

## ALOPECIA EN LA INFANCIA

**Lidia Aguilera Nieto.** Pediatra. CS Palma-Palmilla. Málaga. España.

**Juana M.<sup>a</sup> Ledesma Albarrán.** Pediatra. CS Puerta-Blanca. Málaga. España. Grupo de Docencia y Grupo de Investigación de la AEPap.

**Andrea Rodríguez Tejero.** Dermatóloga. Hospital Virgen de Las Nieves. Granada. España.

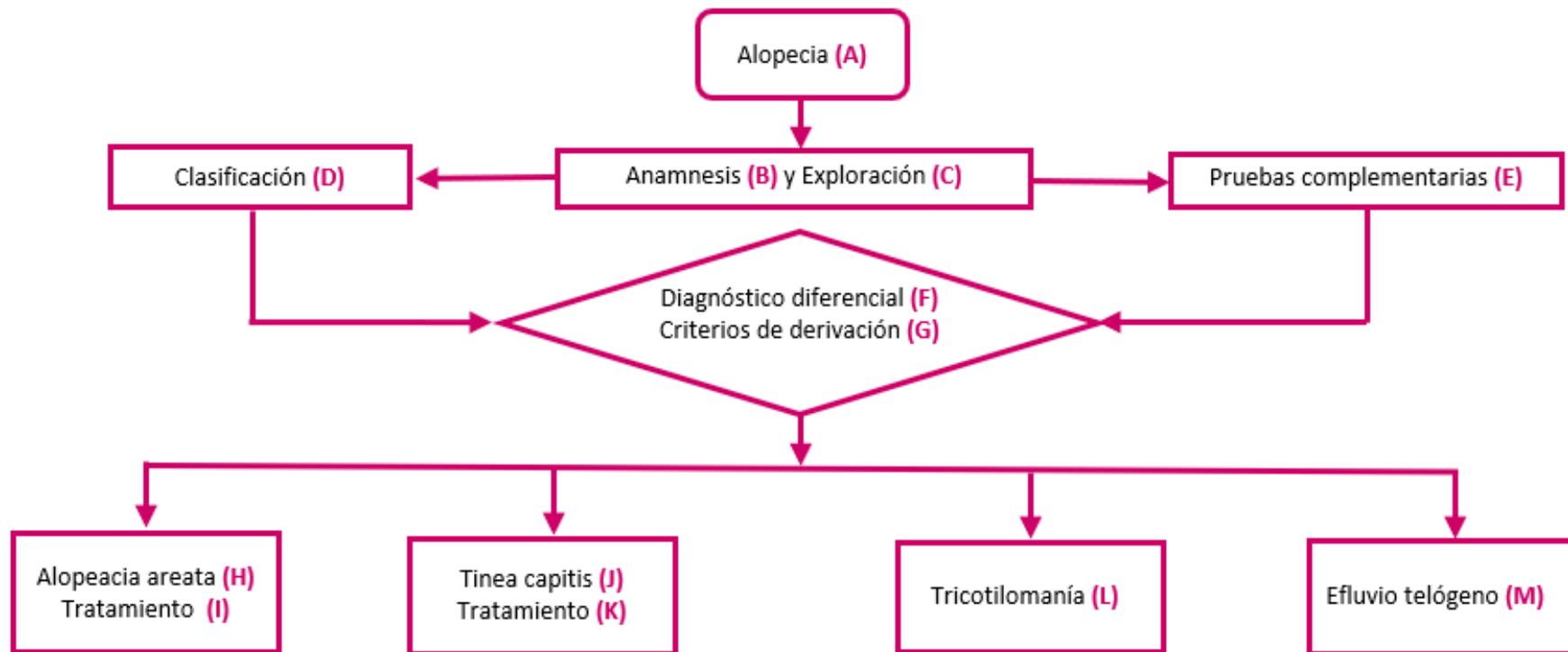
**Correo electrónico:** lidia.agnil@hotmail.com

**Palabras clave:** Enfermedades de pelo. Alopecia areata. Tiña del cuero cabelludo. Tricotilomanía.

**Key words:** Hair diseases. Alopecia areata. Tinea capitis. Trichotillomania.

**Sección:** Dermatología.

**Cómo citar este algoritmo:** Aguilera Nieto I, Ledesma Albarrán JM, Rodríguez Tejero A. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Alopecia en la infancia [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/93/alopecia-en-la-infancia>



## A. ALOPECIA

La alopecia es una pérdida anormal del cabello. Puede afectar al cuero cabelludo o a otras zonas de la piel donde haya pelo, como cejas, pestañas, región genital, axilas y barba. Su etiología es multifactorial, siendo a veces un fenómeno banal, como es el recambio folicular; y en otras ocasiones puede formar parte de un déficit nutricional, enfermedad o síndrome genético<sup>1</sup>.

