pityriasis capitis (dermatitis seborreica del cuero cabelludo): etiología y tratamiento. Piel. 2008;23(9):525–8



Imágenes del fondo fotográfico propio de las autoras

### 8.3. AFECTACIÓN DE PSORIASIS EN PELO

AUTORAS: Casas Rodríguez P. Medicina Familiar y Comunitaria. CS Laguna de Duero. Valladolid. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN  
Santos Gravalosa M. Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campoo-Los Valles. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN



Imágenes del fondo fotográfico propio de las autoras

## AFFECTACIÓN DE PSORIASIS CUERO CABELLUDO

- Puede ser la única localización hasta en el 80 % de los pacientes , y en un 30% es la localización de inicio.
- Placas eritematosa muy bien delimitadas con escamas blanquecinas, en región occipital, parte superior de cuello , retroauriculares e incluso puede sobrepasar la linea de implantación del pelo.
- Esta forma clínica se asocia al desarrollo de artritis psoriásica
- Gran impacto psicológico.
- Pueden afectar a la línea de implantación del cabello y sobrepasarla afectando el área facial, con descamación y placas que se hacen visibles.
- Presentacion clínica muy variable (de formas leves a graves y recalcitrantes).

Dificultad en cuanto al tratamiento por lo difícilmente accesible  
y la cercanía al área facial

### REFERENCIAS:

1. Sola-Ortigosa J, Sánchez-Regaña M, Umbert-Millet P. Psoriasis del cuero cabelludo. Actas Dermosifiliogr. 2009;100:536-43
2. Puig L, Ribera M, Hernanz JM, et al. Tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo. Revisión de la evidencia y Consenso Delphi del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Actas Dermosifiliogr. (101); 10: 827-846



Imágenes del fondo fotográfico propio de las autoras

## DIAGNÓSTICO

- Localizaciones más frecuentes: nivel retroauricular, más allá de la línea de implantación del cabello, zonas periféricas faciales (fronto-temporal y la parte superior de la zona nucal).

### Síntomas mas frecuentes:

- Descamación
- Eritema
- Prurito

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Dermatitis seborreica
- LES discoide crónico
- Pénfigo seborreico
- Dermatitis de contacto alérgica
- Dermatitis atópica con sobreinfección
- Queratosis actínicas
- Pénfigo vulgar
- Enfermedad de Bowen (en placas únicas)
- Micosis cutáneas (Tinea capititis...)
- Dermatomiositis con afectación del cuero cabelludo

### REFERENCIAS:

1. Sola-Ortigosa J, Sánchez-Regaña M, Umbert-Millet P. Psoriasis del cuero cabelludo. Actas Dermosifiliogr. 2009;100:536-43
2. Puig L, Ribera M, Hernanz JM, et al. Tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo. Revisión de la evidencia y Consenso Delphi del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Actas Dermosifiliogr. (101); 10: 827-846



Imágenes del fondo fotográfico propio de las autoras

## TRATAMIENTO

- Queratolíticos (ácido salicílico 2%, urea 10-40%, acido glicólico)
- Brea de hulla, ictiol
- Ditranol
- Antifungicos (ciclopirox 1,5%, ketoconazol 2%, clotrimazol 2%)
- Retinoides
- Corticoides de alta potencia
- Análogos de vitamina D

### Importancia del vehículo

- Espumas
- Laser
- Cremas
- Pomadas
- Champú
- Emulsión

### REFERENCIAS:

1. Sola-Ortigosa J, Sánchez-Regaña M, Umbert-Millet P. Psoriasis del cuero cabelludo. Actas Dermosifiliogr. 2009;100:536-43
2. Puig L, Ribera M, Hernanz JM, et al. Tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo. Revisión de la evidencia y Consenso Delphi del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Actas Dermosifiliogr. (101); 10: 827-846



Imágenes de Freepik



Imágenes de Freepik

## 8.4. AFECTACIÓN DE OTRAS DERMATOSIS EN EL PELO

AUTORES: Sánchez-Miguet Génova E. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moncada. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.  
Buñuel Granados JM. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Tauste. Zaragoza . Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.

# Dermatitis Atópica

- Puede asociarse a alopecia areata.
- La inflamación y rascado crónicos favorecen la disfunción folicular.
- En brotes severos aparecen costras, eccema en cuero cabelludo
- El tratamiento precoz de los brotes mejora la salud capilar.

## Manejo:

- Emolientes + corticoides tópicos  
Derivar si alopecia areata extensa



Imagen de Freepik

## REFERENCIAS:

- 1.-Pestana M, Brito Caldeira M, Duarte B. Dermatitis atópica y alopecia areata multilocular tratadas simultáneamente con baricitinib. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2024;115(2):T200–1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2023.11.002>
- 2.-Dermatosis pustulosa erosiva [Internet]. DermNet®. DermNet; 2023 [citado el 14 de abril de 2025]. Disponible en: <https://dermnetnz.org/topics/eruptive-pustular-dermatosis>
- 3.-Semkova K, Tchernev G, Wollina U. Dermatosis pustulosa erosiva (dermatosis atrófica crónica del cuero cabelludo y las extremidades). Clin Cosmet Investig Dermatol [Internet]. 2013;6:177–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/CCID.S47019>

# Dermatosis Pustulosa Erosiva del Cuero Cabelludo (DPECC)

- Afección poco común, crónica, no parece que la infección sea la causa principal.
- Predomina en personas mayores.
- Lesiones costrosas, pustulosas y erosiones  
Puede causar alopecia cicatricial.

## Manejo:

- Eliminación de la costra (permanganato potásico o ácido acético)
- Antibióticos antiinflamatorios (minociclina)
- Corticoides tópicos potentes Tacrolimus de mantenimiento
- Crioterapia, terapia fotodinámica, sulfato de zinc, dapsona, isotretinoína.



Imagen de Freepik

## REFERENCIAS:

- 1.-Pestana M, Brito Caldeira M, Duarte B. Dermatitis atópica y alopecia areata multilocular tratadas simultáneamente con baricitinib. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2024;115(2):T200-1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2023.11.002>
- 2.-Dermatosis pustulosa erosiva [Internet]. DermNet®. DermNet; 2023 [citado el 14 de abril de 2025]. Disponible en: <https://dermnetnz.org/topics/eruptive-pustular-dermatosis>
- 3.-Semkova K, Tchernev G, Wollina U. Dermatosis pustulosa erosiva (dermatosis atrófica crónica del cuero cabelludo y las extremidades). *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2013;6:177-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/CCID.S47019>

# Otras Dermatosis Inflamatorias

- **Lupus cutáneo:** puede producir alopecia cicatricial si no se trata.
- **Liquen plano pilar:** inflamación folicular periférica.
- **Psoriasis:** descamación + fragilidad capilar.

## Manejo:

- Diagnóstico precoz y derivación a dermatología



Imagen de acceso libre en de acceso libre en:  
[https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult?img=PMC4436232\\_PDI  
A-32-22377-g001&req=4](https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult?img=PMC4436232_PDI_A-32-22377-g001&req=4)

## REFERENCIAS:

- 1.-Pestana M, Brito Caldeira M, Duarte B. Dermatitis atópica y alopecia areata multilocular tratadas simultáneamente con baricitinib. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2024;115(2):T200–1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2023.11.002>
- 2.-Dermatosis pustulosa erosiva [Internet]. DermNet®. DermNet; 2023 [citado el 14 de abril de 2025]. Disponible en: <https://dermnetnz.org/topics/eruptive-pustular-dermatosis>
- 3.-Semkova K, Tchernev G, Wollina U. Dermatosis pustulosa erosiva (dermatosis atrófica crónica del cuero cabelludo y las extremidades). *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2013;6:177–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/CCID.S47019>



## 8.5. PEDICULOSIS CAPITIS

AUTORES: Rodrigo Fernández de Heredia I. CS Fuencarral. Madrid. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.  
Gil Miñana M. CS Camargo Interior. Santander. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.

# ¿Qué es la *Pediculosis capitis*?

Infestación del cuero cabelludo por el parásito *Pediculus humanus capitis* (piojo).

- Se transmite por **contacto directo** (principal vía) o fómites (raro).
- Afecta sobre todo a niños de 3 a 11 años.
- **No** se contagia por mascotas.
- **No** afecta a las cejas ni a las pestañas → pensar en pediculosis pubis.



## Síntomas principales

- La mayoría son **asintomáticos**.
- Prurito intenso en la nuca y detrás de las orejas (reacción alérgica a la saliva del piojo).
- Sensación de cosquilleo por el movimiento de piojos.
- Liendres adheridas a los tallos del cabello cerca del cuero cabelludo.
- Pueden aparecer adenopatías cervicales u occipitales.
- Lesiones por rascado ( complicación más frecuente → sobreinfección bacteriana).

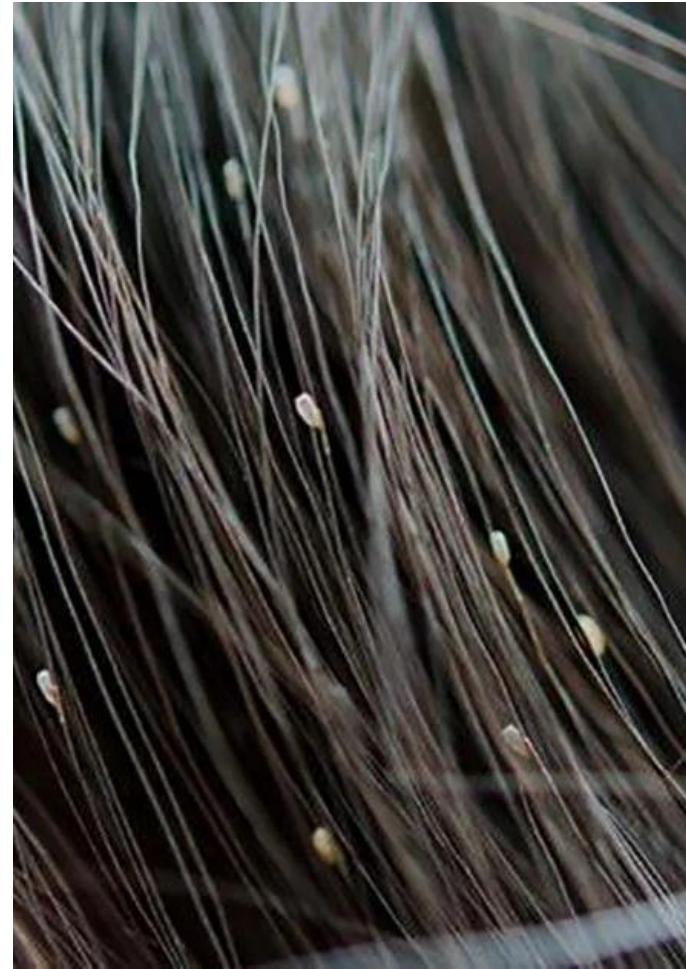
## DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- **Confirmación visual** de piojos o liendres viables (se necesitan de 5-15 minutos para inspección).
- Uso de peine fino (wet combing) mejora detección (>90%).
- Dermatoscopia útil en casos dudosos.

Sólo se considera infestación activa si se detecta al menos un piojo vivo o liendres viables.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Caspa o dermatitis seborreica.
- Líquen simple crónico
- Suciedad
- Vainas peripapilares
- Piedra blanca/negra (infección fungica).
- Parasitosis delirante (Matchbox sign).



Imágenes tomadas de Chang P. Pediculosis capitis [Internet].  
PIEL-L Latinoamericana. 2021 [citado el 11 de junio de 2025].  
Disponible en: <https://piel-l.org/blog/49286>



Imágenes tomadas de Chang P. Pediculosis capitis [Internet]. PIEL-L Latinoamericana. 2021 [citado el 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://piel-l.org/blog/49286>

## TRATAMIENTO sólo en infestación activa

### Tratamiento de Primera Línea

- **Peinado** de pelo húmedo con ladrera.
- **Permetrina** al 1% (sobre cabello seco, 10 min)

\* si tras dos aplicaciones con 7 días de diferencia persisten piojos vivos, valorar otro tratamiento.

### Otras opciones

- Dimeticona (asfixia mecánica).
- Ivermectina (tópica u oral en casos resistentes).
- Malatión, cotrimoxazol (uso específico).

### Medidas complementarias

- Lavar ropa con agua caliente (>50°C).
- Evitar compartir peines, toallas o gorros.

