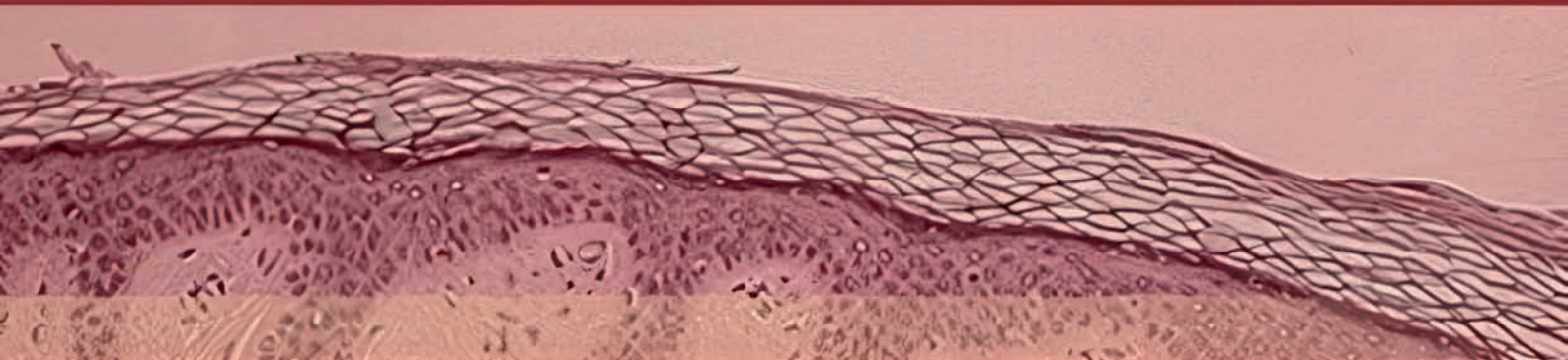




Vol. 10, No. 1 (2016)

Tratamiento de alopecia areata con producto natural en niños del Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez"

Treatment of alopecia areata with a natural product
in children at the Pediatric Teaching Hospital
"Juan Manuel Márquez"

Artículo de investigación

enero – abril 2015

Tratamiento de alopecia areata con producto natural (Alopel®) en niños del Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez"

Dra. Fernanda M. Pastrana Fundora MS¹, Dr. Cesar R. Ramirez Albajés MS², Dr. Herodes Ramirez Ramirez³.

¹ Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez", La Habana, Cuba

² Facultad de Ciencias Médicas "Finlay - Albarrán", La Habana, Cuba

³ Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo, La Habana, Cuba



Directora y Coordinadora del Estudio:

Dra. Fernanda M. Pastrana Fundora MS*

Jefa de Servicio Dermatología Hospital Pediátrico Docente
"Juan Manuel Márquez"

*Autor para la correspondencia.

Correo electrónico: fpastrana@infomed.sld.cu

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de ningún tipo con la elaboración de este documento.

Resumen

La alopecia areata, enfermedad de etiología desconocida, multifactorial, causa pérdida del pelo de la cabeza y otras áreas del cuerpo. Empieza como pequeñas placas redondas, solitarias o múltiples, afectando el cuero cabelludo y es más frecuente en las tres primeras décadas de vida.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de la aplicación tópica del producto natural Alopel® en niños con alopecia areata.

Métodos: Se realizó estudio piloto de corte longitudinal, abierto, prospectivo que incluyó 20 pacientes femeninos y masculinos entre 1 y 18 años de edad, con placas alopécicas de cuero cabelludo, que se caracterizaron según variables clínico-epidemiológicas y sociodemográficas. El tratamiento consistió en la aplicación 3 veces al día durante un mes del producto envasado como Espuma/Spray y fue controlado mensualmente en la consulta de Dermatología. Los criterios de evaluación se establecieron por la desaparición de las placas alopécicas o disminución del diámetro y fue evaluada la variable principal al finalizar el tratamiento como: Excelente (E), Buena (B), Regular (R) o Mala (M).

Resultados: Obtuvimos respuesta satisfactoria en 85 %, buena 10 % y regular en 5 %. No se presentaron efectos adversos. Alto grado de satisfacción de los pacientes.