## B. ANAMNESIS

Es fundamental un estudio detallado para clasificar el tipo de alopecia, orientar las pruebas complementarias y realizar un diagnóstico adecuado. La historia clínica ha de incluir<sup>1,2</sup>:

- Historia del proceso tricológico: momento de aparición (nacimiento, infancia, adolescencia), patrón de distribución (difuso, localizado), progresión (rápida, lenta) y alteración de otros anejos.
- Síntomas acompañantes (fiebre, pérdida de peso, fallo de medro, astenia...).
- Antecedentes familiares: enfermedades dermatológicas, autoinmunes, psiquiátricas.
- Factores precipitantes en los meses previos a la aparición de la alopecia: desnutrición crónica o aguda, alteraciones metabólicas, enfermedades autoinmunes, destacando las alteraciones tiroideas, consumo de medicamentos, cirugías, infecciones, productos químicos sobre el cabello...

## C. EXPLORACIÓN FÍSICA

Será fundamental explorar los siguientes aspectos<sup>1,2</sup>:

- Aspecto general del paciente: fenotipo dismórfico, datos de enfermedad aguda, signos de enfermedades autoinmunes o metabólicas, como retraso en el crecimiento o alteraciones dentarias.
- A nivel de cuero cabelludo analizaremos: patrón de alopecia (localización, número de placas), piel subyacente y aspecto del cabello afectado y restante (color, textura, fragilidad...), así como la presencia de eritema, edema, cicatrices, foliculitis, inflamación, descamación, pústulas o cualquier otra alteración. La fragilidad del cabello se puede determinar mediante la maniobra de Sabouraud o signo del arrancamiento: al

realizar una suave tracción del cabello, si este es frágil y se desprende con facilidad (maniobra positiva), indica alteraciones en el ciclo del pelo (efluvio telogénico, anágeno) y alopecia areata. El color del cabello también nos puede orientar sobre diferentes causas, como una desnutrición crónica, donde podemos observar bandas de color oscuro alternando con bandas de color claro, el denominado “signo de la bandera”, que traduce los periodos en que el paciente tiene mayor o menor ingesta calórica proteica.

- Cejas, pestañas y otras zonas vellosas: se examinará la presencia o no de pérdida de pelo.
- La piel y las uñas se examinarán buscando cualquier alteración (vitíligo, dermatitis atópica, piel seca, piqueteado ungueal en forma de depresiones puntiformes o *pitting*).

#### D. CLASIFICACIÓN

Tras realizar una correcta anamnesis y exploración, debemos clasificar el tipo de alopecia en función de sus características (cicatricial o no), momento de aparición (congénita o adquirida) y localización (difusa o localizada) (Tablas 1 y 2), lo que nos ayudará a enfocar el diagnóstico<sup>1,2</sup>.

Tabla 1. Clasificación de alopecias congénitas/hereditarias		
Alopecia	No cicatricial	Cicatricial
<b>Localizada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alopecia triangular temporal</li> <li>• Síndrome de anágeno suelto</li> <li>• Alopecia occipital del recién nacido (por presión)</li> <li>• Alopecia traumática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplasia cutis congénita</li> <li>• Alopecia asociada a trastornos nevoideos (nevo sebáceo)</li> <li>• Queratosis pilar atrofiante</li> <li>• Alopecia traumática</li> <li>• Displasias ectodérmicas (genodermatosis con alopecia localizada) (epidermiolisis ampollosas, incontinencia pigmentaria)</li> </ul>
<b>Difusa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efluviio telogénico del recién nacido</li> <li>• Hipotricosis congénita</li> <li>• Displasia del tallo piloso</li> <li>• Síndrome del anágeno suelto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotricosis de Marie-Unna</li> <li>• Displasias ectodérmicas</li> <li>• Tricotiodistrofia</li> </ul>