El picor puede tardar semanas en desaparecer y no indica infección activa ni resistente

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Falta de respuesta tras 2 ciclos completos de tratamiento tópico.
- Sospecha de complicaciones
- Infestaciones extensas y recurrentes en contexto social vulnerable

## 9. Alopecias cicatriciales

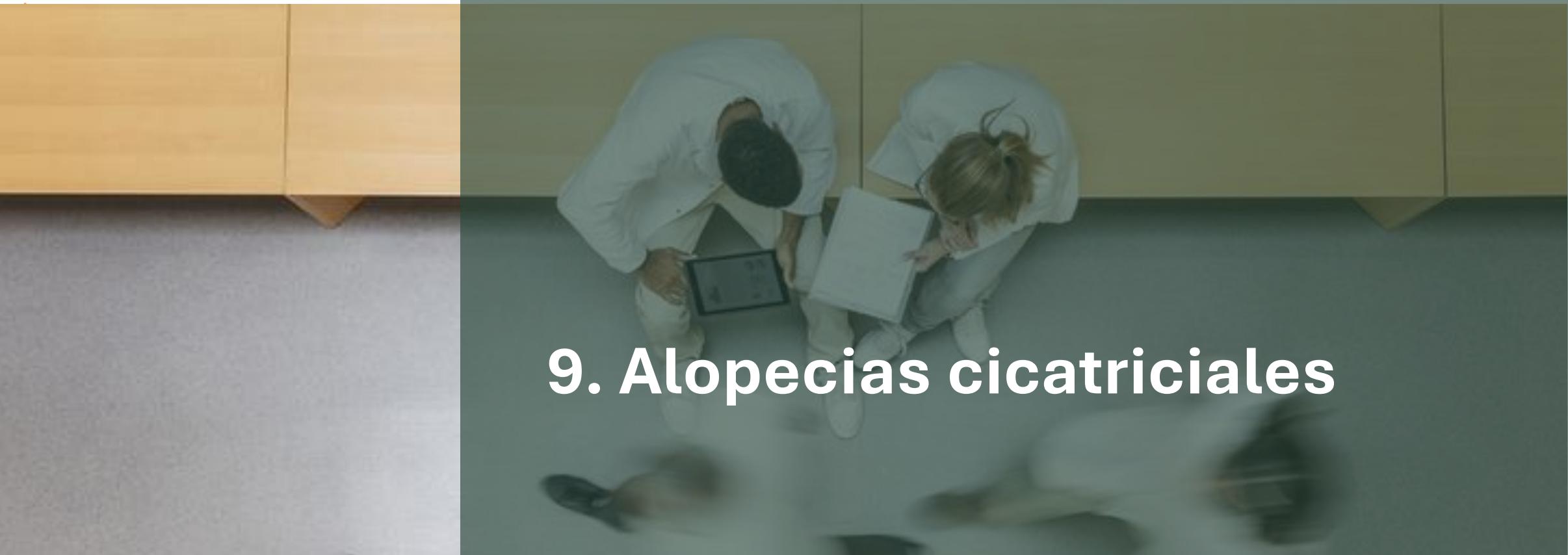




Imagen propia del autor

## 9.1. ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

AUTORES: Alonso Fernández M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tordesillas . Valladolid . Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.  
Vesga Villaverde V. Residente R4. Medicina Familiar y Comunitaria, CS Tordesillas. Valladolid. Miembro del GT de Dermatología SEMERGEN.



## CLÍNICA

- Alopecia **cicatricial** de etiología multifactorial, caracterizada por un retroceso de la línea de implantación capilar frontal y/o temporal con extensión ocasional occipital. Se acompaña frecuentemente de pérdida total o parcial de las cejas. La piel afectada se torna fina, pálida, atrófica, brillante y sin folículos en contraste con la sana. Afecta fundamentalmente a mujeres postmenopáusicas, con una edad media de 60 años.

### REFERENCIAS:

- Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J. Alopecia frontal fibrosante: la importancia del diagnóstico temprano. FMC Form Med Contin Aten Prim. 2021 sep.
- Kerkemeyer KLS, Eisman S, Bhoyrul B, Pinczewski J, Sinclair RD. Frontal fibrosing alopecia. Clin Dermatol. 2020 oct.
- Imhof R, Tosti SN. Manejo óptimo de la alopecia frontal fibrosante: una guía práctica. Dermatol Clín Cosm Investig. 2020.
- Krzesłowska W, Woźniacka A. El dilema del tratamiento de la alopecia frontal fibrosante. Rev Med Clín. 2024;13(7):2137. <https://doi.org/10.3390/jcm13072137>
- Agbai ON. Frontal fibrosing alopecia. UpToDate. 2025 mar.



## DIAGNÓSTICO

- Fundamentalmente clínico y dermatoscópico, en la tricoscopia se objetiva descamación perifolicular, eritema con capilares ramificados y ausencia de aperturas foliculares.
- El estudio histológico se reserva para casos dudosos, observando infiltrado inflamatorio de patrón liquenoide perifolicular y fibrosis concéntrica en fases avanzadas.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Líquen plano pilaris
- Alopecia androgenética
- Alopecia cicatricial central centrífuga
- Tricotilomanía
- Dermatitis seborreica
- Alopecia areata
- Pseudopelada de Brocq
- Lupus eritematoso discoide

### REFERENCIAS:

- Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J. Alopecia frontal fibrosante: la importancia del diagnóstico temprano. FMC Form Med Contin Aten Prim. 2021 sep.
- Kerkemeyer KLS, Eisman S, Bhoyrul B, Pinczewski J, Sinclair RD. Frontal fibrosing alopecia. Clin Dermatol. 2020 oct.
- Imhof R, Tosti SN. Manejo óptimo de la alopecia frontal fibrosante: una guía práctica. Dermatol Clín Cosm Investig. 2020.
- Krzesłowska W, Woźniacka A. El dilema del tratamiento de la alopecia frontal fibrosante. Rev Med Clín. 2024;13(7):2137. <https://doi.org/10.3390/jcm13072137>
- Agbai ON. Frontal fibrosing alopecia. UpToDate. 2025 mar.

## TRATAMIENTO

- No existe tratamiento curativo. La evolución de la enfermedad es autolimitada independientemente del tratamiento, pero éste puede mejorar la extensión.
- El tratamiento tópico con corticoides, tacrolimus 0.1% o minoxidilo al 3-5%, asociado o no con ácido retinoico es de eficacia controvertida, pero parece mejorar la evolución de la alopecia.
- Se han empleado corticoides intralesionales, prednisona oral 0.5-1 mg/k/d o cloroquina 150-200 mg, aunque en la actualidad se aconseja el uso de inhibidores de la 5α-reductasa ( finasterida 2.5- 5 mg mg o dutasterida 0.5 mg) por su mayor potencial en enlentecer la progresión.
- En caso de fracaso terapéutico se ha empleado doxiciclina, pioglitazona, inmunosupresores, retinoides orales, fototerapia o técnicas quirúrgicas.

Imagen propia del autor

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Progresión rápida de la enfermedad
- Afectación significativa: áreas más allá de la línea frontal (cejas, pestañas o vello corporal)
- Síntomas asociados (prurito, quemazón, inflamación) refractarios a tratamiento tópico
- Dudas diagnósticas
- Alto impacto emocional o psicológico
- Falta de respuesta al tratamiento inicial

### REFERENCIAS:

- Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J. Alopecia frontal fibrosante: la importancia del diagnóstico temprano. FMC Form Med Contin Aten Prim. 2021 sep.
- Kerkemeyer KLS, Eisman S, Bhoyrul B, Pinczewski J, Sinclair RD. Frontal fibrosing alopecia. Clin Dermatol. 2020 oct.
- Imhof R, Tosti SN. Manejo óptimo de la alopecia frontal fibrosante: una guía práctica. Dermatol Clín Cosm Investig. 2020.
- Krzesłowska W, Woźniacka A. El dilema del tratamiento de la alopecia frontal fibrosante. Rev Med Clín. 2024;13(7):2137. <https://doi.org/10.3390/jcm13072137>
- Agbai ON. Frontal fibrosing alopecia. UpToDate. 2025 mar.



Cortesía Dra. A. Martín Fuentes

## 9.2. LIQUEN PLANO PILAR

AUTORAS: Ramos Lledó E. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cifuentes. Guadalajara. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.  
Chuquipuma Puma O. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Gaudí-Barcelona. Colaboradora Interna del GT Dermatología SEMERGEN.

## CLÍNICA

- Alopecia cicatricial probablemente autoinmune que produce inflamación, fibrosis y destrucción de los folículos pilosos. Es más frecuente en mujeres adultas de mediana edad. Los principales síntomas y signos son:
- Placas de alopecia cicatricial de distribución irregular (vértex y áreas parietales) con pápulas rojizas, hiperqueratosis y máculas blancas sin presencia de folículos. En los límites aparecen escamas y eritema perifolicular que se desprenden fácilmente.
- Puede aparecer picor, descamación, escozor o dolor.
- Puede asociarse a LP cutáneo, en mucosas o en uñas.



Cortesía Dra. A. Martín Fuentes

### REFERENCIAS:

- Shapiro J & Otberg N. Lichen planopilaris. UpToDate. Jan2025; <http://www.uptodate.com/contents/lichen-planopilaris>
- Vendramini D, Silveira B, Duque-Estrada B. Isolated Body Hair Loss: An Unusual Presentation of Lichen Planopilaris. Skin Appendage Disord. 2016 Sep 14;2(3-4):97–99
- Xufeng D, Yuqian L, Qilin Z. Focal and diffuse fibrosing alopecias: Classical lichen planopilaris, frontal fibrosing alopecia, fibrosing alopecia with a pattern distribution, cicatricial pattern hair loss, and lichen planopilaris diffuse pattern. JAAD Case Rep. 2020 Apr 29;6(5):403-410.

## DIAGNÓSTICO

- Fundamentalmente clínico y Anamnesis
- Exámen clínico de piel y cabello: placas de alopecia con eritema perifolicular y descamación discreta.
- Tricoscopia: disminución de densidad capilar, descamación y eritema perifolicular, puntos blancos y reducción o ausencia de aperturas foliculares.
- Biopsia en zonas activas si existen dudas.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lupus eritematoso discoide
- Alopecia areata
- Pseudopelada de Brocq
- Alopecia central centrífuga
- Alopecia mucinosa
- Foliculitis disecante
- Foliculitis decalvante
- Tiña del cuero cabelludo

### REFERENCIAS:

- Shapiro J & Otberg N. Lichen planopilaris. UpToDate. Jan2025; <http://www.uptodate.com/contents/lichen-planopilaris>
- Vendramini D, Silveira B, Duque-Estrada B. Isolated Body Hair Loss: An Unusual Presentation of Lichen Planopilaris. Skin Appendage Disord. 2016 Sep 14;2(3-4):97–99
- Xufeng D, Yuqian L, Qilin Z. Focal and diffuse fibrosing alopecias: Classical lichen planopilaris, frontal fibrosing alopecia, fibrosing alopecia with a pattern distribution, cicatricial pattern hair loss, and lichen planopilaris diffuse pattern. JAAD Case Rep. 2020 Apr 29;6(5):403-410.

## TRATAMIENTO

- El diagnóstico precoz es fundamental para retrasar la progresión de la enfermedad y aliviar los síntomas
- Las principales opciones de tratamiento son:
- **Terapias locales:** Corticoides tópicos de potencia elevada o infiltrados o vía oral, en enfermedad leve a moderada.
- **Terapia sistémica:** En pacientes con rápida evolución de la enfermedad o que no respondan a la primera línea del tratamiento.
  - Antipalúdicos (Hidroxicloroquina).
  - Retinoides orales. Isotretinoína
  - Inmunosupresores (Ciclosporina, Micofenolato mofetil, Metotrexato).
  - Trasplante de cabello en zonas NO activas
  - Otras terapias: Pioglitazona
- El minoxidil a 2-5% es útil en la fase de mantenimiento, puede prevenir la fibrosis en combinación con esteroides tópicos.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Dudas diagnósticas
- Erupción cutánea que no mejora con corticoides tópicos.
- Sospecha de alopecia cicatricial.
- Progresión rápida de la enfermedad
- Alto impacto emocional o psicológico.

### REFERENCIAS:

- Shapiro J & Otberg N. Lichen planopilaris. UpToDate. Jan2025; <http://www.uptodate.com/contents/lichen-planopilaris>
- Vendramini D, Silveira B, Duque-Estrada B. Isolated Body Hair Loss: An Unusual Presentation of Lichen Planopilaris. Skin Appendage Disord. 2016 Sep 14;2(3-4):97-99
- Xufeng D, Yuqian L, Qilin Z. Focal and diffuse fibrosing alopecias: Classical lichen planopilaris, frontal fibrosing alopecia, fibrosing alopecia with a pattern distribution, cicatricial pattern hair loss, and lichen planopilaris diffuse pattern. JAAD Case Rep. 2020 Apr 29;6(5):403-410.



[https://commons.wikimedia.org/wiki/  
File:Discoid\\_lupus\\_etythermayouses\\_new\\_image.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Discoid_lupus_etythermayouses_new_image.jpg)

## 9.3. LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO CRÓNICO (LUPUS DISCOIDE)

AUTORES: Blanco Leira JA. CSU. S. Pablo. Sevilla. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.

De la Cruz Campos A. R4 Medicina Familiar y Comunitaria. UDM Córdoba-Guadalquivir. CS Aeropuerto. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.

