Mujer con caída de cabello en el posparto

Rosa Ortega del Olmo
Profesora titular
de Dermatología.
Departamento
de Dermatología.
Universidad de Granada.

**M.ª Librada Porriño
Bustamante**
Dermatóloga adjunta.
Departamento
de Dermatología.
Hospital Sanitas
La Zarzuela. Madrid.

Mi paciente es una mujer de 32 años que consulta por caída de cabello tras el parto. Había sido su primer embarazo, que había transcurrido sin complicaciones, y dio a luz un varón sano. No tenía enfermedades ni hábitos tóxicos, y no tomaba ninguna medicación. Nunca había tenido problemas de cabello, pero refería que su padre era calvo y manifestaba una gran preocupación ante la posibilidad de quedarse sin pelo. Por ello, nos traía una bolsa llena de cabello, para mostrar la intensa pérdida que sufría (fig. 1). La caída había comenzado a los 2 meses del parto, había sido continua durante todo el mes transcurrido hasta el momento de la consulta, y era más notable al peinarse o lavarse.

Figura 1. Cabello que trajo la paciente a la consulta en una bolsa.

En la exploración se observaba disminución discreta de la densidad pilosa (fig. 2) y retroceso bitemporal con pelos cortos. No se apreciaba ensanchamiento frontovertical. La prueba

de tracción era positiva. Con dermatoscopia se observaban folículos vacíos y pelos cortos de grosor normal, que representaban pelos en crecimiento, y ausencia de diversidad en el diámetro folicular.

Figura 2. Disminución ligera de la densidad pilosa de forma difusa.

Al tratarse de un efluvio telógeno (ET) posparto, consideramos innecesaria la realización de pruebas invasivas como la biopsia cutánea. Lo principal era tranquilizar a la paciente y explicarle la naturaleza del proceso, intentando disipar su miedo a «quedarse calva». A los 6 meses de la consulta inicial, la caída había remitido y la paciente refería estar recuperando su volumen normal de pelo.

El término efluvio engloba un grupo de alopecias difusas, agudas o crónicas, tras una agresión exógena o endógena sobre los folículos pilosos. Según la fase del ciclo en la que se desprende el pelo se diferencian los efluvios anágenos y los telógenos¹.

Se distinguen diversas fases en el ciclo folicular. En la fase anágena o de crecimiento (2-3 años de duración) se encuentran el 90-95 % de los pelos del cuero cabelludo. En la fase catágena o de involución (10-14 días) se encuentran solo una minoría. En la fase telógena o de reposo (2-3 meses) se hallan el 5-10 %. En la fase de teloptesis se desprende el pelo muerto del folículo^{2,3}. En el ser humano, la sincronía de estas fases en la infancia se pierde posteriormente, por eso en el ciclo normal no se pierde todo el pelo⁴.

El ET es una de las causas más comunes de pérdida difusa de cabello, y se debe a una anomalía en el ciclo folicular que causa una pérdida excesiva de pelos en fase telógena. La incidencia real se desconoce, ya que muchos casos son subclínicos⁵.

Existen cinco mecanismos patogénicos de ET⁶:

- Paso rápido de fase anágena a telógena, en el que los folículos son estimulados para abandonar la fase anágena y entrar de forma prematura en telógena, produciendo un aumento de caída de pelo. Es típico del ET tras estrés psicológico o por fármacos.
- El retraso de la fase de anágena es el mecanismo que causa el ET posparto y por discontinuación de anticonceptivos orales. El estímulo hormonal hace que el cabello permanezca en una fase prolongada de anágena, en lugar de pasar a telógena. Cuando el estímulo se pierde, los folículos involucrados pasan a fase telógena y se desprenden a los 2-3 meses. También puede suceder al suspender un tratamiento prolongado con minoxidil tópico.
- El síndrome de anágena corta se produce por un acortamiento idiopático de dicha fase, y se produce una caída persistente en telógena e incapacidad para dejar el pelo largo.
- La pérdida telógena rápida se debe a un acortamiento de dicha fase, con liberación de grupos de pelos cuando los folículos son estimulados para comenzar la fase anágena. Puede suceder al comenzar a utilizar minoxidil.
- El retraso en la fase telógena ocurre por prolongación de esa fase, y es lo que justifica el cambio de muda del pelo de invierno de los animales^{2,4}.