<b>Tabla 2. Clasificación de alopecia adquirida</b>		
<b>Alopecia</b>	<b>No cicatricial</b>	<b>Cicatricial</b>
<b>Localizada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alopecia areata</li> <li>• Alopecia traumática (tracción, fricción, presión, trauma)</li> <li>• Tricotilomanía</li> <li>• Infecciones (tiñas no inflamatorias)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alopecia cicatricial primaria neutrofilica (foliculitis decalvante/disecante)</li> <li>• Acné queloideo</li> <li>• Alopecia mucinosa</li> <li>• Tinea capitis inflamatoria</li> <li>• Traumatismos intensos (quemadura, radioterapia)</li> <li>• Tricotilomania</li> <li>• Dermatitis inflamatorias (líquen plano/ lupus discoide/ esclerodermia)</li> </ul>
<b>Difusa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efluvio telógeno</li> <li>• Efluvio anágeno</li> <li>• Alopecia androgénica</li> <li>• Alopecia areata (universal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foliculitis decalvante</li> <li>• Traumática (quemaduras)</li> </ul>

## **E. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Finalmente, se realizarán pruebas complementarias en función de la sospecha clínica. Existen pruebas que se realizarán desde la consulta de Dermatología (tricograma, fototricograma, biopsia cutánea). Otras se podrán realizar desde Atención Primaria<sup>1,2</sup>:

- Si se sospecha de efluvio telógeno sin desencadenante claro o cualquier tipo de alopecia, focal o localizada sin causa justificada: hemograma, velocidad de sedimentación, metabolismo férrico, perfil nutricional, despistaje de celiaquía, estudio tiroideo, serología de sífilis y anticuerpos antinucleares.
- Si se sospecha de alopecia areata: estudio de tiroides (tirotropina, T4 y anticuerpos antitiroideos).
- Si se sospecha de tinea capitis: cultivo y visión directa microbiológica.

## F. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO

Tras realizar la anamnesis, exploración física, clasificación y prueba complementaria, si fuera necesaria, podemos realizar el diagnóstico diferencial, así como establecer el tratamiento de la misma o considerar su derivación al especialista. Los tipos de alopecia más frecuente en la infancia son la alopecia areata, la tinea capitis, el efluvio telogénico y la tricotilomanía<sup>1,2</sup>.

## G. CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL ESPECIALISTA

Desde Atención Primaria podremos abordar la tiña capitis tras recogida de cultivo, efluvio telógeno con desencadenante conocido, alopecia por tracción, tricotilomanía y alopecia areata de pequeño tamaño.

Considerar derivación al especialista los siguientes casos:

- Alopecia de causa desconocida.
- Alopecia secundaria a un proceso no tratable desde Atención Primaria (procesos autoinmunes, inflamatorios, procesos psiquiátricos...).
- Alopecia con alteraciones analíticas tratables, sin mejoría tras iniciar el tratamiento correspondiente.
- Alopecia areata con placa de gran tamaño, difusa o sin respuesta al tratamiento con corticoide tópico.
- Tiña capitis con mala evolución tras iniciar tratamiento adecuado atendiendo a resultados del cultivo.
- Alopecia areata.
- Tricotilomanía en caso de necesitar psicoterapia.

## H. ALOPECIA AREATA

La alopecia areata es un proceso inmunológico, mediado por linfocitos T, inflamatorio y crónico que afecta al folículo y ocasionalmente a las uñas (*pitting*). Principalmente se da en el cuero cabelludo, aunque puede aparecer en el resto de pelo corporal, produciendo una alopecia universal. Sobre su evolución, en un 60% de los casos hay remisiones espontáneas, mientras que en otros casos aparecen recurrencias o se hace permanente. Se puede asociar a otros procesos autoinmunes, como enfermedades tiroideas, principalmente, vitíligo, diabetes *mellitus*, síndrome de Addison, lupus y trisomía 21. En exploración encontraremos áreas localizadas de alopecia no cicatricial, muy bien delimitadas, con una piel en apariencia normal. En estas áreas

de alopecia son típicos los pelos afilados en su parte proximal, llamados pelos peládicos o en signo de exclamación. También es característico la fragilidad capilar, con desprendimiento fácil del cabello tras la tracción del mismo<sup>1,3,4</sup>.