## CARACTERÍSTICAS LESIONALES: (80% POR ENCIMA DEL CUELLO)

- Placas rojizas con eritema y descamación
- Hiperqueratosis folicular, folículos con queratina
- Atrofia cutánea, piel lisa y brillante en áreas cicatrizadas
- Hiperpigmentación periférica e hipopigmentación central
- Olículos reemplazados por tejido fibroso: alopecia irreversible

## CLÍNICA:

- Placas ovaladas, redondas o anulares con regresión central
- Prurito escaso
- Fotosensibilidad



[https://commons.wikimedia.org/wiki/  
File:Discoid\\_lupus\\_etythermayouses\\_new\\_image.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Discoid_lupus_etythermayouses_new_image.jpg)



Tomada de :<http://dermatoweb.udl.es/atlas.php?letra=l&idsubmenu=2550&idapartat=3467&idsubapartat=&p ag=3>

## DIAGNÓSTICO:

- 1º Evaluación clínica de las lesiones.
- 2º Dermoscopia: puntos rojos de vasos dilatados
- 3º Exploración:Ausencia folículos pilosos.
- 4º Biopsia: infiltrado linfocito Pérdida membrana basal
- 5º Depósitos IGG/IGM en unión dermoepidérmica

## TRATAMIENTO

- Medidas generales (protección solar) y evitar factores desencadenantes Tópico: GCI alta potencia (clobetasol propionato 0,05% o betametasona dipropionato 0,05% 1 o 2 veces al día) o inhibidores de la calcineurina (Tacrolimus 0,1% o Pimecrolimus 0,1% 2 veces al día en áreas fotoexpuestas)
- Sistémico: Antipalúdicos (Hidroxicloroquina 200-400mg/día. Riesgo toxicidad retiniana), corticoides sistémicos (Prednisona 0,5-1 mg/kg/día) o inmunosupresores (Metotrexato 7,5-25 mg una vez por semana, Azatioprina 1-3 mg/kg/día o Micofenilato mofetilo 1-2 g/día)
- Si remisión prolongada, suspensión de tratamiento de forma gradual.
- Considerar suplementación con vitamina D si deficiencia concomitante

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- **Diagnóstico incierto:** Cuando las lesiones cutáneas no son típicas o hay sospecha de otras dermatosis.
- **Falta de respuesta al tratamiento:** Si no hay mejoría tras 8-12 semanas de tratamiento adecuado.
- **Afectación extensa o cicatricial:** Particularmente en áreas visibles o funcionalmente importantes.
- **Sospecha de progresión a LES:** Presencia de síntomas sistémicos o serologías positivas.
- **Necesidad de tratamientos sistémicos:** Cuando se considera iniciar inmunosupresores o terapias biológicas.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Dermatitis seborreica:** escamas grisáceas gruesas. Áreas de extensión. Prurito intenso. Signo de Auspitz positivo. Achantosis regular y paraqueratosis
- **Prurigo actinico:** placas o nódulos muy puriginosos. Infiltrado linfohistocitaria e hiperqueratosis irregular. Ausencia de respuesta antipalúdicos
- **Tinea corporis facial:** placas anulares con bordes activos y descamación central. Prurito. Examen KOH y cultivo micológico positivo. Hifas en capa córnea e inflamación perifolicular
- **Lepra tuberculoide:** placas hipopigmentadas y eritematosas con bordes definidos y centro trófico. Analgesia zona afecta. Granulomas epiteloides con células gigantes
- **Sarcoidosis:** placas infiltradas, violáceas o color piel, no descamativas. Síntomas sistémicos. Granulomas no caseificantes “en nido” sin necrosis.



# Bibliografía

1. Sistema Nacional de Salud – GuíaSalud (SESCS, 2015). *Guía de Práctica Clínica sobre Lupus Eritematoso Sistémico*.
2. *Guía de Referencia Rápida para Lupus Eritematoso Sistémico* (IMSS – México, adaptada al contexto hispanoamericano).
3. *British Association of Dermatologists' Guidelines for the management of cutaneous lupus erythematosus 2016 (actualización más reciente)*
4. *DermNet NZ – Cutaneous Lupus Erythematosus*
5. *DermAtlas* (Johns Hopkins University). Durosini mi-Etti FA, et al. "Cutaneous lupus erythematosus: an update". *Dermatologic Clinics*. 2021; 39(1): 29–44
6. Kuhn A, et al. "Recommendations for the treatment of cutaneous lupus erythematosus"
7. *Lupus*. 2015;24(6):694–705.
8. "Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento" – Thomas Habif. 6<sup>a</sup> edición.
9. Josef Symon Salgado Concha, Victoria P Werth - Alopecias in lupus erythematosus: *Lupus Science & Medicine* 2018;5:e000291.
10. Walling, H. W., & Sontheimer, R. D. (2009). "Cutaneous Lupus Erythematosus: Issues in Diagnosis and Treatment". *American Journal of Clinical Dermatology*.
11. *Discoid Lupus Erythematosus*". Tomado de website : <https://dermnetnz.org/topics/discoid-lupus-erythematosus>.
12. Werth VP. Clinical manifestations of cutaneous lupus erythematosus. *Autoimmun Rev*. 2005;4(5):296–302.
13. Walling HW, Sontheimer RD. Cutaneous lupus erythematosus: issues in diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2009;10(6):365–.



## 9.4. FOLICULITIS DECALVANTE

AUTORAS: Prieto Alonso A. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mirasierra. Madrid. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.  
Sánchez Martínez IM. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Armilla. Granada. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.

## CLÍNICA:

- Alopecia cicatricial neutrofílica
- Alopecia secundaria poco común
- Predominio en varones jóvenes (30-35 años)
- Causa desconocida
- (susceptibilidad inmunológica frente a **S. Aureus**)
- Curso crónico y progresivo
- Brotes de foliculitis de repetición
- Coronilla > barba > genitales
- Inflamación → Pústulas y costras pruriginosas → Destrucción del folículo piloso → Placas de alopecia irreversible



### REFERENCIAS:

- Abai Díaz L, Soriay X, Casanova-Seuma JM. Alopecias Cicatriciales. Actas Dermosifiliogr. 2012.
- López Mateos A, Plata Clemente S, Guerrero Ramírez C, Azaña Defez JM. Foliculitis Decalvante Liquenoide Crónica. Actas Dermosifiliogr. 2022.
- Kashikar Y, Saoji V, Madke B, Chandak MS, Meghe S. Successful Management of Folliculitis Decalvans. Cureus. 2024.
- Rambhia PH, Conic RRZ, Murad A, Atanaskova-Mesinkovska N, Piliang M, Bergfeld W. Updates in therapeutics for folliculitis decalvans: A systematic review with evidence-based analysis. J Am Acad Dermatol. 2019.
- Lynne J. Goldberg, MD “Folliculitis Decalvans” UpToDate, Marzo 2025
- DermNet NZ: <https://dermnetnz.org>



## DIAGNÓSTICO

- Clínico, fundamentalmente
- Cultivo de las pústulas
- **Tricoscopia:** eritema perifolicular, pápulas, pústulas, costras y pelos en penacho
- **Biopsia:** Infiltrado inflamatorio perifolicular neutrofílico

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Celulitis disecante
- Acné queloide de la nuca
- Dermatosis pustulosa erosiva
- Tinea capitis
- Líquen plano pilaris
- Lupus eritematoso discoide
- Alopecia cicatricial centrífuga central

### REFERENCIAS:

- Abai Díaz L, Soriay X, Casanova-Seuma JM. Alopecias Cicatriciales. Actas Dermosifiliogr. 2012.
- López Mateos A, Plata Clemente S, Guerrero Ramírez C, Azaña Defez JM. Folliculitis Decalvante Liquenoide Crónica. Actas Dermosifiliogr. 2022.
- Kashikar Y, Saoji V, Madke B, Chandak MS, Meghe S. Successful Management of Folliculitis Decalvans. Cureus. 2024.
- Rambhia PH, Conic RRZ, Murad A, Atanaskova-Mesinkovska N, Piliang M, Bergfeld W. Updates in therapeutics for folliculitis decalvans: A systematic review with evidence-based analysis. J Am Acad Dermatol. 2019.
- Lynne J. Goldberg, MD "Folliculitis Decalvans" UpToDate, Marzo 2025
- DermNet NZ: <https://dermnetnz.org>

## TRATAMIENTO

### Tópico:

- Corticoides +/-
- Antibiótico (no efectivo en monoterapia)
- Coadyuvantes: Dapsona, infiltración de corticoides intralesionales

### Sistémico (casos severos):

- Antibioterapia oral\*
- Corticoterapia
- Inmunosupresores
- Isotretinoína

Otros: Trasplante capilar, Plasma **rico en plaquetas (PRP)**

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Sospecha de alopecia cicatricial (irreversible)
- Afectación muy extensa o progresión
- Dolor intenso, prurito severo, importante afectación de la calidad de vida
- Ausencia de respuesta a tratamiento
- Necesidad de tratamiento sistémico especializado (Isotretinoína)

### \*Antibioterapia oral:

#### 1º Segundo cultivo y antibiograma

#### 2º Antibiótico oral combinado:

- Rifampicina 300 mg/12 h + Clindamicina 200 mg/12 h
- x 10 semanas
- Ácido fusídico 500 mg/24 h x 3 semanas
- Tetraciclinas asociadas a ácido fusídico tópico

### REFERENCIAS:

- Abai Díaz L, Soriay X, Casanova-Seuma JM. Alopecias Cicatriciales. Actas Dermosifiliogr. 2012.
- López Mateos A, Plata Clemente S, Guerrero Ramírez C, Azaña Defez JM. Foliculitis Decalvante Liquenoide Crónica. Actas Dermosifiliogr. 2022.
- Kashikar Y, Saoji V, Madke B, Chandak MS, Meghe S. Successful Management of Folliculitis Decalvans. Cureus. 2024.
- Rambhia PH, Conic RRZ, Murad A, Atanaskova-Mesinkovska N, Piliang M, Bergfeld W. Updates in therapeutics for folliculitis decalvans: A systematic review with evidence-based analysis. J Am Acad Dermatol. 2019.
- Lynne J. Goldberg, MD "Folliculitis Decalvans" UpToDate, Marzo 2025
- DermNet NZ: <https://dermnetnz.org>



## 9.5. CELULITIS DISECANTE

AUTORAS: Morán Oliva P. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ramón y Cajal. Alcorcón. Madrid. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.

Kolakowska N. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Plata, Torrejón de Ardoz. Madrid. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN.

## Definición

- Es una alopecia inflamatoria crónica cicatricial neutrofílica primaria. Se forman nódulos inflamatorios y fistulas en cuero cabelludo, con aparición de placas alopécicas cicatrales en estadios avanzados.

## Epidemiología

- Etiología desconocida. Suele ser más prevalente en hombres de edad media, entre los 18-40 años.
- Puede formar parte de la “tetravalente de oclusión folicular” junto con el acné conglobata, adenitis supurativa y los quistes pilonidales.



## CLÍNICA

- **Nódulos supurativos**, sobre todo en la zona parietal, vértice y occipital.
- Suele ser exudado estéril, pero puede coexistir con una infección concomitante de *S. aureus*, *P. aeruginosa*, etc.



- **Pérdida de folículo piloso**, sobre todo en las zonas donde existen nódulos con una **distribución parcheada**



### REFERENCIAS:

Rivas Ulenque CZ. Celulitis disecante del cuero cabelludo a propósito de un caso. Gac Med Bol 2021; 44(1): 113-115. <https://doi.org/10.47993/gmb.v44i1.234> Imágenes obtenidas: Ciosalud. Celulitis disecante del cuero cabelludo [Internet]. ciosalud.com. [Fecha de acceso: 21 abr 2025]. Disponible en: <https://ciosalud.com/celulitis-disecante-del-cuero-cabelludo/>

## DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico se basa sobre todo en la clínica, pero frecuentemente se precisa un cultivo para descartar infección secundaria.
- Cuando existen dudas diagnósticas, la biopsia sirve para confirmar y para el diagnóstico diferencial con otras alopecias cicatriciales.

### Dermatoscopia (tricoscopia):

- Fase inicial:** puntos amarillos y negros, folículos vacíos.
- Fase avanzada:** zonas amarillas sin estructuras visibles, tallos pilosos distroficos con superposición de puntos amarillos
- Fase terminal:** áreas blanquecinas tipo marfil sin objetivar estructuras foliculares en su interior
- Fase inicial:** puntos amarillos y negros, folículos vacíos.
- Fase avanzada:** zonas amarillas sin estructuras visibles, tallos pilosos distroficos con superposición de puntos amarillos
- Fase terminal:** áreas blanquecinas tipo marfil sin objetivar estructuras foliculares en su interior

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Foliculitis decalvante
- Acné queloideo
- Foliculitis con origen bacteriano
- Quiste pilar
- Querion de Celso



### REFERENCIAS:

Alexis, A F. Dissecting cellulitis of the scalp. UpToDate [Internet]. 2025 Apr 21 [citado 2025 Apr 21]. Disponible en: <https://www-upToDate.com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/dissecting-cellulitis-of-the-scalp>

Imágenes obtenidas: Ciosalud. Celulitis disecante del cuero cabelludo [Internet]. ciosalud.com. [Fecha de acceso: 21 abr 2025]. Disponible en: <https://ciosalud.com/celulitis-disecante-del-cuero-cabelludo/>

## TRATAMIENTO

- **Tetraciclinas. Doxiciclina** (100mg cada 12 horas durante 3 meses) es el tratamiento de 1º línea.
- Si la respuesta es adecuada, se continuaría durante otros 3 meses. Si no es efectivo, se optaría por otros fármacos como la minociclina o retinoides orales.
- **Retinoides orales.** 2º línea si las tetraciclinas no son efectivas. En algunas ocasiones es considerado como 1º línea, pero es preferible un intento con tetraciclinas para disminuir los efectos adversos.
- **Inhibidores del TNF (Adalimumab o Infliximab) o terapia combinada con Clindamicina/Rifampicina.** Se utilizan cuando los retinoides orales no se pueden utilizar

\*\* Para pacientes con nódulos dolorosos se pueden utilizar corticoides intralesionales o incisión y drenaje para aliviar los síntomas. Es importante reseñar que no cambian el curso de la enfermedad, sirven para aliviar los síntomas.



