

ALOPECIA ANDROGENETICA FEMENINA

**Dr. Juan Carlos Diez de Medina Duran.
Bolivia**

jcdiezde@accelerate.com

Introducción.-

Aunque el termino de alopecia androgenética femenina se ha manejado durante muchos años, se acepta hoy en día que la forma correcta de referirse a esta patología es alopecia de patrón femenino, si bien la alopecia androgenética masculina es un cuadro cuya fisiopatología y clínica es bastante clara, esto no ocurre en la alopecia patrón femenino.(1)

La alopecia femenina puede darse después de la menarquia o después de la menopausia, los patrones clínicos de la alopecia en la mujeres no es tan fácilmente reconocible como sucede en la alopecia androgenética femenina, la dependencia genética y la naturaleza hereditaria, no son tan obvios como en la alopecia androgenética masculina. (1 – 6)

El propósito nuestro es por lo tanto mostrar la presentación clínica, diagnostico y modalidades terapéuticas de la “alopecia androgenética femenina” cuya denominación apropiada debe ser alopecia de patrón femenino; y a la vez es importante mostrar la diferencias con la alopecia androgenética masculina. (7)

Clínica.-

La alopecia femenina puede iniciarse en cualquier momento después de la menarquia o tardíamente después de la menopausia, la distribución de la alopecia puede ser difusa central con acentuación

frontal llamada en “árbol de navidad “, bitemporal, y la más infrecuente fronto temporal que es más parecida al patrón masculino. (Fig. 1, 2 y 3) Estos patrones aunque orientadores no son determinantes para hablar de alopecia de patrón femenino o masculino, con fines no solo de diagnóstico sino de tratamiento es útil usar una clasificación simple que nos oriente para el fin que buscamos, tratar al paciente, así pues clasificaremos la alopecia femenina de la siguiente forma: (7 y 8)

Fig. 1

Fig.2

Fig. 3

Alopecia instauración precoz
tardía

menopaúsico)

- 1.- Con exceso de andrógenos
- 2.- Sin exceso de andrógenos

Alopecia de instauración

(Perimenopáusico o

- 1.- Con exceso de
- 2.- Sin exceso de

Y las denominaremos a aquellas con exceso de andrógenos es decir laboratoriales o clínicos, alopecia androgenética femenina y a la sin exceso de andrógenos laboratoriales o clínicos alopecia de patrón femenino, vale la pena aclarar que cuando me refiero a signos clínicos de hiperandrogenismo me refiero a acné, y/o hirsutismo, alteraciones menstruales, infertilidad, galactorrea o pseudoacantosis nigricans que además de ser un signo de resistencia a la insulina suele acompañar estados de hiperandrogenismo, y laboratorial a un aumento de testosterona libre, androstenediona o dehidroepiandrosterona-sulfato o prolactina. (7 y 8)

En la alopecia femenina al igual que en la masculina se observa miniaturización del pelo, ocasionalmente signos de dermatitis seborreica eritema y descamación. (8)

Ludwig realiza una clasificación de la alopecia de patrón femenino en grado I, II y III dependiendo de la severidad del cuadro. (Fig. 4, 5 y 6) (1,7-8)

Fig. 4

Fig. 5

Fig. 6

Fisiopatología.- (1,7)

- I Reducción progresiva de la duración del anágeno
- I Prolongación del periodo latente del ciclo del pelo KENOGENO (Aun no confirmado en las mujeres)
- I Miniaturización del pelo

Acompañan a estos hechos fisiopatológicos, fenómenos que ponen en manifiesto las diferencias con la alopecia androgenética masculina.

- I El patrón de alopecia en las mujeres es frecuentemente diferente al visto en los varones
- I La mayoría de las mujeres con alopecia androgénica no muestran otros signos de hiperandrogenismo
- I La historia familiar de alopecia androgenética en la mujer no siempre es tan evidente como la del varón
- I No hay respuesta al uso de finasteride en mujeres pos menopausicas y no hay respuesta a la ciproterona en mujeres con alopecia androgenética sin otros signos de hiperandrogenismo.

Histopatología.- (9-10)

La histopatología puede tener una indicación relativa en el caso de la alopecia femenina, en especial para realizar un diagnostico

diferencial con el efluvio telógeno, alopecia areata difusa o diferenciarla de alopecias cicatriciales.

La biopsia si se realiza debe ser hecha de la zona central, que es la zona representativa, las biopsias del área bitemporal no son una buena elección salvo que sea la única zona afectada.

La muestra no debe ser menor a 4 mm y por supuesto debe ser profunda y tomar el tejido celular subcutáneo, para incluir un número determinado de bulbos pilosos y evaluar los cambios a nivel folicular.

1. La clave del diagnóstico es la miniaturización de los pelos terminales.
2. Los porcentajes de pelos en telógeno se incrementan en forma variable entre un 5 a un 20 % correspondiendo a una disminución de los pelos en anágeno. EL porcentaje de pelos en telógeno es significativamente menor en la alopecia de patrón femenino que en la alopecia de patrón masculino.
3. Las secciones horizontales permiten apreciar una franca disminución del grosor de los pelos terminales que en general son iguales o menores a 0,03 mm.
4. EL número total de unidades pilosas es en general normal 240 a 400 pelos por cm. 2 o entre 30 a 50 pelos por una muestra de 4 mm, solo se reduce en estadios muy avanzados o en ancianas
5. En la mayoría de los casos se puede apreciar un infiltrado linfocítico en la periferia de los folículos, las implicaciones pronósticas de este infiltrado se desconocen.
6. Fibrosis perifolicular de grado variable se puede apreciar alrededor de los folículos, mientras mayor sea esta fibrosis menor posibilidad de respuesta al tratamiento tendrá la paciente. (Fig. 6a y 6b)

