



PIEL

FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

www.elsevier.es/piel



Terapéutica dermatológica

Tratamiento de la alopecia areata en la infancia



Treatment of alopecia areata in children

Gloria M. Garnacho Saucedo^{*}, Rafael Salido Vallejo, Jose Carlos Moreno Giménez
y Antonio Vélez García-Nieto

Servicio Dermatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Introducción

La alopecia areata¹ (AA) es una alopecia autoinmune idiopática no cicatricial, con una prevalencia global del 0,15% y un porcentaje de afectación en población menor de 20 años entre el 27 y el 60% según las series. En la infancia existen 2 picos de incidencia, uno entre los 1-5 años y otro en la adolescencia. Es típica la asociación con otras enfermedades autoinmunes y con síndrome de Down (10%).

Según la última revisión Cochrane², escasos tratamientos han sido correctamente evaluados en ensayos clínicos aleatorizados, incluyendo aquellos que se utilizan comúnmente. Ante esta escasez de estudios científicos es muy complicado establecer grados de recomendación clínica basados en niveles de evidencia.

Abordaje inicial de los pacientes

El éxito de todo tratamiento radica en una buena planificación y selección de los pacientes:

Identificación de factores pronósticos de la alopecia areata³

Entre ellos se encuentran la edad de inicio, la duración de la enfermedad, el tiempo sin recrecimiento de cabello, los antecedentes familiares de AA, los antecedentes personales de dermatitis atópica, la afectación ungueal, el patrón oñásico, y la extensión de la alopecia (AA total/AA universal...).

Establecer la severidad de la alopecia areata (extensión)

Para ello es útil utilizar scores objetivos como el índice SALT⁴.

Establecer la actividad de la alopecia areata (progresión)

Para ello son importantes los hallazgos tricoscópicos⁵ y la maniobra de pilotracción en los bordes de la placa.

Generalidades

El manejo de la AA varía ampliamente entre diferentes especialistas. Existen escasos estudios de tratamientos aleatorizados⁶⁻⁸, doble ciego comparados con placebo, y hasta la fecha ningún tratamiento ha demostrado alterar el curso de la enfermedad, o tener un beneficio significativo a largo plazo comparado con placebo en términos de medicina basada en la evidencia. Esta escasez de evidencia científica se agrava cuando consideramos una etapa terapéutica complicada como es la edad pediátrica. La mayoría de los tratamientos que se utilizan en niños son consecuencia de la extrapolación de los resultados obtenidos en población adulta, con la limitación de la menor tolerancia y la mayor probabilidad de aparición de efectos adversos, o resultado de casos aislados y estudios con pequeño número de pacientes.

Según la reciente revisión americana⁹ sobre el tratamiento de la AA, en menores de 10 años solo deberíamos utilizar corticoides tópicos de potencia media en monoterapia o asociados a minoxidil 5%, así como antralina. Sin embargo,

^{*} Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gloriagarnacho@gmail.com (G.M. Garnacho Saucedo).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2016.02.005>

0213-9251/© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

existen pacientes en este rango de edad con AA severas, recalcitrantes y gran afectación psicológica y de su calidad de vida, y es por ello que debemos establecer otros regímenes terapéuticos.

Consideraciones previas, objetivos terapéuticos y cronología

Antes de iniciar el tratamiento es necesario conocer una serie de consideraciones y fijar unos objetivos. Es importante conocer los siguientes puntos:

1. Un porcentaje relativamente importante de pacientes va a presentar una repoblación espontánea. Es por ello que en las formas leves, y sobre todo en población infantil, es posible la opción de no realizar tratamiento. Sin embargo, en las formas más severas o con factores pronósticos negativos, la posibilidad de repoblación espontánea es menor y se suele optar por instaurar tratamiento.
2. Debe establecerse un periodo mínimo de 3-6 meses antes de realizar una evaluación de los resultados y plantear un cambio terapéutico. No se debería abandonar un tratamiento antes de los 6 meses. Si a los 6 meses existe mínima respuesta, se debería continuar un año.
3. En los casos de AA extensa debe tratarse todo el cuero cabelludo, ya que en áreas no afectadas y aparentemente sanas se ha comprobado la existencia de infiltrado inflamatorio en la histopatología.
4. Debe informarse al paciente, o a sus padres o tutores, antes de iniciar cualquier terapia que no se trata de un tratamiento curativo ni preventivo, y que en la mayoría de las ocasiones la alopecia es una indicación fuera de ficha técnica; se trata de un tratamiento sintomático que intenta frenar la progresión de la AA (actividad) y repoblar el cabello perdido. Los tratamientos tópicos en general van a perseguir un recrecimiento piloso sin interferir en la evolución de la enfermedad, mientras que los sistémicos pueden influir en la evolución de la misma, controlando su actividad inflamatoria y el proceso de avance.
5. Es muy importante un seguimiento estrecho de los pacientes, buena relación médico-paciente y buscar apoyo en asociaciones de pacientes, ya que la adherencia al tratamiento y el cumplimiento terapéutico suelen ser muy bajos.
6. Parece que la politerapia es más efectiva que la monoterapia, aunque no existen estudios controlados que evalúen dicha afirmación.
7. Es importante diseñar un esquema terapéutico escalonado, aunque pueden existir factores personales e individuales de cada caso que justifiquen un abordaje inicial más intenso.