## I. TRATAMIENTO

### Tratamiento de primera línea

- Corticoides tópicos potentes: tratamiento de elección en niños, especialmente en formas localizadas. Los más empleados son el propionato de clobetasol 0,05% o dipropionato de betametasona 0,05%. Se APLICA 2 veces al día durante 2-6 semanas consecutivas. El tratamiento presenta una tasa de recaída del 37-63%. Los efectos más frecuentes son la atrofia cutánea iatrogénica, la hipopigmentación o teleangiectasias en la zona<sup>3,5</sup>.
- Infiltración de corticoides: tratamiento de elección en formas localizadas en adolescentes. El corticoide más empleado es la triamcinolona, con previo tratamiento anestésico tópico. Estas infiltraciones se pueden repetir si es necesario cada 4-6 semanas. El crecimiento de pelo aparece normalmente a las 6-8 semanas tras iniciar las inyecciones intradérmicas, observándose respuesta en dos tercios de los pacientes. Si no hay respuesta en 6 meses, se debe interrumpir el tratamiento. Los efectos adversos son similares a uso de corticoides tópicos<sup>3,5</sup>.
- Inmunoterapia tópica: se emplean sensibilizadores, como difenciprona al 2% (DPCP o difenilciclopropenona). El objetivo es producir una dermatitis de contacto alérgica controlada en el cuero cabelludo para que los linfocitos produzcan dermatitis en lugar de actuar sobre el folículo piloso. El crecimiento del pelo comienza a las 4-12 semanas del tratamiento. El principal efecto adverso es la dermatitis grave. Si aparecen vesículas o ampollas, se debe lavar y tratar con corticoides tópicos<sup>3,5</sup>.

### Tratamiento de segunda línea

Minoxidil 2 y 5%: minoxidil es un vasodilatador que aumenta el flujo sanguíneo al cuero cabelludo, actuando como un “estímulo” para que el cabello crezca. Pueden emplearse solos o combinados con el tratamiento de primera línea. Actualmente existen pocos estudios publicados donde se evalúa la eficacia de minoxidil en la población pediátrica con alopecia areata, con una tasa de respuesta del 44%<sup>6</sup>. Ante la falta de evidencia, en ficha técnica no se recomienda su empleo en menores de 18 años. Sin embargo, en la práctica clínica es un tratamiento que, empleando la solución de minoxidil al 2%, es utilizado especialmente combinado con fármacos de primera línea. Se aplica 1 ml cada 12 horas en la zona afectada durante 3 meses. Si se observa mejoría, continuará aplicándose y se suspenderá tras conseguir la repoblación completa de la placa de alopecia. Al suspenderlo, la placa de alopecia ya repoblada vuelve a su estado original antes de recibir el estímulo del minoxidil. Es decir, si el proceso inflamatorio que originaba la alopecia se ha resuelto, el cuero cabelludo volverá a tener la misma densidad que antes de iniciarse la alopecia. Si, por el contrario, el proceso inmunológico persiste, al retirar el minoxidil y su efecto vasodilatador, la placa de alopecia volverá a aparecer, ya que no se ha solucionado el problema inicial que lo causa<sup>3,5</sup>.

Respecto los efectos adversos, es un fármaco seguro si se usa en la concentración y dosis descrita, siendo el trastorno más frecuente la hipertricosis generalizada, si el producto entra en contacto con zonas no deseadas, así como prurito y/o dermatitis en la zona de aplicación. Otros efectos menos frecuentes pueden aparecer si se realiza una administración tópica excesiva, ya que se puede producir una absorción sistémica que hipotensión y palpitaciones<sup>7</sup>.

### Terapias sistémicas

Se emplean en casos de alopecia areata grave. Sin embargo, pese a su uso, existe una alta tasa de recaída y los potentes efectos adversos limitan su uso en casos de recidiva. Los más empleados son los glucocorticoides orales, metrotrexato y ciclosporina A, entre otros. Estos tratamientos suelen emplearse en niños mayores de 10 años, aunque en algunas guías recomiendan el empleo de glucocorticoides sistémicos a partir de los 7 años en caso de alopecia difusa que afecte a más del 50% del cuero cabelludo<sup>6,8</sup>.