6a

6b

Evaluación laboratorial.- (1,5,7)

A diferencia de alopecia androgenética masculina la paciente con alopecia femenina debe ser evaluada laboratorialmente, en todos los casos, se solicitara para esto:

- 1.- Testosterona total y libre
- 2.- Androstenediona
- 3.- Dehidroepiandrosterona Sulfato (DHA – S)
- 4.- Prolactina
- 5.- Fierro sérico
- 6.- Ferritina sérica
- 7.-Transferrina
- 8.- Perfil tiroideo

Tratamiento .-

El tratamiento será diferente dependiendo si la paciente tiene hiperandrogenemia o no, si la paciente no tiene hiperandrogenemia independiente que el cuadro sea de instauración precoz o de instauración tardía se indicara Minoxidil al 2 %, la FDA no ha autorizado el uso de Minoxidil al 5 % en mujeres pero la única razón es que produce hirsutismo facial en un gran porcentaje de pacientes sin embargo esta demostrado que el minoxidil al 5 % es más efectivo que al 2% en mujeres. (11)

Aun que existen estudios de uso de Finasteride en pacientes posmenopáusicas, aun considerando que la FDA no ha aprobado este fármaco para mujeres, este no tiene ninguna efectividad en pacientes que no tienen hiperandrogenemia.(7,12)

Para los casos de alopecia femenina con signos clínicos o laboratoriales de hiperandrogenemia se realizara tratamiento antiandrógeno, se pueden utilizar antiandrógenos esteroideos tales como la ciproterona, espironolactona o drospirenone; pueden usarse también los antiandrógenos no esteroideos , como la flutamida, bicalutamida y nilutamida y en estas pacientes también podrían tener valor los inhibidores de la alfa reductasa 2 como el finasteride y dutasteride; estos últimos no están autorizados por la FDA para tratar esta patología, aun que cada vez hay mas estudios de uso de finasteride en pacientes posmenopáusicas. (7,13)

Nosotros tenemos experiencia con espironolactona que es un fármaco fácil de manejar, debe usarse en pacientes premenopáusicas a razón de 50 mg día los primeros 10 días del ciclo, y en posmenopáusicas 50 mg día en forma continua, no tengo experiencia con ciproterona pero en premenopáusicas debe usarse 50 mg día los primeros 10 días del ciclo como se hace con la espironolactona. (7,13-14)

En el caso de elegir antiandrógenos no esteroideos solemos usar la flutamida y aunque su uso es limitado por su hepatotoxicidad tomando las precauciones del caso la hemos usado sin que hayamos tenido hasta la fecha ningún inconveniente, usamos 250 mg BID por un mes y luego reducimos a 250 mg día, según algunos autores estos antiandrógenos no esteroideos serían más eficaces que los esteroideos.(7,12-14)

En el caso de espironolactona y ciproterona los estudios comparativos no muestran diferencias significativas. (7,12-14)

En aquellos pacientes que existen alteraciones tiroideas, o en las titulaciones de hierro o transferrina se deberá corregir la patología de base como requisito sinecuanum para obtener buenos resultados terapéuticos. (1,7,14)

Bibliografía.-

- 1.- Olsen E. Female pattern hair Loss. J Am Acad Dermatol 2001; 45:S70–S80
- 2.- Behrman HT. The scalp in health and disease. St Louis: Mosby; 1952.p.173.
- 3.- Barman M, Pecoraro V, Astore I. Alopecias diffusa. Arch Argent Dermatol.1962;12:323-31.
- 4.- Sulzberger MB, Witten VH, Kopf AW. Diffuse alopecia in women. Arc.Dermatol1960;81:556-60.
- 5.- Cullen OS, Messenger AG. Diffuse female hair loss: are androgens necessary? Br J Dermatol 1999; 141:521–3.
- 6.- Harrison S, Ellis J, Sinclair R, Harrap S. The genetics of female androgenetic alopecia. Aus J Dermatol 2003; 44:A11 (abstr.).
- 7.- Olsen EA, et al. Evaluation and treatment of male and female pattern hair loss J Am Acad Dermatol 2005;52:301-311

- 8.- Ludwig E. Classification of the types of androgenetic alopecia (common baldness) occurring in the female sex. *Br J Dermatol* 1977;97:247-54.
- 9.- Whiting DA. Scalp biopsy as a diagnostic and prognostic tool in androgenetic alopecia. *Dermatol Ther* 1998;8:24–33
- 10.- Sinclair R, Jolley D, Mallari R, Magee J. The reliability of horizontally sectioned scalp biopsies in the diagnosis of chronic diffuse telogen hair loss in women. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:189–99.
- 11.- Lucky AW, Piacquadio DJ, Ditre CM, Dunlap F, Dunlap F, Kantor I, Pandya AG. A randomized, placebo-controlled trial of 5% and 2% topical minoxidil solutions in the treatment of female pattern hair loss. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:541-553.
- 12.- Price VH, Roberts JL, Hordinsky M, et al. Lack of efficacy of finasteride in postmenopausal women with androgenetic alopecia. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:768-76
- 13.- Sinclair R, Wewerinke M, Jolley D. Treatment of female pattern hair loss with oral antiandrogens *British Journal of Dermatology* 2005; 152, pp466–473
- 14.- Carmina E, Lobo RA. A comparison of the relative efficacy of antiandrogens for The treatment of in hyperandrogenic women. *Clin Endocrinol* 2002;57:231-4