### REFERENCIAS:

Alexis, A F. Dissecting cellulitis of the scalp. UpToDate [Internet]. 2025 Apr 21 [citado 2025 Apr 21]. Disponible en: <https://www.uptodate.com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/dissecting-cellulitis-of-the-scalp>

Imágenes obtenidas: Ciosalud. Celulitis disecante del cuero cabelludo [Internet]. ciosalud.com. [Fecha de acceso: 21 abr 2025]. Disponible en: <https://ciosalud.com/celulitis-disecante-del-cuero-cabelludo/>



## 10. Manifestaciones en el cuero cabelludo de patologías sistémicas y tratamientos



## 10.1. Afectaciones por enfermedades sistémicas



## 10.1.1. ALOPECIA Y TIROIDES

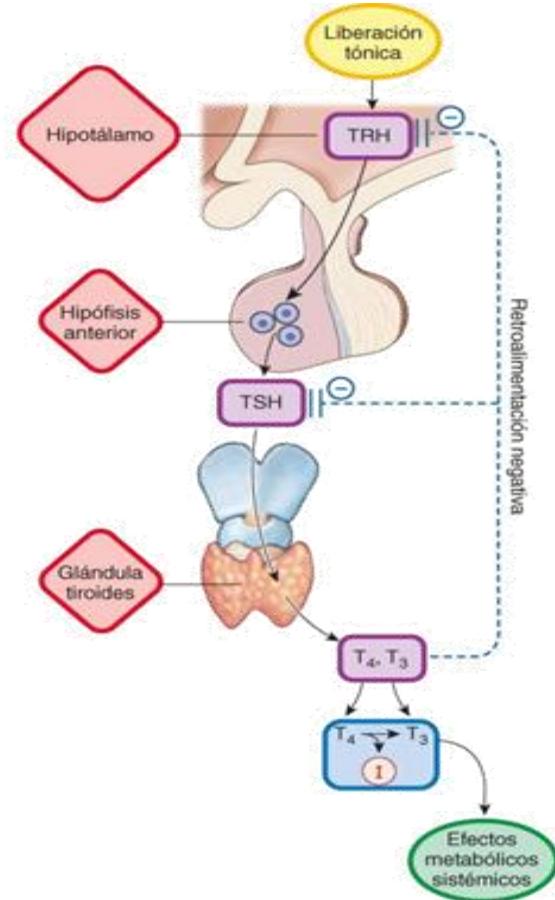
AUTORAS: Pérez Unanua MP. Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Castroviejo, Madrid. GT Diabetes, Endocrinología y Metabolismo SEMERGEN  
Ruiz Vela A. Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga. GT Dermatología y GT Diabetes, Endocrinología y Metabolismo SEMERGEN.

# Alopecia y patología tiroidea

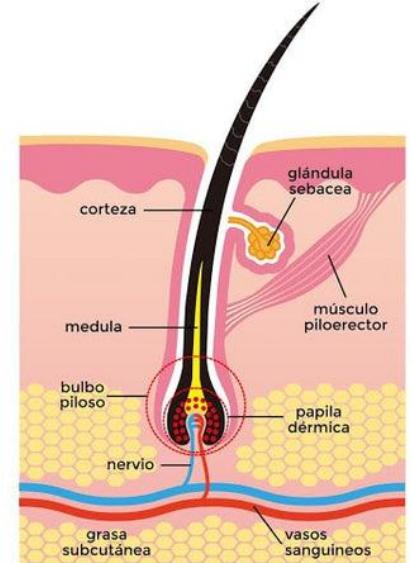
## Fisiopatología

- Las hormonas tiroideas controlan el crecimiento, diferenciación, metabolismo y termogénesis de las células corporales, incluido el folículo piloso.
- Tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo pueden provocar una caída generalizada del cabello:
  - El hipotiroidismo impide la división de las células epidérmicas y de los anejos de la piel, lo que conduce a la fase catágena y a un retraso en la reentrada del cabello telógeno a la fase anágena en algunas personas.
  - El hipertiroidismo favorece un estado oxidativo.
- Hasta en el 50% de las personas con hipertiroidismo y en el 33% con hipotiroidismo, se observa pérdida de cabello.

**Figura 1. Fisiología de las hormonas tiroideas**



**Figura 2. Estructura del folículo piloso**



Bibliografía de las figuras: <https://fisiologia.facmed.unam.mx/index.php/efecto-de-hormonas-tiroideas-y-hormonas-esteroideas/> y <https://pytcolombia.com/blogs/blog/estructura-del-cabello>

# Alopecia y patología tiroidea

## CLÍNICA

### Hipertiroidismo

- Acelera los ciclos capilares, provocando una caída prematura del cabello y un afinamiento de la queratina.
- Pelo fino y sedoso.
- Puede causar alopecia difusa no cicatricial.

### Hipotiroidismo

- Ralentización del metabolismo celular, afectando la regeneración capilar.
- Cabello de crecimiento lento, grueso, seco y quebradizo.
- Se puede observar pérdida del tercio externo de la ceja (madarosis) y/o alopecia difusa.



- Los pacientes con alopecia presentan entre un 8 y un 28 % patología tiroidea asociada y se detectan más autoanticuerpos antitiroideos (25,7%) que los individuos sanos (3,3%).
- La caída del cabello puede ocurrir meses antes de la manifestación de otros síntomas.
- El **TRATAMIENTO** sustitutivo adecuado de los niveles de T4 y T3, a menudo, detiene la pérdida del cabello.
- Cuidados capilares específicos, incluyendo suplementos nutricionales con vitaminas del complejo B y minerales como zinc y magnesio. Tratamientos tópicos para fortalecer la estructura del tallo piloso.
- Minoxidil 2-5% tópico en casos más severos.

# Tipos de alopecia



## EFLUVIO TELÓGENO (ET)

- Las hormonas T3 y T4 afectan a los folículos, haciéndolos particularmente sensibles durante la fase de crecimiento activo (anágena).
- El hipotiroidismo puede causar alopecia, caída prolongada (ET), así como un cabello seco, quebradizo y sin brillo
- El hipertiroidismo puede causar caída del cabello y reducir la resistencia a la tensión de los tallos pilosos
- Tricoscopia: folículos vacíos, puntos amarillos.



## ALOPECIA AREATA (AA)

- Causas: susceptibilidad genética, procesos autoinmunes y estrés potencial
- Las enfermedades tiroideas autoinmunes son más comunes en personas con AA.
- El 5% de los pacientes con AA tienen hipotiroidismo subclínico relacionado con tiroiditis de Hashimoto
- La afectación tiroidea es una comorbilidad en la AA, y es más frecuente en mujeres
- Tricoscopia: pelos en signo de exclamación, puntos amarillos y negros, pelos en coma.



## ALOPECIA ANDROGENETICA (AGA)

- En regiones central, frontal y parietal del cuero cabelludo.
- Hipotiroidismo en el 31,25% de los pacientes con AGA en un estudio, pero no hubo correlación entre la gravedad de la pérdida de cabello y la presencia de enfermedad tiroidea.
- Relación entre la alopecia androgénica y el síndrome metabólico, la resistencia a la insulina y/o el hipogonadismo.
- Tricoscopia: miniaturización de folículos, anisotricosis, puntos amarillos.



## 10.1.2. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN ERC

AUTORES: Valcarce Leonisio A. SUAP Solares. Cantabria. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN  
Romero Lerma A. CS Motril Centro. Granada. Miembro del GT Nefrourología y Respiratorio SEMERGEN

- La enfermedad renal crónica es una alteración progresiva e irreversible de la función renal, caracterizada por una disminución del filtrado glomerular y daño estructural en los riñones durante más de tres meses.
- Es una condición silenciosa en sus etapas iniciales, pero puede llevar a complicaciones graves como anemia, trastornos óseos, alteraciones cardiovasculares y, en fases avanzadas, necesidad de diálisis, hemodiálisis o trasplante renal.
- Entre sus complicaciones menos conocidas, se encuentra la alopecia, resultado de desequilibrios hormonales, deficiencias nutricionales (como hierro, zinc y proteínas), acumulación de toxinas urémicas y efectos secundarios de medicamentos.
- La pérdida de cabello en pacientes con ERC puede ser difusa o localizada, y suele ser un indicador de deterioro metabólico y malnutrición crónica.

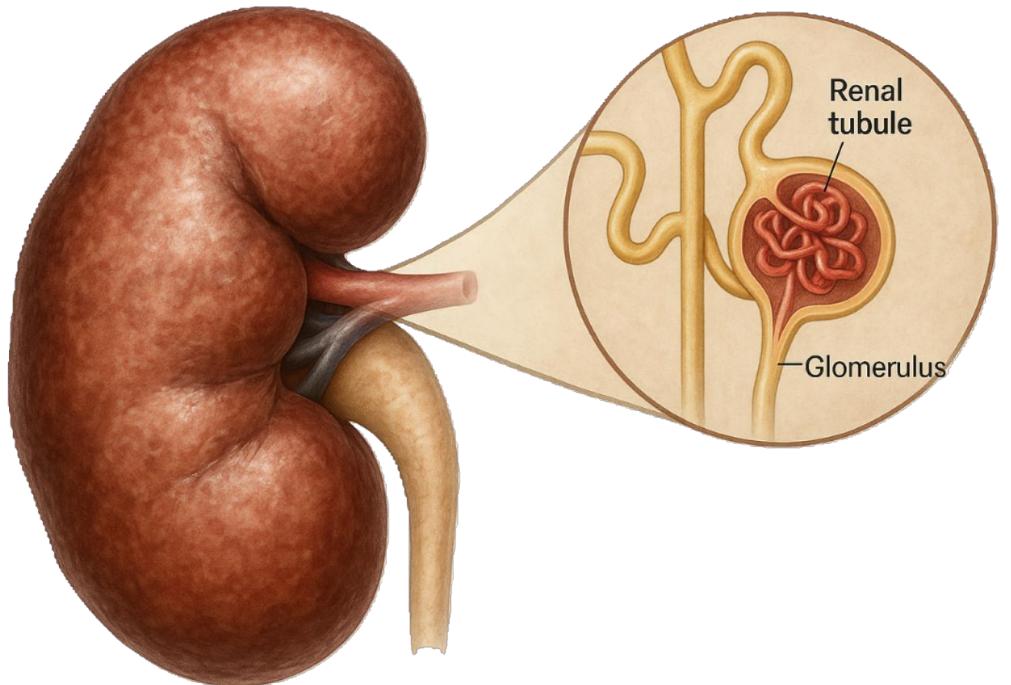


Imagen generada por IA

- En pacientes que se encuentran en Enfermedad Renal que requieren de manejo con Hemodiálisis, puede aparecer efluvio telógeno que deriva secundario al uso de Heparina en forma de escasez de vello, pelo frágil y quebradizo con tendencia a una alopecia inespecífica.
- En estudios de excreción de oligoelementos, se aprecia una reducción de contenido de Sodio y aumento en los niveles de Azufre, que puede ser indicativo del daño renal.
- El acúmulo en el organismo de materiales pesados, situación muy común en la ERC, conlleva al aumento de excreción de los mismos a través del cuero cabelludo, en ocasiones siendo el folículo piloso, incapaz de mantener la integridad del mismo.
- El estrés oxidativo en los pacientes con ERCA, genera una pérdida de la elasticidad del pelo.



Imagen obtenida de Elsevier

- La sintomatología más frecuente a nivel dermatológica:
  - Prurito (50-60%)
  - Xerosis (más en frecuente en estadios IV y V)
  
- Es frecuente también la aparición de prurito por depósito anormal de calcio iónico en epidermis. A veces, cede tras diálisis y otras ella misma es la causante. Si no mejoran tras diálisis se debe sospechar hiperparatiroidismo secundario.
  
- Otra sintomatología reseñable es la aparición de escarcha urémica en relación con estadios avanzados de la Enfermedad Renal Crónica y en pacientes que nunca han sido tratados. Este síntoma, genera un aumento de alopecia por engrosamiento del estrato córneo.