### Otros tratamientos

El papel de los suplementos de vitaminas y minerales en pacientes sanos sin déficit nutricionales actualmente es controvertido. Los estudios son limitados, basados en poblaciones pequeñas y con resultados poco concluyentes. Se necesita, por tanto, una mayor investigación en este sentido para confirmar que el empleo de complejos de micronutrientes podría ayudar a los pacientes con alopecia areata<sup>9</sup>.

Respecto a las lociones “anticaída”, no hay estudios publicados sobre su beneficio. Estos productos principalmente tienen un efecto cosmético, al aumentar el volumen del cabello, pero no tienen ninguna acción sobre el folículo piloso.

### J. TINEA CAPITIS

Se trata de una dermatofitosis, siendo los agentes etiológicos más frecuentes en nuestro medio *Trichiohyton tonsurans* y *Microsporum canis*. Presenta mayor incidencia entre los 3 y 7 años. En la mayoría de las ocasiones la evolución es favorable. En la exploración observaremos una o varias placas descamativas, pruriginosas, con alopecia incompleta debido a la presencia de pelos cortos y rotos junto con otros largos y normales, además de la presencia de puntos negros que corresponden a los pelos rotos a ras del cuero cabelludo. En otras ocasiones, observamos lesiones eritematosas y descamativas, sin alopecia, que pueden simular una dermatitis seborreica. Las formas graves de la tiña generan lesiones inflamatorias y cicatriciales.

Estas son el favus (placa con pústulas y costras amarillas) y el querión (masa inflamatoria con adenopatías regionales). Este tipo de alopecia es reversible tras tratamiento antifúngico correcto y tan solo en casos graves y prolongados puede producir alopecia cicatricial irreversible<sup>1,2,10</sup>.

## **K. TRATAMIENTO**

El tratamiento es oral, siendo de primera elección la griseofulvina y la terbinafina. Otras alternativas son itraconazol y fluconazol. Los tratamientos antifúngicos tópicos en forma de champú/gel se emplean como adyuvantes con el fin de reducir la extensión y difusión de las esporas. Ante un caso de tiña capitis, es recomendable revisar, detectar y tratar a los contactos. En los convivientes asintomáticos se recomienda emplear gel/champú antifúngico para reducir el riesgo de reinfección debido al contacto continuado con portadores asintomáticos durante 2 a 4 semanas. Todos los convivientes, afectados y sanos, deben comenzar el tratamiento a la vez<sup>11</sup>.

En el caso de las formas inflamatorias, hay que realizar curas para eliminar la supuración y pelos infectados, además de añadir corticoides orales (prednisona 1-2 mg/kg/día) y antifúngicos en las primeras fases<sup>10,11</sup>.

### **Tratamientos tópicos más empleados<sup>10,11</sup>**

- Ciclopirox champú 1%: aplicar 2-3 veces por semana durante 2-4 semanas. Dejar actuar 5 minutos y posteriormente aclarar.
- Ketokonazol champú 2%: aplicar 2-3 veces por semana durante 3-4 semanas. Dejar actuar 5 minutos y posteriormente aclarar.

### **Tratamientos sistémicos<sup>10,11</sup>**

- Terbinafina:
  - Se emplea en niños mayores de 4 años.
  - Posología:
    - <25 kg: 125 mg al día durante 6 semanas.
    - 25-35 kg: 187,5 mg al día durante 6 semanas.
    - >35 kg: 250 mg al día durante 6 semanas (igual que en adultos).

- Griseofulvina (actualmente no comercializada en España):
  - Se emplea en niños mayores de 2 años.
  - Posología:
    - Dosis: 20-25 mg/kg/día cada 12-24 horas. Dosis máxima 1 g/día.
    - Duración 4-8 semanas o hasta 2 semanas tras curación (6-12 semanas). Duración mínima 6 semanas si *Microsporum spp.*
  
- Itraconoazol:
  - Se emplea en mayores de 6 meses. Uso *off-label* para menores de 6 meses.
  - Posología:
    - 5-8 mg/kg dosis única. Dosis máxima 200-400 mg/día.
    - Duración 2-4 semanas si *Trichiohyton spp.* o 4-8 semanas si *Microsporum spp.*
  
- Fluconazol:
  - Perfil de seguridad en niños similar a adultos. No edad mínima descrita.
  - Posología:
    - 6 mg/kg dosis única diaria. Dosis máxima 400 mg/día.
    - Duración 3-6 semanas.