En el ET agudo se produce una caída brusca de cabello a los 2-3 meses del desencadenante, aunque en un 33 % de los pacientes no se identifica ninguna causa (ET agudo idiopático)⁷. Suele ser autolimitado (4-6 meses), y lo esperable, si la causa cesa, es que la recuperación sea completa. El estrés se considera una causa común; también lo es el parto. Otros desencadenantes son la restricción calórica (dietas hipocalóricas, malabsorción, nutrición parenteral prolongada, hipoproteïnemia en neoplasias avanzadas), hiper e hipotiroidismo, déficit de hierro o zinc, fiebre, intervenciones quirúrgicas, trastornos sistémicos (insuficiencia renal crónica, insuficiencia hepática, dermatomiositis, lupus eritematoso sistémico), infecciones (sífilis secundaria, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana) y fármacos (anticonceptivos orales, minoxidil, retinoides orales, cimetidina, anticonvulsivos, hipolipemiantes, betabloqueantes, litio, anticoagulantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bromocriptina, alopurinol)⁸.

Clínicamente se caracteriza por recesión bitemporal y pérdida difusa de cabello, generalmente no superior al 50 %. Aunque los pacientes refieren una intensa caída, la densidad pilosa es habitualmente normal o levemente reducida. No se observa ensanchamiento frontovertical. La prueba de tracción es generalmente muy positiva, especialmente en vértex y márgenes, aunque su negatividad no excluye el diagnóstico. El tricograma de los pelos desprendidos muestra más del 25 % de pelos telógenos^{2,4}.

Cuando la noxa es prolongada o repetida, la caída de cabello puede desarrollarse lentamente. Se denomina ET crónico aquel que dura más de 6 meses. Puede ser primario (causa no identificable) o secundario. Es mucho menos frecuente que el ET agudo y su curso es fluctuante durante varios años. Afecta fundamentalmente a mujeres de 30 a 50 años. A menudo las pacientes cuentan haber tenido el pelo muy largo en la infancia, lo que sugiere una fase anágena larga, y refieren una gran densidad de pelo previa a la caída y posterior

reducción del grosor de la cola. La prueba de tracción es poco sensible para el diagnóstico de ET crónico; puede ser positiva de forma difusa¹.

En el diagnóstico de ET es importante una anamnesis minuciosa, indagando acerca de la toma de fármacos, situaciones estresantes y enfermedades subyacentes, y una exploración física exhaustiva acompañada de la prueba de tracción y tricograma. La dermatoscopia ayuda a descartar otras alopecias. En el ET crónico se recomienda realizar una analítica general con función tiroidea. Si las manifestaciones clínicas lo sugieren, la investigación de sífilis, anticuerpos antinucleares, perfil férrico y zinquemia es necesaria⁴. En el diagnóstico diferencial se incluye la *alopecia areata* difusa y la alopecia androgenética precoz⁹. Esta última puede no tener un patrón distinguible, pero a diferencia del ET se asocia a miniaturización folicular. No obstante, suele requerirse biopsia para confirmar el diagnóstico de ET crónico, que mostrará un cuero cabelludo normal con un ratio anagen/telogen disminuido⁵.

En general, tanto el ET agudo como el crónico remiten al eliminar la causa desencadenante, y es muy probable que el pelo vuelva a crecer a los 6 meses. Es fundamental explicarle al paciente la

historia natural de su trastorno. En el caso de ET agudo reciente de causa conocida, la observación es una opción válida, como hicimos con nuestra paciente.

Mi paciente, al año de inicio del cuadro, se ha recuperado completamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lacueva L, Ferrando J. Efluvio telogénico crónico: una causa frecuente de pérdida transitoria del cabello en la mujer. *Rev Int Dermatol Dermocosmética Clínic*. 2000;3:170-3.
2. Malkud S. Telogen effluvium: a review. *J Clin Diagn Res*. 2015;9(9):WE01-3.
3. Werner B, Mulinari-Brenner F. Clinical and histological challenge in the differential diagnosis of diffuse alopecia: female androgenetic alopecia, telogen effluvium and alopecia areata - Part II. *An Bras Dermatol*. 2012;87(6):884-90.
4. Harrison S, Sinclair R. Telogen effluvium. *Clin Exp Dermatol*. 2002;27(5):389-5.
5. Torres F, Tosti A. Female pattern alopecia and telogen effluvium: figuring out diffuse alopecia. *Semin Cutan Med Surg*. 2015;34(2):67-71.
6. Headington J. Telogen effluvium. new concepts and review. *Arch Dermatol*. 1993;129:356-63.
7. Grover C, Khurana A. Telogen effluvium. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013;79(5):591-603.
8. Tosti A, Pazzaglia M. Drugs reactions affecting hair: diagnosis. *Dermatol Clin*. 2007;25(2):223-31.
9. Bittencourt C, Teixeira F, Ferraro DA, Soares TC, Moraes AM, Cintra ML. Non-invasive method distinguishes chronic telogen effluvium from mild female pattern hair loss: clinicopathological correlation. *Int J Dermatol*. 2016;55(7):e373-9.