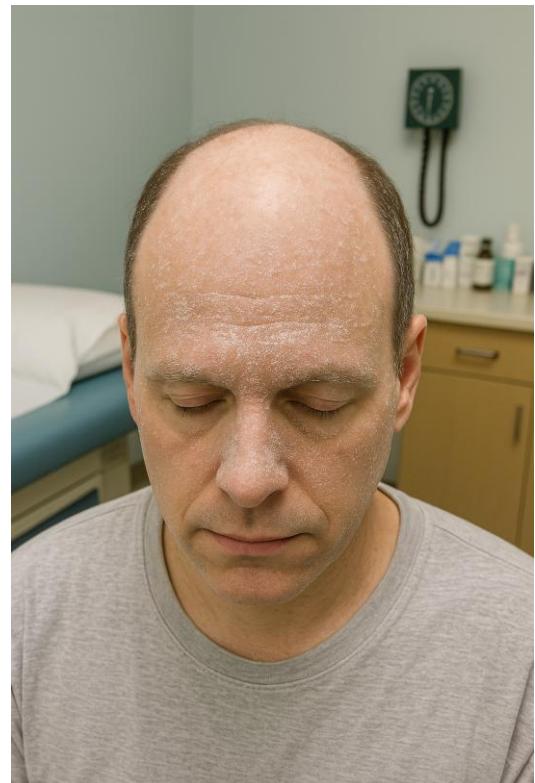
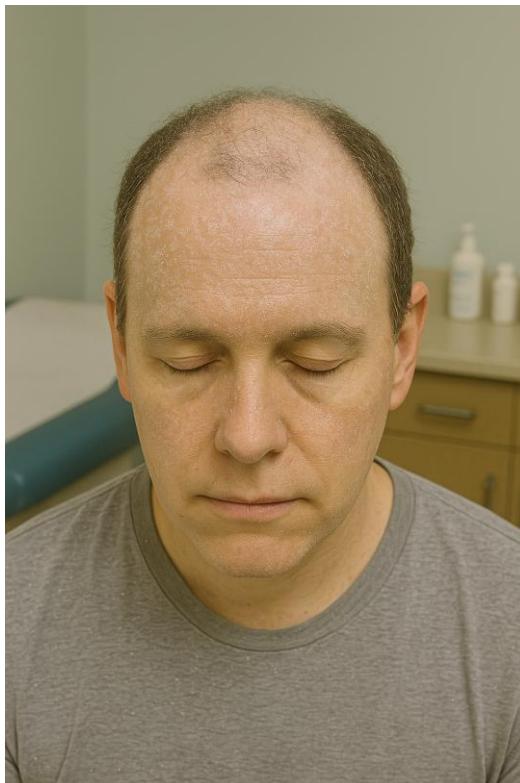


Imagen propia con evolución generada por IA



## 10.2. Afectaciones por tratamientos



Imagen 1. Diseñado por Freepik

## 10.2.1. QUIMIOTERAPIA

AUTORAS: De la Cuesta Esteban V. Medicina Interna-Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid  
Medina Cobos A. R4. Medicina Familiar y Comunitaria. CS Armilla. Granada. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN

## CLÍNICA:

- Alopecia difusa o parcheada con fragilidad capilar asociada al uso de agentes quimioterápicos (desde 7-10 días después del inicio y siendo más significativa entre los 2-3 meses).
- Afecta no solo al cuero cabelludo, sino también al vello corporal, cejas, pestañas, axilar y púbico.
- Es usualmente asintomática, pero puede haber prurito o dolor.

APARICIÓN	ALOPECIA GRAVE	ALOPECIA MODERADA	ALOPECIA LEVE
Frecuente	Doxorrubicina Daunorubicina Ciclofosfamida Docetaxel Paclitaxel Etopósido Ifosfamida	Busulfán Metotrexato Mecloreamina	Cisplatino Bleomicina
Poco frecuente	Vincristina Vinblastina Vinorelbina	Mitomicina Actinomicina	5-Fluorouracilo Hidroxiurea

Adaptado de ArjunKhunger MD Y BassamEstfan MD. Manual de las toxicidades relacionadas con el tratamiento del cancer. 1Ed. 2022. Capítulo 9 (73-92): Toxicidades dermatológicas de la quimioterapia



Imagen 2. Diseñado por Freepik

La incidencia difiere según el fármaco, la dosis y la frecuencia de administración. El cabello vuelve a crecer 1-3 meses tras finalizar la quimioterapia, aunque puede haber cambios en **textura, grosor o color**. En algunos casos, puede ser permanente.

## DIAGNÓSTICO

- **Fundamentalmente clínico**, basado en la historia de exposición a quimioterapia y patrón típico de caída del cabello.

Mecanismos principales	Características
Efluvio anágeno	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Es el más frecuente.</li> <li>■ Afecta el cabello en fase anágena (fase de crecimiento), que representa el 70–85% del total.</li> <li>■ Se produce por inhibición severa de la proliferación de los queratinocitos de la matriz folicular.</li> <li>■ El cabello se separa del bulbo y se desprende.</li> </ul>
Efluvio anágeno distrófico	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tipo más leve de efluvio anágeno.</li> <li>■ Ocurre por una disminución en la proliferación de los queratinocitos.</li> <li>■ Resulta en crecimiento más lento del cabello, con menor grado de alopecia.</li> </ul>
Efluvio telógeno	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se produce durante la fase telógena (reposo).</li> <li>■ Ocurre una rotura del tallo piloso en el orificio folicular.</li> <li>■ Generalmente menos severo y más retardado en el tiempo.</li> </ul>

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Alopecia areata**
- **Efluvio telógeno por otras causas** (estrés, fiebre, postparto)
- **Alopecias cicatriciales**
- **Deficiencias nutricionales** (hierro, zinc, biotina)
- **Enfermedades autoinmunes o endocrinas** (lupus, hipotiroidismo)

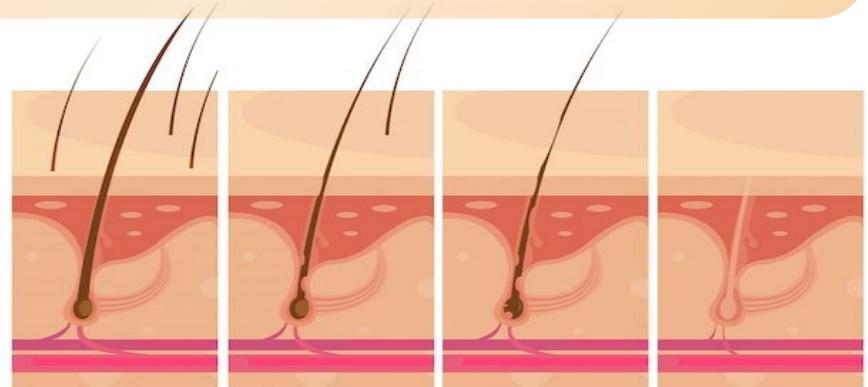


Imagen 3. Diseñado por Freepik

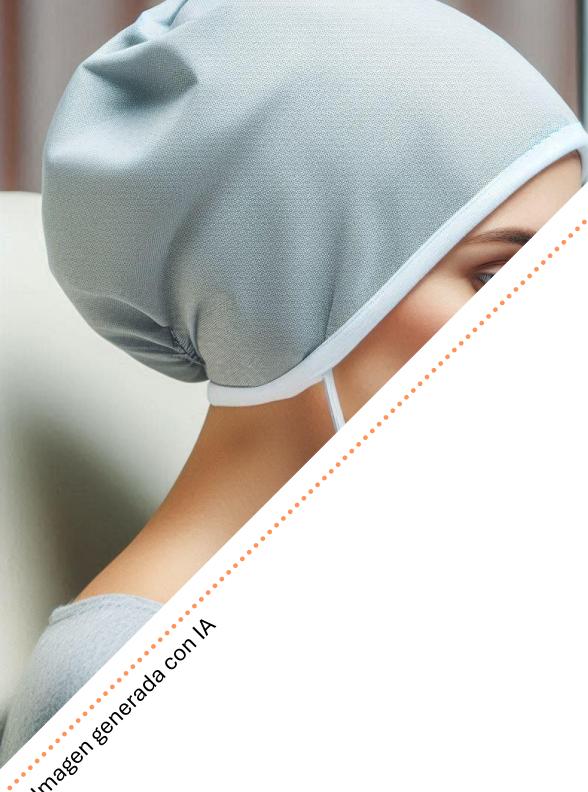


Imagen generada con IA

# Tratamiento

## PREVENCIÓN:

- **Hipotermia del cuero cabelludo** (gorro frío): única técnica eficaz.
  - Reduce llegada de quimioterapia al folículo por vasoconstricción.
  - Contraindicada en neoplasias hematológicas y enfermedades por crioglobulinas.
- **Calcitriol tópico** (propiedades antiinflamatorias y estimulación del crecimiento capilar; aún en estudio).

## TRATAMIENTO DE RECRECIMIENTO

- **Minoxidil (tópico/oral)**: Oral: Dosis inicial 1.25 mg/día. Extiende fase anágena, mejora crecimiento postquimioterapia.
- **Bimatoprost** (pestañas y cejas): 0.03%/día Mejora crecimiento en áreas específicas; uso estético.
- **Terapia con luz (fotobiomodulación)**: Aumenta viabilidad celular y prolonga fase anágena (en estudio).
- **Concentrado de plaquetas autólogas**: Sin eficacia comprobada.
- **Espironolactona**: Dosis: 50-100 mg/12 horas En casos seleccionados; uso limitado.
- **Biotina (vitamina B7)**: Considerada pero no recomendada rutinariamente.
- **Palbociclib**: En estudio como agente protector durante tratamiento con docetaxel.

## ¿CUÁNDO DERIVAR?

- **Alopecia persistente tras 6 meses** de finalizada la quimioterapia
- **Sospecha de alopecia irreversible** (casos con busulfán, ciclofosfamida o taxanos)
- **Aparición de signos atípicos** (eritema, dolor)
- **Patrón de caída no compatible** con efluvio anágeno/telógeno,
- **Impacto psicológico significativo**
- **Falta de respuesta a tratamiento tópico u oral**
- **Duda diagnóstica** frente a otras causas (autoinmunes, infecciosas, nutricionales).

## REFERENCIAS:

- 1-ArjunKhunger MD Y BassamEstfan MD. Manual de las toxicidades relacionadas con el tratamiento del cancer. 1Ed. 2022. Capítulo 9 (73-92): Toxicidades dermatológicas de la quimioterapia.
- 2-Amarillo D, de Boni D, Cuello M. Chemotherapy, Alopecia, and Scalp Cooling Systems. ActasDermosifiliogr. 2022 Mar;113(3):278-283.
- 3-Paus R, Haslam IS, Sharov AA, Botchkarev VA. Pathobiology of chemotherapy-induced hair loss. Lancet Oncol. 2013 Feb;14(2):e50-9.
- 4-Lacouture ME, Sibaud V, Gerber PA, van den Hurk C, Fernández-Peñas P, Santini D, Jahn F, Jordan K; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Prevention and management of dermatological toxicities related to anticancer agents: ESMO Clinical Practice Guidelines☆. Ann Oncol. 2021 Feb;32(2):157-170.
- 5- Prevention and Treatment of Chemotherapy-Induced Alopecia: What Is Available and What Is Coming? Tongyu C. Wikramanayake \* , Nicole I. Haberland, Aysun Akhundlu, Andrea Laboy Nieves and Mariya Miteva
- 6- Perez AM, Haberland NI, Miteva M, Wikramanayake TC. Chemotherapy-Induced Alopecia by Docetaxel: Prevalence, Treatment and Prevention. Curr Oncol. 2024 Sep 23;31(9):5709-5721



## 10.2.2. ALOPECIA INDUCIDA POR RADIOTERAPIA

AUTORES: García Elices D. CS Garrido Sur. Salamanca. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN  
Resa López FJ. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Hestia-Madrid. Madrid. Miembro del GT Dolor y Paliativos SEMERGEN



## INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

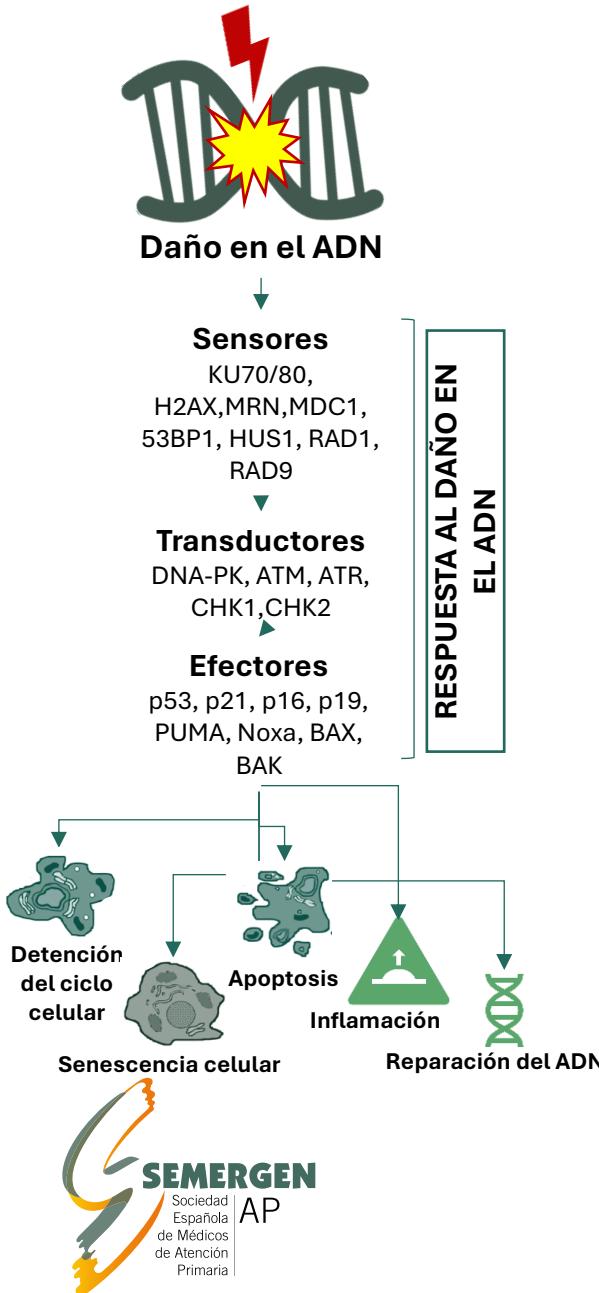
- Los casos de alopecia por radioterapia (RT) **son mayores en hombres que en mujeres.**
- La incidencia incrementa en pacientes tratados por **cánceres de cabeza y cuello.**
- La **RT focal** incrementa el riesgo de RIA (radiotherapy-induced alopecia) en las fases agudas.
- Las **dosis de radiación constituyen un factor dependiente** del grado de alopecia posterior (dosis de 30 Gy o mayores).