Conclusiones: Se considera este medicamento una excelente opción terapéutica para el tratamiento de la alopecia areata.

Palabras clave: alopecia areata; telógeno; flavonoide; ácido oleanólico; apigenina.

Introducción

El folículo pilo-sebáceo es un miniórgano que se transforma y regenera en un complejo ciclo de crecimiento, regresión y degeneración que dura toda la vida del individuo, denominado ciclo del folículo piloso. Este proceso es controlado por factores de crecimiento, inhibidores y factores hormonales que compiten y se regulan entre sí. Las etapas de crecimiento folicular se denominan anágeno, telógeno y catágeno. Se estima que existen unos 1 500 folículos pilosos en el cuero cabelludo.⁽¹⁾

La alopecia areata (AA) es una enfermedad inflamatoria, crónica, del grupo de las no cicatriciales telogénicas de etiología autoinmune, genética y finalmente multifactorial que afecta al folículo piloso y algunas veces las uñas.⁽²⁾ Se caracteriza por áreas alopécicas no cicatriciales, asintomáticas, que pueden comprometer el cuero cabelludo, las cejas, pestañas, barba y los pelos del resto del cuerpo. Algunos autores la consideran la primera causa de alopecia en los niños.⁽³⁾

En la etiopatogenia de la AA se precisan: factores genéticos que determinan una predisposición del individuo (como se aprecia por la existencia de determinados HLA como son DQ3, DQ7, DR4 y DR11), una respuesta autoinmune de tipo celular (linfocitos T CD4 helper), asociación a enfermedades autoinmunes (como la tiroiditis de Hashimoto y vitiligo, lupus eritematoso sistémico), el síndrome de Down, dermatitis atópica, factores externos desencadenantes como infecciones varias, a veces de tipo dentarias, que pueden observarse hasta en el 4 % de las personas que la padecen, y con gran responsabilidad el estrés.^(4,5)

Tiene una gran repercusión social y puede ser el reflejo de otros trastornos de origen autoinmune. No existe un tratamiento específico, sin embargo algunos medicamentos suelen ser alentadores y dan una respuesta favorable en menor tiempo.^(6,7)

Los cuadros recidivantes, la mayor extensión de las lesiones y el largo tiempo de evolución ofrecen más rebeldía a la terapéutica, por lo que dejar un cuadro de AA sin tratar ha resultado ser una opción legítima para algunos pacientes con zonas escasas o limitadas. Se sabe que la remisión espontánea de las zonas afectadas puede ocurrir incluso en 80 % de los casos en menos de un año, pero no sucederá antes de tres meses y esto también depende del tipo clínico y de la cantidad de lesiones.⁽⁸⁾

Puede observarse en todas las edades de la vida. Los jóvenes y los niños están comúnmente afectados y también han sido reportados casos en neonatos.⁽⁹⁾ Se

ha demostrado que el inicio antes de los 15 años, la presencia de alteraciones ungueales y el antecedente familiar de vitiligo, son marcadores pronósticos de AA total o universal.⁽¹⁰⁾

Todos estos factores son determinantes para decidir la terapéutica,^(11,12) pero el factor psicológico como detonante no debe ser subestimado.⁽¹³⁾

Las características histopatológicas dependen de la etapa de la enfermedad.⁽¹⁴⁾

Muchos han sido los medicamentos utilizados en AA: antralina, esteroides, minoxidil, ciclosporina, PUVA terapia, tacrolimus, biotina, zinc, sulfasalazina, terapia fotodinámica, otros inmunomoduladores tópicos.⁽¹³⁾ Por todo lo anterior se realiza el siguiente trabajo con el objetivo de evaluar la efectividad y seguridad de la aplicación tópica del producto natural **Alopel®** en niños con alopecia areata.

Métodos

Se realizó un estudio piloto, de corte longitudinal, abierto, prospectivo, que incluyó 20 pacientes femeninos y masculinos entre 1 y 18 años de edad, con placas alopécicas de cuero cabelludo.

Se operacionalizaron las siguientes variables: edad, sexo, color de piel, antecedentes patológicos personales y familiares, número de placas, tiempo de evolución de las lesiones y respuesta al tratamiento.