Tratamientos tópicos

Corticoides

A pesar de ser uno de los tratamientos más utilizados, la eficacia de los corticoides tópicos en la AA es un tema muy controvertido. Existen estudios contradictorios y que muestran

resultados diferentes. La variabilidad en el diseño de estos es tan amplia (tipo de corticoide, posología, tiempo de aplicación, vehículo, en monoterapia o asociado a otro medicamento...) que es difícil obtener conclusiones. En general no se emplean como monoterapia, sino asociados a minoxidil o antralina. Los más utilizados son los corticoides de potencia alta¹⁰ (propionato de clobetasol 0,05%) asociados a minoxidil 2-5%. Se aplican una vez al día en ciclos de 6-8 semanas seguidas por descanso posterior de 2-4 semanas y se suele repetir el ciclo. Se prefiere la utilización en crema mejor que en espuma, ya que esta última por su contenido en alcohol suele ser irritante a largo plazo, y habitualmente asociado a lactato amónico al 12% para evitar los efectos secundarios cutáneos de los corticoides tópicos. En un estudio comparativo con hidrocortisona, propionato de clobetasol 0,05% ha demostrado reducir en más de un 50% el área de alopecia areata tras 24 semanas de tratamiento en el 85% de los pacientes comparado con el 33% de los tratados con hidrocortisona, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01\%$). Los efectos secundarios fueron muy tolerables con un solo paciente que presentó atrofia cutánea resuelta tras 6 semanas sin tratamiento. El efecto secundario más frecuente es la folliculitis, aunque pueden aparecer otros como eritema, erupción acneiforme, estrías atróficas, telangiectasias e hipertricosis. En adultos, Tosti et al.¹¹ evalúan propionato de clobetasol 0,05% oclusivo en aplicación diaria durante 6 días a la semana por 6 meses, con repoblación pilosa a partir de la semana 6 en todos los pacientes, incluso en pacientes con alopecia areata total/universal, aunque con recaídas frecuentes. Nivel de evidencia III y fuerza de recomendación C.

Mención aparte merece la utilización de corticoides intralesionales¹². El uso de acetónido de triamcinolona de forma intradérmica es un tratamiento muy extendido entre los dermatólogos, y según muchos artículos la primera elección en la alopecia areata de menos de un 50% de extensión en adultos. No es un tratamiento adecuado en formas rápidamente progresivas o muy extensas. Se utiliza acetónido de triamcinolona 40 mg/ml, se preparan 2 jeringas de 1 ml a una concentración de 5 mg/ml y se realizan 20 inyecciones de 0,1 ml separadas de 1 cm cada 4-6 semanas, evitando la zona frontoparietal por el teórico riesgo de producir con los cristales *depot* trombosis de la arteria central de la retina. Sin embargo, en los niños se intenta evitar este tratamiento por el dolor que ocasiona y la falta de colaboración en edades muy precoces. Nivel de evidencia III y fuerza de recomendación B.

Minoxidil

Aunque no se conoce con exactitud su mecanismo de acción¹³, parece que su acción antiinflamatoria como ahorrador de corticoides, así como su papel en el ciclo folicular prolongando la fase anágena son las bases que justifican la utilización de minoxidil en la alopecia areata. Se utiliza en las formas en placas y en las de alopecia total o universal, fundamentalmente como ahorrador de corticoides y para evitar las recaídas, ya que en monoterapia no da buenos resultados. La concentración del 5% suele dar mejores resultados, sin embargo en los niños puede causar irritación y falta de tolerancia y se prefiere utilizar concentraciones menores. Se han descrito dermatitis de contacto alérgica e irritativa,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5650302>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5650302>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)