## GENERALIDADES SOBRE LA ALOPECIA Y RADIOTERAPIA

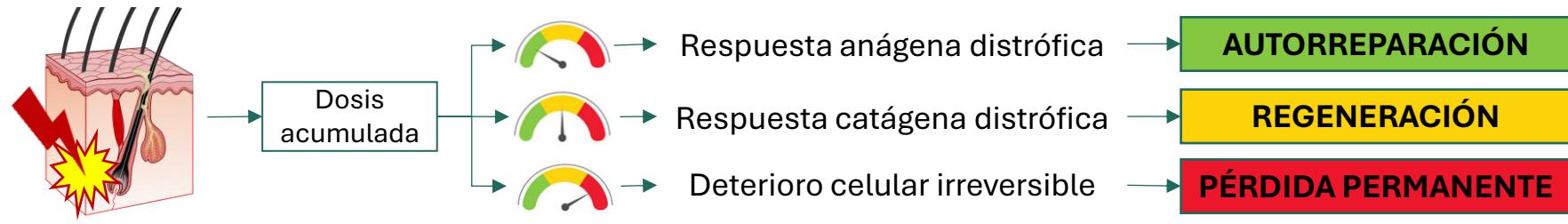
- El crecimiento tras la RT puede ocurrir **tras los 2-4 meses** de la radiación de cabeza y cuello.
- Altas dosis de RT producen **alopecias completas más allá de los 6 meses** (pRIA – persistent radiotherapy-induced alopecia).
- La RT de cabeza y cuello puede conllevar a una **alopecia persistente** en un 60% de los pacientes.
- Se ha descrito que hasta un 14% de los pacientes con pRIA en edad adolescente, presentó **ansiedad, depresión y somatatización** asociada a este proceso.

### REFERENCIAS:

- Freites-Martinez A, Shapiro J, van den Hurk C, Goldfarb S, Jimenez JJ, Rossi AM, Paus R, Lacouture ME. Hair disorders in cancer survivors. *J Am Acad Dermatol.* 2019 May;80(5):1199-1213. doi: 10.1016/j.jaad.2018.03.056. Epub 2018 Apr 14. PMID: 29660423; PMCID: PMC6186205.
- Lin SJ, Yue Z, Paus R. Clinical Pathobiology of Radiotherapy-Induced Alopecia: A Guide toward More Effective Prevention and Hair Follicle Repair. *J Invest Dermatol.* 2023 Sep;143(9):1646-1656. doi: 10.1016/j.jid.2023.02.041. Epub 2023 Jun 7. PMID: 37294241.
- Badiei Moghaddam S, Rakhsa A, Siavashpour Z. Permanent alopecia after radiotherapy of primary brain tumours: The most influential factors. *Cancer Radiother.* 2024 Dec;28(8):650-656. doi: 10.1016/j.canrad.2024.05.003. Epub 2024 Nov 21. PMID: 39578138.



## RESPUESTAS DEL FOLÍCULO PILOSO AL DAÑO POR RADIACIÓN



### ALOPECIA INDUCIDA POR RADIOTERAPIA: TIPOS

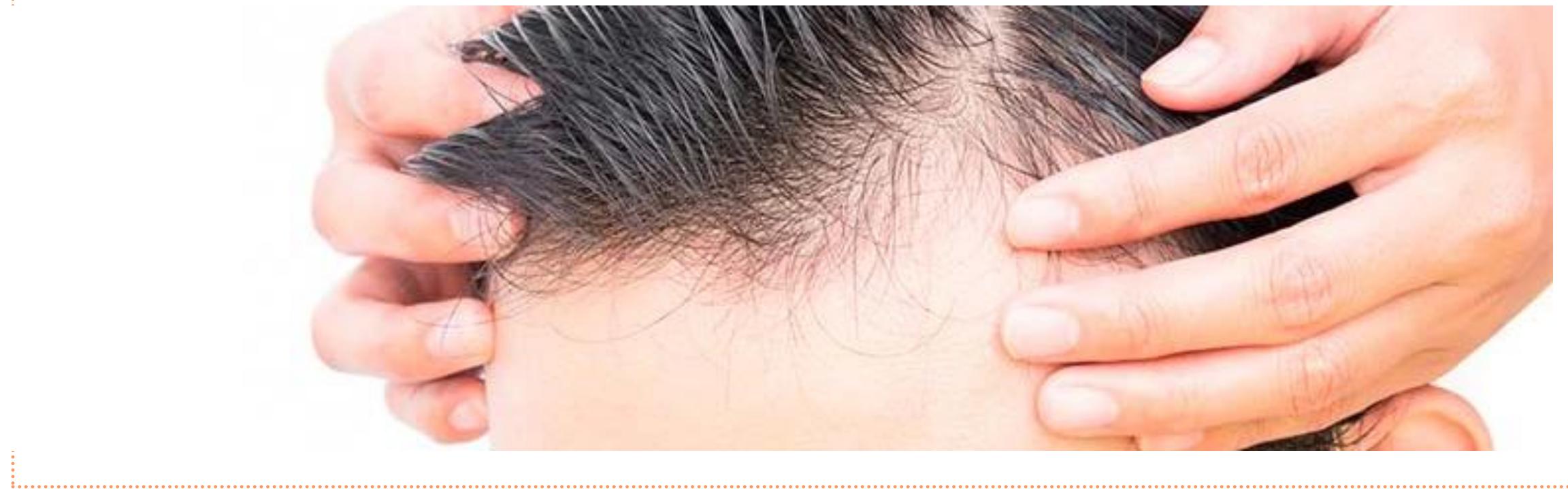
	TRANSITORIA	PERSISTENTE
SÍNTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>La caída comienza en 2-3 sem. tras iniciar el tratamiento, en forma de eflujo anágeno.</li> <li>Puede aparecer de forma aislada o con signos de radiodermatitis aguda.</li> <li>El cabello reaparece 2-3 m. tras la última sesión de RT (2-3 sem. en caso de técnicas fluoroscópicas).</li> <li>Pueden desarrollarse canas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recrecimiento incompleto del cabello 6 m. después de finalizado el tratamiento.</li> <li>Pérdida parcial o completa de folículos pilosos en la piel irradiada.</li> <li>Miniaturización del cabello remanente.</li> <li>Agravamiento de la radiodermatitis crónica. Puede ser grave hasta en el 25% de los casos</li> </ul>
CAMBIOS HISTOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>No reducción significativa del número de folículos</li> <li>Cambios distróficos en los folículos con entrada prematura en catagen/telogen.</li> <li>Signos inflamatorios en caso de radiodermatitis aguda.</li> <li>Daño en la interrelación entre queratinocitos y melanocitos en el bulbo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daño irreversible de células madre epiteliales y melanocíticas</li> <li>Reducción importante del número de folículos.</li> <li>Cambios fibróticos.</li> <li>Reducción de tamaño de los folículos remanentes.</li> <li>Signos inflamatorios (si radiodermatitis crónica)</li> </ul>
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimizar la radiación acumulada.</li> <li>No existe tratamiento médico preventivo de eficacia probada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimizar la radiación acumulada.</li> <li>Minoxidil: tópico (5%) o vía oral (0.5-2.5 mg/d)</li> <li>Trasplante capilar.</li> <li>Tratamiento de la radiodermatitis crónica, incluso de forma prolongada tras cesar la RT</li> </ul>

Cuadro de autoría propia

## ALOPECIA PERSISTENTE POR RADIOTERAPIA - POSIBLES MECANISMOS BIOPATOLÓGICOS

ESTRUCTURA	POSIBLE MECANISMO	CONSECUENCIA
<b>CÉLULA MADRE EPITELIAL DEL FOLÍCULO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoptosis.</li> <li>▪ Eliminación transepitelial. Alteraciones en la diferenciación</li> <li>▪ Transición epitelio-mesenquimal con fuga celular hacia la dermis</li> <li>▪ Deterioro funcional por acúmulo de mutaciones y alteraciones epigenéticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Efectos variables: según momento del ciclo celular y redes reguladoras intrínsecas</li> <li>▪ Reducción de su número: pérdida de folículos</li> <li>▪ Activación defectuosa: miniaturización del cabello</li> </ul>
<b>PAPILA DEL FOLÍCULO PILOSO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Detención del ciclo celular (dependiente de p53). Senescencia. Muerte celular</li> <li>▪ Deterioro funcional por acúmulo de mutaciones y alteraciones epigenéticas.</li> <li>▪ Disminución de la respuesta reparadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Activación/diferenciación defectuosa de las células madre</li> <li>▪ Reducción del volumen de la papila dérmica, con disminución del diámetro del folículo</li> </ul>
<b>VAINA DEL FOLÍCULO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alteración en la contracción fibroblástica</li> <li>▪ Supresión de la activación durante la transición telogen-anagen</li> <li>▪ Migración celular defectuosa hacia la papila durante el anagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alteración de la movilización de las células madre en catagen, dificultando la normal inducción de anagen en telogen.</li> <li>▪ Disminución de la reposición fibroblástica en la papila, reduciendo su potencial morfogénico: miniaturización del cabello</li> </ul>
<b>CÉLULAS INMUNITARIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inflamación persistente como efecto tardío de la radiación: producción de mediadores proinflamatorios con activación y/o reclutamiento de poblaciones celulares inmunitarias innatas y adaptativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Destrucción de células madre</li> <li>▪ Aumento de fibrosis</li> <li>▪ Excesiva destrucción programada de folículos dañados</li> </ul>
<b>FIBROBLASTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Activación de miofibroblastos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento de fibrosis y posterior reducción del número de folículos</li> </ul>
<b>VASCULATURA PERIFOLICULAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alteración funcional de las células endoteliales, pericitos y/o fibras musculares lisas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento de la fibrosis.</li> <li>▪ Alteración de la relación entre células endoteliales y células madre: supresión de la regeneración capilar</li> <li>▪ Oclusión vascular: isquemia, necrosis celular, fibrosis.</li> </ul>
<b>TEJIDO ADIPOSO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muerte de adipocitos. Atrofia del tejido adiposo.</li> <li>▪ Alteración de la secreción de factores derivados del tejido adiposo (mantenedores de la fase de anagen, estimulantes de pigmentación)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sustitución por tejido fibroso</li> <li>▪ Compromiso de la interacción entre células madre del folículo y adipocitos</li> <li>▪ Acortamiento de la fase de anagen</li> <li>▪ Disminución de la pigmentación del tallo del cabello</li> </ul>
<b>NERVIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neuropatía por daño axonal directo o indirectamente por daño vascular y fibrosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interacción alterada entre células madre epiteliales del folículo y nervios sensitivos o simpáticos, causando su activación defectuosa</li> </ul>

Cuadro de autoría propia



### 10.2.3. HORMONOTERAPIA Y OTROS TRATAMIENTOS

**AUTORES:** García Ballesteros JG. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio médico de Sabiote. UGC Torreperogil.  
Servicio Andaluz de Salud. Miembro del GT GIS SEMERGEN  
Alguacil Martínez PO. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Triana. Las Palmas de Gran Canaria.  
Servicio Canario de Salud. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN



## FÁRMACOS HORMONALES CON IMPACTO EN EL CUERO CABELLUDO

### Antiandrógenos (ciproterona, espironolactona):

- Tipo de alopecia: Efluvio telógeno o alopecia androgenética reversible.
- Tratamiento: Ajuste de dosis o suspensión. Minoxidil tópico.

### Anticonceptivos hormonales:

- Tipo de alopecia: Efluvio telógeno.
- Tratamiento: Cambio de formulación. Minoxidil tópico.

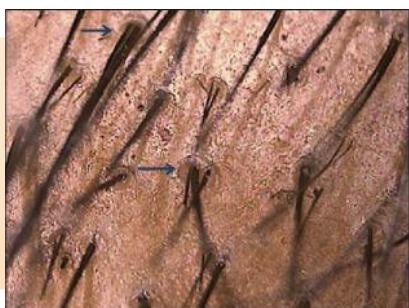
### Esteroides en el tratamiento de la enfermedad de Crohn:

- Tratamiento: Minoxidil tópico.

### Terapias hormonales para cáncer de mama (tamoxifeno, inhibidores de aromatasa):

- Tipo de alopecia: Alopecia tipo androgenética femenina.
- Tratamiento: Minoxidil 2–5% tópico. Considerar finasterida (off-label)<sup>(1,2)</sup>

- Halo Peripilar visto como depresiones marrones. Este signo se ve en la alopecia androgenética temprana y marca la inflamación perifolicular<sup>(3)</sup>.



- Un caso de alopecia androgenética avanzada con puntos blancos perlados que representan glándulas sebáceas hipertrofiadas<sup>(3)</sup>.



#### REFERENCIAS:

1. Alhanshali L, Buontempo M, Shapiro J, Lo Sicco K. J Am Acad Dermatol. 2023;89(2 Suppl):S20–S28.
2. Vañó-Galván S, Camacho F. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(3):221–228.
3. Jain N, Doshi B, Khopkar U. Trichoscopy in alopecias: diagnosis simplified. International journal of trichology. 2013 Oct 1;5(4):170-8

© Copyright Policy- open-Access License:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>



## OTROS TRATAMIENTOS CRÓNICOS CON EFECTO EN EL CUERO CABELLUDO

### Anticoagulantes (heparina, warfarina):

- *Tipo de alopecia:* Efluvio telógeno.
- *Tratamiento:* Reversible. Cuidado cosmético.