El tratamiento consistió en la aplicación 3 veces al día durante un mes del producto envasado como espuma/Spray y un ligero masaje. Los pacientes fueron controlados mensualmente en consulta de Dermatología.

Los criterios de evaluación están dados por la desaparición de las placas alopécicas o disminución de sus diámetros al concluir el tratamiento.

La respuesta al tratamiento se definió como: Excelente (E) por la desaparición de placas alopécicas; Buena (B) por la recuperación del pelo más del 50 %; Regular (R) si la recuperación es menor del 50 % y Mala (M) para cuadro clínico invariable.

El producto utilizado fue el **Alopel®** (de los Laboratorios Catálisis de Madrid), compuesto por ácido oleanólico que se encuentra de forma natural en numerosas plantas entre las que se cuenta *Mirabilis jalapa*, y cuyo mecanismo de acción es bloquear la respuesta inflamatoria, a la vez que regula la respuesta inmune, agente vasodilatador y restaurador de la disfunción endotelial;⁽¹⁶⁾ apigenina, flavonoide natural antioxidante preventivo presente en las frutas y las verduras, que posee propiedades antiinflamatorias, antioxidantes, antiangiogénicas, antialergizantes, antigenotóxicas, anticancerosas; acetil tetrapéptidos activados y *Trifolium*

pratenses (trébol rojo), herbácea que contiene como sustancias activas: tanino, glucósidos, sustancias fenólicas, flavonas e isoflavonas. Estas últimas son convertidas en fitoestrógenos en el organismo, los cuales son similares a la hormona estrógeno. No hay suficiente información para evaluar la seguridad del trébol rojo cuando se aplica a la piel.^(14,15)

Con los datos obtenidos se confeccionó un cuaderno de recolección de la información. Los datos se introdujeron en el paquete Microsoft Excel, de Microsoft Office 2010 y se aplicó el método estadístico de cálculo de por cientos. Los resultados se representaron en tablas.

Resultados

Con relación a la edad hubo un predominio del grupo de 10 a 14 años, con 9 pacientes para un 45 % del total, seguidos del grupo de 5 a 9 años que representaron 30 %. Solo hubo un caso menor de 5 años 5 % (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupo de edad.

Grupos de edad (años)	Cantidad	%
Menos de 5	1	5
5 - 9	6	30
10 - 14	9	45
15 - 18	4	20
Total	20	100

n=20

Predominó el sexo femenino con el 70 % de los casos y el color de la piel blanca (60 %), seguido de los mestizos (25 %).

Algunos pacientes presentaban factores psicológicos (60 %), que incluían divorcio de padres, ausencia de los mismos por estar trabajando fuera del territorio del hogar, riñas familiares, padres alcohólicos e inadaptación a la escuela. El 35 % tenía antecedentes personales de alopecia u otras enfermedades que se han relacionado con la AA. En 9 casos se recogieron antecedentes familiares de alopecia, los cuales representaron el 45 % del total (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según antecedentes patológicos personales y familiares.

Tipo	Antecedentes patológicos personales		Antecedentes patológicos familiares	
	Nº	%	Nº	%
Alopecia	2	10	9	45
Atopia	2	10	-	-
Síndrome de Down	3	15	-	-
Factores psicológicos	12	60	-	-
Total	19	95	9	45

Los mejores resultados correspondieron a los pacientes que presentaban un menor número de placas.

La respuesta fue excelente en 85,7 % de los que tenían una sola placa, y en el 100 % de los pacientes que tenían dos y tres. Sin embargo, de los 3 casos de alopecia total, 2 repoblaron totalmente (66,6 %) y 1 más del 50 % (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los casos según el tiempo de evolución y los resultados.