## L. TRICOTILOMANÍA

Se produce ante el arrancamiento compulsivo del pelo por el propio niño. Se puede dar en asociación con otras alteraciones del comportamiento, como la succión del dedo pulgar o la onicofagia. Suele presentarse como un área irregular, con pelos de distintas longitudes (a diferencia de la alopecia areata, con pelo en el mismo estadio y placa con bordes regulares). Las cejas y las pestañas pueden afectarse. La piel suele ser normal, pero pueden aparecer liquenificación o escoriaciones por rascado. Muchos de estos pacientes se encuentran sometidos a una tensión emocional. En otros casos, se utiliza para llamar la atención por un problema psicológico, por lo que la anamnesis es fundamental en estos pacientes<sup>1,2</sup>.

## M. EFLUVIO TELÓGENO

La pérdida de cabello es generalizada y se debe a un factor estresante que provoca el paso de los folículos que están en fase de crecimiento (anágena), hacia una fase de caída (telógena). Esta pérdida de pelo se produce aproximadamente 3 meses después del factor desencadenante. Entre dichos factores se encuentran enfermedades febriles, medicamentos, malnutrición, déficit de hierro, malabsorción, estrés emocional... El tratamiento se basa en identificar y corregir la causa<sup>1,2</sup>. El empleo de complejos vitamínicos en pacientes con una dieta adecuada sin déficit nutricional asociado tiene baja evidencia científica<sup>9</sup>. Sí que puede ser útil el empleo de minoxidil hasta la resolución de la causa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gargallo V, Vanaclocha F. Alopecia en la infancia. [An Pediatr Contin. 2014;12:210-5.](#)
2. Defez JA. Alteraciones del pelo y las uñas. [Pediatr Integral. 2012;XVI:286-300.](#)
3. Strazulla LC, Wang EHC, Avila L. Alopecia areata. Disease characteristics, clinical evaluation and new perspectives on pathogenesis. [J Am Acad Dermatol. 2019;78:1-12.](#)
4. Pedragosa R. Alteraciones del cabello. En: Asociación Española de Pediatría [en línea] [consultado el 05/04/2022]. Disponible en: [www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cabello.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cabello.pdf)
5. Messenger AG, McKillop J, Farrant P. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of alopecia areata. [Br J Dermatol. 2012;166:916-26.](#)
6. Waśkiel-Burnat A, Kołodziejak M, Sikora M, Stochmal A, Rakowska A, Olszewska M. Therapeutic management in paediatric alopecia areata: A systematic review. [J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021;35\(6\):1299-1308.](#)
7. Barton VR, Toussi A, Awasthi S, Kiuru M. Treatment of pediatric alopecia areata: A systematic review. [J Am Acad Dermatol. 2022;86\(6\):1318-34.](#)
8. Phan K, Ramachandran V. Methotrexate for alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. [J Am Acad Dermatol. 2019;80:120.](#)
9. Almohanna HM, Ahmed AA, Tsatalis JP, Tosti A. The Role of Vitamins and Minerals in Hair Loss: A Review. [Dermatol Ther \(Heidelb\). 2019;9\(1\):51-70.](#)
10. Berzosa R, García-Caro E, Ledesma JM. Querion de Celso. [Form Act Pediatr Aten Prim. 2012;5;183-4.](#)

11. Conejo AJ, Martínez MJ, Alfayate S. Dermatofitosis o tiñas. En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [consultado en 25/07/2022]. Disponible en [www.guia-abe.es](http://www.guia-abe.es)
12. Conejo A, Martínez A, Ramírez O, Álvez F, Hernández A, Baquero F, *et al.* Documento de consenso SEIP-AEPap-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas micóticas de manejo ambulatorio. [Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:e149-e172.](#)