### Antidepresivos (ISRS, tricíclicos):

- *Tipo de alopecia:* Efluvio telógeno.
- *Tratamiento:* Reevaluar tratamiento. Minoxidil si es persistente.

### Antitiroideos (metimazol, propiltiouracilo):

- *Tipo de alopecia:* Efluvio telógeno o alopecia areata inducida
- *Tratamiento:* Control del hipertiroidismo. Minoxidil.

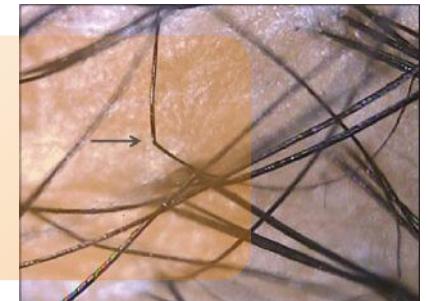
### Retinoides orales (isotretinoína):

- *Tipo de alopecia:* Efluvio telógeno.
- *Tratamiento:* Alopecia reversible. Medidas sintomáticas <sup>(4,5)</sup>

- Alopecia areata. Dermatoscopia muestra cabellos de marca de exclamación, puntos negros y ejes de cabello fracturados <sup>(3)</sup>



- Signo de cornabilidad en alopecia areata, visto como un toque o una curva afilada del eje del cabello terminal <sup>(3)</sup>



© Copyright Policy- open-Access License:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>

### REFERENCIAS:

3. Jain N, Doshi B, Khopkar U. Trichoscopy in alopecias: diagnosis simplified. International journal of trichology. 2013 Oct 1;5(4):170-8
4. Zhang D, LaSenna C, Shields BE. Cutis. 2023;112(6):267-271.
5. Wang Y, Wang Y, Xu P. Front Pharmacol. 2024;15:1453034.



## ENFOQUE DEL MÉDICO DE FAMILIA EN LA ALOPECIA INDUCIDA POR FÁRMACOS

### 1. Identificación precoz del cuadro clínico:

- Historia farmacológica detallada (inicio, cambios de dosis, combinación de fármacos).
- Tipo de alopecia: *efluvio telógeno* es el más frecuente.
- Evaluación del impacto emocional (calidad de vida).

- Efluvio telógeno: Cabello del paciente en el momento del diagnóstico de la enfermedad de Crohn<sup>(6)</sup>.

### 2. Manejo en atención primaria:

- Valorar suspensión o sustitución del fármaco si es posible.
- Prescribir **Minoxidil tópico 2–5%** si la alopecia es persistente o molesta.
- Consejos sobre cuidado capilar y opciones cosméticas.
- Educar sobre la naturaleza *habitualmente reversible* del proceso.



- Cabello del paciente tras un año de tratamiento<sup>(6)</sup>.



### REFERENCIAS:

1. Alhanshali L, et al. J Am Acad Dermatol. 2023;89(2 Suppl):S20–S28.
5. Jin SE, Sung JH. Int J Mol Sci. 2024;25(14):7612.
6. Rogalidou M, Tzoufi M, Katsanos K, et al. Telogen effluvium as the first symptom of Crohn's disease in a child. Annals of Gastroenterology: Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology. 2014;27(4):418.



# 11. Alopecia en el niño y adolescente



Imagen del fondo fotográfico de los autores cedidas por los padres

## 11. ALOPECIAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

AUTORES: Cama Meza EM. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Esparreguera. Barcelona. Miembro del GT Dermatología SEMERGEN  
Díaz Carrasco FX. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Esparreguera. Barcelona. Miembro del GT Niño y Adolescente SEMERGEN



Imagen del fondo fotográfico de los autores cedidas por los padres

## CLÍNICA

La alopecia en niños y adolescentes puede ser congénita o adquirida, cicatricial o no cicatricial. Las formas no cicatríciales son las más frecuentes y suelen ser benignas, aunque pueden generar un impacto psicológico significativo. Las causas más frecuentes son :

- **Tinea capitis:** infección fúngica del cuero cabelludo, frecuente en niños, que puede presentar parches de alopecia con escamas y, en casos severos, inflamación (querion).
- **Alopecia areata:** enfermedad autoinmune que causa pérdida de cabello en parches bien definidos. Puede progresar a formas más extensas como alopecia totalis o universalis. Se asocia con antecedentes familiares y otras condiciones autoinmunes.
- **Tricotilomanía:** trastorno del control de impulsos donde el niño se arranca el cabello, resultando en áreas de alopecia con bordes irregulares y cabellos de diferentes longitudes.
- **Efluvio telógeno:** pérdida difusa de cabello que ocurre después de eventos estresantes, enfermedades o cambios hormonales.
- **Alopecia androgenética:** pérdida de cabello de patrón hereditario que puede comenzar en la adolescencia, más común en varones, pero también afecta a mujeres. Puede estar relacionada con trastornos endocrinos como el síndrome de ovario poliquístico
- **Alopecias congénitas:** como la aplasia cutis congénita, presentan áreas sin cabello desde el nacimiento.

## DIAGNÓSTICO

- **Anamnesis:** incluyendo antecedentes familiares, inicio y progresión de la pérdida de cabello, y posibles factores desencadenantes.
- **Examen físico:** evaluación del patrón de pérdida de cabello, presencia de inflamación, escamas o signos de infección.
- **Tricoscopia:** herramienta no invasiva que permite visualizar características específicas de diferentes tipos de alopecia, como los "pelos en signo de exclamación" en la alopecia areata o la variabilidad en el diámetro del cabello en la alopecia androgenética
- **Pruebas complementarias:** cultivos fúngicos para tinea capitis, análisis de sangre para descartar causas autoinmunes o endocrinas, y biopsia del cuero cabelludo en casos de alopecia cicatricial.



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Distinguir entre las diferentes causas de alopecia es crucial para un tratamiento adecuado:

- **Tinea capitis vs. alopecia areata:** la primera suele presentar escamas y signos de inflamación, mientras que la segunda muestra parches lisos sin inflamación.
- **Alopecia areata vs. tricotilomanía:** la tricotilomanía presenta cabellos de diferentes longitudes y bordes irregulares, a diferencia de los parches bien definidos de la alopecia areata.
- **Alopecia androgenética vs. efluvio telógeno:** la alopecia androgenética tiene un patrón específico de adelgazamiento, mientras que el efluvio telógeno es una pérdida difusa de cabello.
- **Alopecias congénitas vs. adquiridas:** las congénitas están presentes desde el nacimiento y no muestran signos de inflamación, a diferencia de muchas formas adquiridas.

Imagen del fondo fotográfico de los autores  
cedidas por los padres

### REFERENCIAS:

- Castelo-Soccio L. Diagnosis and management of alopecia in children. *Pediatr Clin North Am.* 2014 Apr;61(2):427-42. doi: 10.1016/j.pcl.2013.12.002. Epub 2014 Jan 21. PMID: 24636654.
- Hon KL, Leung AK, Ng PC. Unusual loss of body hair in childhood: Trichotillomania or alopecia. *Adv Ther.* 2008 Apr;25(4):380-7. doi: 10.1007/s12325-008-0044-8. PMID: 18463804.
- Xu L, Liu KX, Senna MM. A Practical Approach to the Diagnosis and Management of Hair Loss in Children and Adolescents. *Front Med (Lausanne).* 2017 Jul 24;4:112. doi: 10.3389/fmed.2017.00112. PMID: 28791288; PMCID: PMC5522886.

# Tratamiento



Alexandra- Progeria

Imagen del fondo fotográfico de los autores cedidas por los padres

Tipo de Alopecia	Tratamiento Primera Línea	Tratamiento Segunda Línea	Casos Graves
<b>Alopecia Areata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corticoides tópicos potentes</li> <li>▪ Infiltración con triamcinolona</li> <li>▪ Inmunoterapia tópica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minoxidil 2-5%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Glucocorticoides orales</li> <li>▪ Metotrexato,</li> <li>▪ Ciclosporina A</li> </ul>
<b>Tinea Capitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento oral: Terbinafina, itraconazol, fluconazol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tópico adyuvante: Champús de ketoconazol o ciclopirox</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corticoides orales + antifúngicos + curas locales</li> </ul>
<b>Tricotilomanía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Educación y apoyo familiar</li> </ul>	
<b>Efluvio Telógeno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificación y tratamiento de la causa subyacente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suplementos si hay déficit nutricional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minoxidil puede ser útil hasta la resolución</li> </ul>

Cuadro de autoría propia

## REFERENCIAS:

- Aguilera Nieto I, Ledesma Albarrán JM, Rodríguez Tejero A. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Alopecia en la infancia. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/93/alopecia-en-la-infancia>.
- Aguilera Nieto I, Ledesma Albarrán JM. Alopecia en Pediatría. Manejo diagnóstico y terapéutico. Form Act Pediatr Aten Prim. 2020;13:15-21.
- Moneva VG, Sebastian FV. Alopecia en la infancia. An Pediatr Contin. 2014;12(4):210-5. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818\(14\)70193-3](http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818(14)70193-3).



Gael –Alopecia autoinmune

Imagen del fondo fotográfico de los autores  
cedidas por los padres

## DERIVACIONES A DERMATOLOGÍA

### Se debe derivar:

- Alopecia de causa desconocida.
- No mejora con tratamiento inicial en AP.
- Alopecia asociada a procesos no tratables en AP (autoinmunes, inflamatorias, psiquiátricas).
- Formas graves o extensas de Alopecia Areata (universal, placas grandes).
- Tiña Capitis complicada o que no responde a tratamiento antifúngico adecuado.
- Tricotilomanía con componente psicológico importante.
- Alopecias cicatriciales.

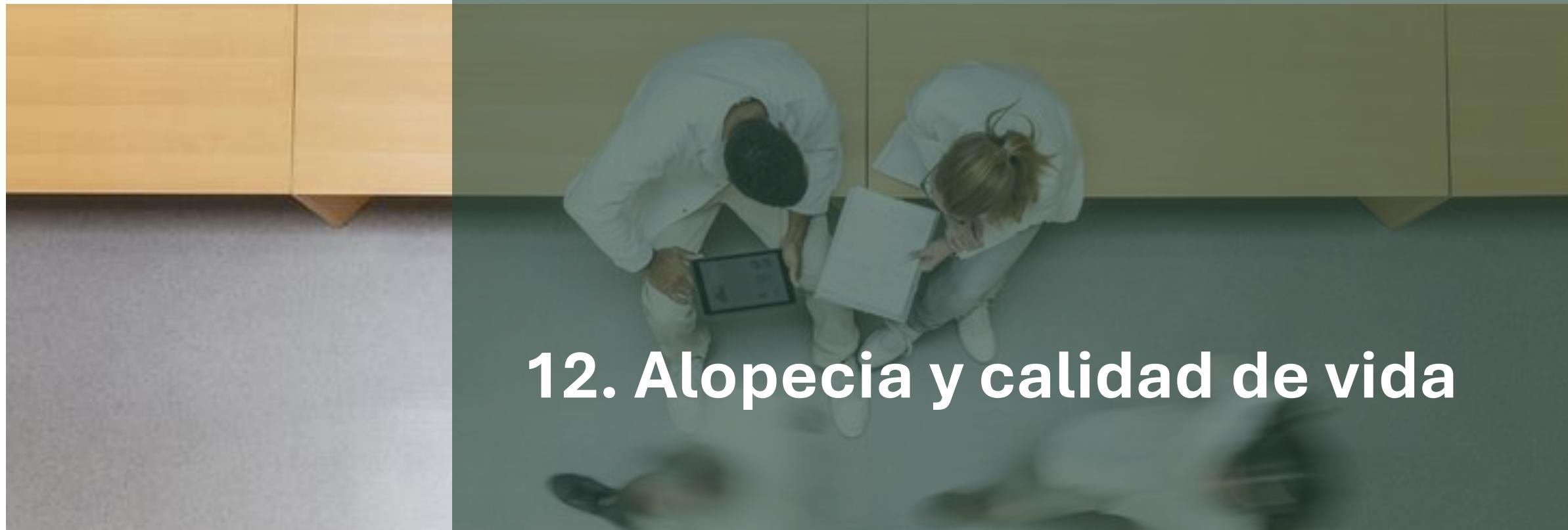
### En AP se puede manejar:

- Tiña Capitis leve.
- Efluvio Telógeno con causa clara.
- Alopecia por tracción.
- Alopecia Areata localizada.
- Tricotilomanía leve.

### REFERENCIAS:

- Aguilera Nieto I, Ledesma Albarrán JM, Rodríguez Tejero A. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Alopecia en la infancia. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/93/alopecia-en-la-infancia>.
- Aguilera Nieto L, Ledesma Albarrán JM. Alopecia en Pediatría. Manejo diagnóstico y terapéutico. Form Act Pediatr Aten Prim. 2020;13:15-21.
- Moneva VG, Sebastian FV. Alopecia en la infancia. An Pediatr Contin. 2014;12(4):210-5. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818\(14\)70193-3](http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818(14)70193-3).