Tiempo de evolución	Nº de Casos		Resultados							
			Excelente		Bien		Regular		Malo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - 4 años	43	86	39	90,7	2	4,7	2	4,7	0	-
5 - 8 años	7	14	2	28,6	4	57,1	1	14,3	0	-
Total	50	100	41	82,0	6	12,0	3	6,0	0	-

Con respecto a los resultados obtenidos luego de la aplicación del tratamiento, 17 pacientes tuvieron una respuesta excelente, 85 % del total; siendo esta mayor en los pacientes que tenían de 1 a 4 años de evolución de las lesiones, con 94,1 %. Solo un caso tuvo una respuesta regular (5 %). Es importante señalar que en los casos que tenían de 5 a 8 años de evolución de la enfermedad, hubo 2 que tuvieron una evaluación de bien (66,7 %) (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los casos según el número de placas y sus resultados.

Número de placas	Nº de Casos	Resultados							
		Excelente		Bien		Regular		Malo	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 placa	16	15	93,8	1	6,2	-	-	-	-
2 placas	5	4	80,0	1	20,0	-	-	-	-
3 placas	8	7	87,5	1	12,5	-	-	-	-
Varias placas (+ de 3)	13	10	76,9	1	10,0	2	20,0	-	-
Alopecia total	8	5	62,5	2	25,0	1	12,5	-	-
Total	50	41	82,0	6	12,0	3	6,0	0	-

En general encontramos que 85 % de los casos tuvo un resultado excelente, 10 % de bien y 5 % regular (Fig. 1 y Fig. 2).

Todos los casos se beneficiaron física y psicológicamente con el medicamento. No se reportaron efectos adversos y el grado de satisfacción de los pacientes fue bueno.

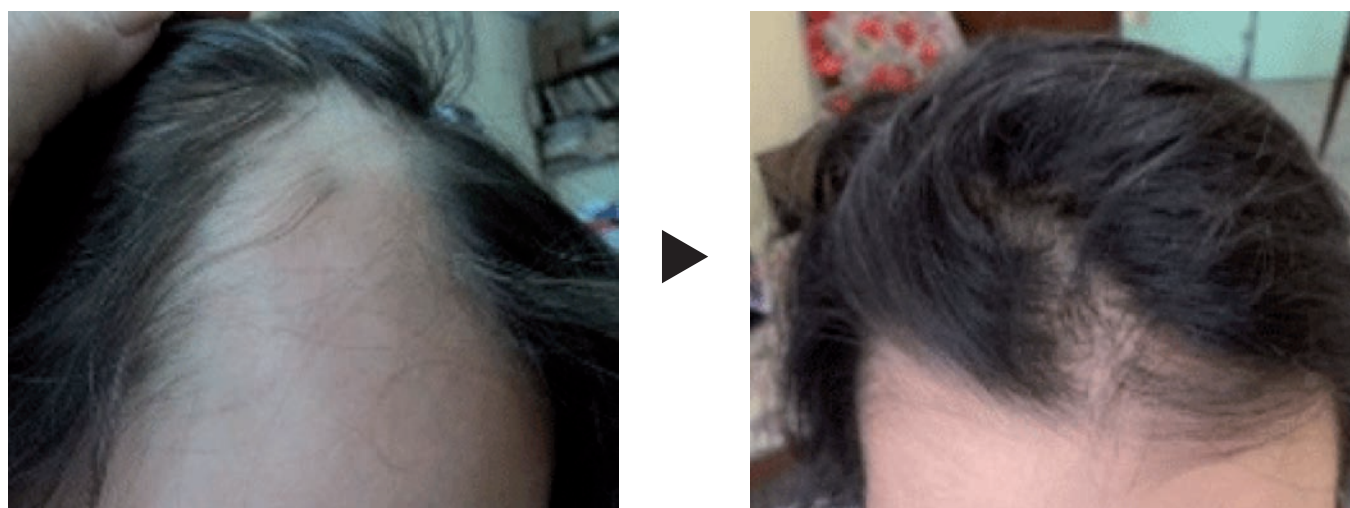


Fig. 1. Evolución de las lesiones en una paciente antes del tratamiento y después de 2 meses de aplicación del mismo.



Fig. 2. Respuesta excelente al tratamiento en una paciente femenina, después de tres meses de tratamiento.