## 12. Alopecia y calidad de vida





Diseñado por Freepik

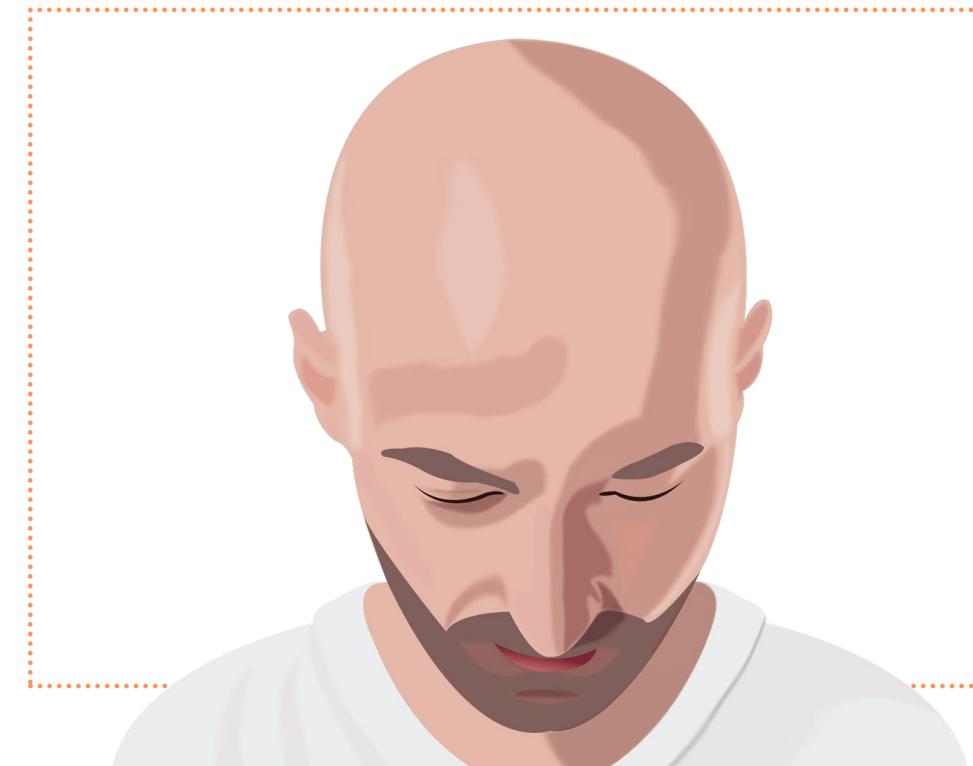
## 12. ALOPECIA Y CALIDAD DE VIDA

AUTORES: Palacios Martínez D. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almendrales. Madrid. Miembro GT Dermatología SEMERGEN  
Del Razo Romero ME. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aguilar de la Frontera. Córdoba . Miembro GT Salud Mental SEMERGEN

# Calidad de vida

**“El pelo es un componente fundamental de la identidad, la autoestima, y la imagen personal”(5)**

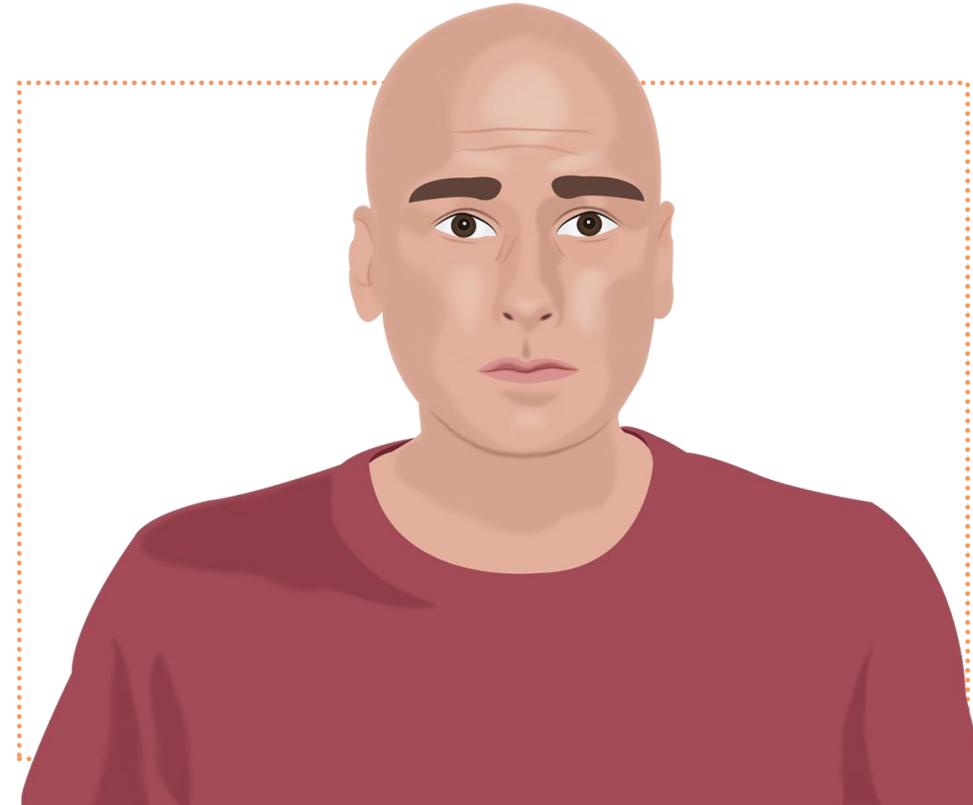
- Se ha demostrado que la alopecia afecta en la calidad de vida a jóvenes como a adultos mayores, aunque para algunos solo signifique algo más allá de lo meramente estético.
- La pérdida de pelo favorece el desarrollo de algunos trastornos psicosociales como baja autoestima, ansiedad y depresión.
- También se ha demostrado que los que padecen estas patologías son los que tienen mayor grado de severidad de alopecia, evolución larga, edad mas joven de presentación y con múltiples tratamientos.



Imágenes de autoría propia

# Afectación en la calidad de vida

- Nerviosismo
- Labilidad emocional
- Inseguridad
- Estrés
- Tendencia a la obsesión
- Baja autoestima
- Afectación en las relaciones interpersonales, laborales y escolares
- Afectación en la reacción de afrontamiento
- Evitación social
- Incapacidad para su desenvolvimiento social
- Pensamientos negativos



Imágenes de autoría propia



## DEPRESIÓN

- Consiste en un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático (2).

## ANSIEDAD

- Consiste en la anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo (3).

Imágenes de autoría propia

# Diagnóstico de la depresión

**Tabla 1. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10**

**A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.**

**B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.**

**C. Síndrome somático:** alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

**Tabla 3. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.



## Diagnóstico de la ansiedad

### Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

- A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- D. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.



Imagenes de autoría propia

## TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

- Hábitos higiénico dietéticos
- Tratamiento farmacológico
  - ISRS: Inhibidores de recaptación de serotonina
  - IRSN: Inhibidores de la recaptación de Serotonina y Noradrenalina
  - IRND: Inhibidores de recaptación de noradrenalina y dopamina
  - IMAO: Inhibidores de la monoamino oxidasa
  - Etc..
- Psicoterapia
- Terapias de neuro modulación – estimulación cerebral

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Hábitos higiénicos dietéticos
- Grupos psicoeducativos
- Técnicas de respiración y relajación
- Psicoterapia tipo cognitivo conductual
- Tratamiento farmacológico
  - Benzodiacepinas: Alprazolam, Lorazepam etc..
  - Antidepresivos: ISRS, IRSN, Multimodales, Tricíclicos
  - Gabaérgicos: Pregabalina
  - Neurolépticos: Quetiapina, Risperidona, Olanzapina
  - Fitoterápicos: Melisa, Valeriana, Extracto de Kava

# Conclusión

- Se ha demostrado que la alopecia provoca un deterioro significativo en la calidad de vida, especialmente en el ámbito de la salud mental, por ello, es fundamental realizar un seguimiento integral del paciente.

# Bibliografía

1. Gasull Molinera V, Alcalá Partera JÁ, Alonso Verdugo A, Arilla Herrera GDP, Déniz Saavedra BV, Pérez ÁG, et al. *Guías Clínicas de Depresión* [Internet]. SEMERGEN; 2023 [citado 2025 jun 13]. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/biblioteca/guias/2023/Agosto/GuiasClinicasDepresion.pdf>
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo, Infante Campos A, Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. En: *Guía de Práctica Clínica en el SNS* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [citado 2025 jun 13]. Disponible en: <https://www.cege.es>
4. Alonso Verdugo A, Díaz Amorín A, Atienza Martín F. *Manejo de la ansiedad*. ISSN 3020-772X. s.f.;:3–6.
5. Cisneros-Poireth DA, Morales-Miranda AY, Ugalde-Aguilar H, Juárez-Navarrete L. *Impacto psicosocial y calidad de vida en pacientes con alopecia androgenética*. Dermatol CMQ. 2021;19(1):7–11.
6. Jacas Portuondo AL, López Pupo N, Girón Jacas A, Girón Maturéll Y. *Comorbilidades y factores asociados en pacientes con alopecia areata*. MEDISAN [Internet]. 2022 dic [citado 2025 abr 10];26(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192022000600006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192022000600006)



# 13. Tablas comparativas/resumen final



## 13. TABLAS COMPARATIVAS/RESUMEN FINAL

AUTORES: Montes Beloso E. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isabel II. Parla (Madrid). Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN.  
Doria Carlín NA. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Cármenes. Madrid. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN.

# Cuadro de diagnóstico diferencial de alopecias

Tipo de Alopecia	Causa principal	Clínica característica	Patrón de pérdida	Tricograma / Dermatoscopia	Tratamiento común
Alopecia androgénica	Genética, hormonas andrógenas	Disminución progresiva en zonas específicas	<b>Hombre:</b> frontotemporal y vértez <b>Mujer:</b> difusa en vértez, respeta línea frontal	Miniaturización folicular	Minoxidil, finasteride, PRP
Efluvio telógeno	Estrés, postparto, fiebre, fármacos	Caída difusa, inicio súbito	Difusa	Raíces en fase telógena (>25%)	Retiro del desencadenante, minoxidil
Alopecia areata	Autoinmune	Placas bien delimitadas, sin cicatriz	Placas redondas u ovaladas	"Pelos en signo de exclamación"	Corticoides, inmunoterapia
Alopecia cicatricial	Infección, autoinmune, trauma	Destrucción del folículo, cicatriz visible	Irregular, parcheado	Pérdida folicular irreversible	Tratar causa, antiinflamatorios
Tiña capitis	Dermatofitos ( <i>T. tonsurans</i> , etc)	Niños, placas con descamación, adenopatías	Parcheado, áreas con puntos negros	Cabello roto, escamas, KOH +	Antifúngicos orales
Tricotilomanía	Trastorno psiquiátrico (TOC)	Patrón irregular, cabellos de diferentes longitudes	Frontal o lateral, de fácil acceso	Cabello quebrado a diferentes niveles	Terapia cognitivo-conductual
Alopecia por tracción	Peinados tensos repetidos	Zonas de tracción, común en línea frontal	Margen frontal, sienes	Pérdida perifolicular, inflamación leve	Cambio de hábitos, minoxidil

# DIAGRAMA EN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ALOPECIAS

## 1. Anamnesis:

- Edad de inicio de la pérdida de cabello.
- Antecedentes familiares.
- Enfermedades previas (alteraciones tiroideas, anemia, etc.).
- Hábitos (estrés, dieta, tabaco y alcohol).
- Medicación actual y reciente.

## 2. Examen global del cabello:

- Patrón en parches, difuso o placas (global o por zonas).
- Nódulos inflamatorios, cicatrización, pústulas y/o caspa.
- Alopecia asociada a peinados ajustados, quimioterapia o radiación.
- Recesión de la línea de implantación fronto-temporal +/- pérdida de cejas.
- Placas en pisadas de nieve, pérdida brusca de todo el pelo, caída masiva (efluvio telógeno o anágeno).
- Disminución de folículos pilosos, eritema o hiperqueratosis peripilar.

## 3. Tricoscopia:

- Observación de orificios foliculares.
- Identificación de placas sin tallos pilosos, puntos negros, pelos en exclamación y puntos amarillos.

## 4. Pruebas complementarias:

- Evaluación de desnutrición general (hemograma, deficiencia de hierro, zinc, vitaminas del grupo B).
- Analítica en casos de FAGA y MAGA, asociando función tiroidea a los parámetros anteriores.
- Estudio hormonal: si se sospecha desequilibrio hormonal.
  - En MAGA en pacientes muy jóvenes.
  - En FAGA si reglas irregulares, hirsutismo, seborrea, acné en mujer adulta o patrón masculino de alopecia. Debe realizarse extracción en los 7 días post menstruales, suspendiendo anticonceptivos orales al menos 3 ciclos antes.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Alopecia de causa desconocida.
- No mejora con tratamiento inicial en AP.
- Alopecia asociada a procesos no tratables en AP (autoinmunes, inflamatorias, psiquiátricas).
- Formas graves o extensas de Alopecia Areata (universal, placas grandes).
- Tiña Capitis complicada o que no responde a tratamiento antifúngico adecuado.
- Tricotilomanía con componente psicológico importante.
- Alopecias cicatriciales.

# Bibliografía

1. Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. *Dermatology*. 4th ed. New York: Elsevier; 2017.
2. Camacho Martínez F, editor. *Tricología: enfermedades del folículo pilosebáceo*. 3rd ed. Madrid: Aula Médica; 2013. 2 vol. 5450 p.
3. Vañó S, Jaén P, editors. *Manual práctico de tricología #TricoHRC*. 2nd ed. Madrid: TricoHRC; 2023.