Discusión

En el estudio observamos un predominio del grupo de 10 a 14 años de edad, seguido por el de 5 a 9, lo que coincide con lo planteado por Cortes Mardones y Zemelman, quienes consideran que el 60 % de los pacientes con AA presentó su primera placa entre los 5 y 20 años de edad.⁽³⁾

Hubo un predominio del sexo femenino y del color de piel blanca, no obstante en la literatura revisada se plantea que no existe distinción con respecto al sexo y la raza.⁽⁶⁾

En cuanto a la presencia de antecedentes personales o familiares, Fernández y Macoc en su experiencia de 265 casos encontraron asociación con vitiligo y hábito atópico.⁽⁴⁾ De la Torre lo asocia a lupus eritematoso,⁽¹³⁾ Reyes y Barban lo relacionan con el vitiligo presagiando un mal pronóstico en estos casos,⁽⁹⁾ mientras que Olguín, Martín y Rodríguez le confieren mucho valor a los factores psicológicos como detonantes o como causa de los episodios de alopecia areata.⁽¹¹⁾

Los resultados obtenidos fueron proporcionales con el tiempo de evolución de las lesiones. Según lo reportado en la literatura, lo habitual es que cuando las lesiones van a responder, ya sea de manera espontánea o con las terapias frecuentemente utilizadas, lo hagan en el primer año de la enfermedad y que a mayor tiempo de evolución de las lesiones, mayor resistencia a los tratamientos.⁽⁶⁾ Sin embargo, en este estudio preliminar, 3 niños con más de 5 años de padecimiento tuvieron una respuesta excelente, de los cuales 2 tienen síndrome de Down y presentaban una alopecia total.

Referencias bibliográficas

1. Guerrero R, Kahn M. *Alopecias: Alopecia Areata*. Rev Med Clin. Condes. 2011;22(6):773-83.
2. Galán Gutiérrez M, Rodríguez Bujaldón A, Moreno Giménez JC. *Actualización terapéutica en alopecia areata*. Actas Dermosifiliogr. 2009;100(4):266-76.
3. Cortés GA, Mardones VF, Zemelman DV. *Caracterización de las causas de alopecia infantil*. Rev Chil Pediatr. 2015;86(4):264-9.
4. Fernández R, Macoc M, Vadala V, Garrido G, Squeff M. *Alopecia areata y enfermedades asociadas: nuestra experiencia sobre 265 casos*. Arch Argent Dermatol. 2014;64(4):134-8.
5. Márques E. *Alopécia areata associada à infecção odontogênica e dentes inclusos-relato de casos*. Salusvita. Barú. 2007;26(2):205-12.
6. Martínez V. *Alopecia areata*. Dermatol Rev Mex. 2015;59:395-405.
7. Lopera A, Gómez M, Trujillo C. *Alopecia Areata Neonatal tratada con Tacrolimus tópico: reporte de un caso*. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2010;18:169-71.
8. Sperling C, Sinclair D, El Shabrawi-Caelen L. *Alopecia's*. En: Bologna L, Jorizzo L, Schaffer V. *Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2012. p. 60.
9. Reyes A, Barban N. *Alopecia Areata. [Tesis]*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario; 2010.
10. Alkhalifah A, Alsantali A, Wangs E, McElwee K, Shapiro J. *Alopecia areata update. Part II Treatment*. J Am Acad Dermatol. 2010;62:191-202.
11. Olguín-García G, Martín del Campo A, Rodríguez-Acar M, Peralta-Pedrero ML. *Factores psicológicos asociados con la alopecia areata*. Dermatol Rev Mex. 2013;57:171-7.
12. Restrepo R, Niño LM. *Alopecia Areata, nuevos hallazgos en histopatología fisiopatología*. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2012;20(1):41-53.
13. De la Torre M del C, Gutiérrez D, Toussaint S. *Alopecia en parches asociada con Lupus Eritematoso Sistémico: diagnóstico diferencial con Alopecia Areata*. Dermatol Rev Mex. 2015;59:361-7.
14. Siddiqui S, Siddiqui BS, Adil P, Begum S. *Constituents of Mirabilis jalapa*. Fitoterapia. 1990;61(5):471.
15. Kolodziejczyk-Czepas J. *Trifolium species-derived substances and extracts-biological activity and prospects for medicinal applications*. J Ethnopharmacol. 2012;143:14-23.