

**Trabajo inscrito en la categoría de presentación oral Trabajo Libre “Dr. Dante Borelli”**

---

## **PREVALENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ALOPECIA EN LA CONSULTA ESPECIALIZADA EN PELO**

**Fortique Catherine<sup>1</sup>, Falco Adriana<sup>2</sup>**

---

1. Médico Pediatra. Residente del segundo año de postgrado. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit.
2. Médico Dermatólogo. Adjunto del Servicio de Dermatología. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit.

### **Resumen:**

La alopecia es la caída del pelo como resultado de un proceso patológico. Tiene diferentes clasificaciones y tipos, y cada día, es más frecuente la alopecia como motivo de consulta en los servicios de dermatología. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de los tipos de alopecia en la consulta especializada en pelo. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal no experimental, retrospectivo en la consulta especializada en pelo, del servicio de dermatología del Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”, que consistió en la revisión de historias clínicas de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión durante el período septiembre 2008- septiembre 2021. **Resultados:** El total de la muestra 293 pacientes (68% fueron mujeres y 32% fueron hombres) se incluyeron 301 diagnósticos de alopecia (89% no cicatriciales y 11% cicatriciales). La alopecia areata (AA) fue más frecuente (59.8%) seguida de alopecia androgénica (AGA) (15.2%), efluvio telógeno (ET) (11.6%), alopecia frontal fibrosante (AFF) (2.6%), liquen plano pilaris (LPP) (2.6%), foliculitis decalvante (FD) (2.3%), tricotilomanía (1.6%). Hubo predominio femenino en pacientes con ET, LPP, AFF, y predominio masculino en pacientes con FD. **Conclusiones:** Alopecia areata, seguida de alopecia androgénica fueron las alopecias no cicatriciales más frecuentes. Y del grupo de las alopecias cicatriciales, alopecia frontal fibrosante y liquen plano pilaris, fueron los más frecuentes.

**Palabras clave:** epidemiología, alopecia, tricología, pelo, dermatología.

### **Prevalence of the different types of alopecia at the Hair Outpatient Clinic**

#### **Summary**

Alopecia is hair loss as a result of a pathological process. It has different classifications and types. And every day, alopecia is more frequent as a reason for consultation in dermatology services. **Objective:** To analyze the prevalence of the types of alopecia in the hair outpatient clinic. **Materials and methods:** A descriptive, non-experimental, retrospective cross-sectional study was carried out in the hair outpatient clinic of the dermatology department of Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”, which consisted of reviewing the medical records of patients who met the inclusion criteria during the period September 2008- September 2021. **Results:** A total of 293 patients (68% females and 32% males) were included 301 diagnoses of alopecia (89% were non-cicatricial and 11% were cicatricial alopecias). Alopecia areata (AA) was more frequent (59.8%) followed by androgenic alopecia (AGA) (15.2%), telogen effluvium (TE) (11.6%), frontal fibrosing alopecia (FFA) (2.6%), lichen planus pilaris (LPP) (2.6%), folliculitis decalvans (FD) (2.3%), trichotillomania (1.6%). There was a female predominance in patients with TE, LPP, FFA, and a male predominance in patients with FD. **Conclusions:** Alopecia areata, followed by androgenic alopecia, were the most frequent non- scarring alopecia. And from the group of scarring alopecia, fibrosing frontal alopecia and lichen planus pilaris were the most frequent.

**Key words:** epidemiology, alopecia, trichology, hair, dermatology.

## Introducción

Se denomina alopecia a cualquier tipo de caída o pérdida de pelo adquirida. El término alopecia, se deriva de la palabra griega alopex (zorro) asociado a la pérdida de pelaje de este animal. Mientras que atriquia e hipotricosis, representan la ausencia congénita total o parcial de pelo y la disminución difusa de pelo generalizada o localizada, respectivamente.<sup>1-4</sup>

Existen diferentes clasificaciones de las alopecias. Se pueden dividir en alopecias cicatriciales (AC) y alopecias no cicatriciales (ANC). Las primeras se refieren a un grupo heterogéneo de trastornos que conducen un daño irreversible de los folículos pilosos con cicatrización posterior, por ejemplo: Liquen plano pilaris. (Ver anexos. Tabla 1). En las no cicatriciales hay una afección temporal y reversible del folículo piloso, como es el caso de la alopecia areata.<sup>2,4-6</sup> (Ver anexos. Tabla 2)

Además las alopecias cicatriciales se pueden clasificar en alopecias cicatriciales primarias, como resultado de un proceso inflamatorio que se origina directamente en el folículo piloso, y estas a su vez se van a subdividir según sus hallazgos histopatológicos en linfocíticas, neutrofilicas y mixtas. Las alopecias cicatriciales secundarias, son consecuencia de enfermedades sistémicas, medicamentos o traumatismos que afectan al folículo piloso.<sup>1,6</sup> (Ver anexos (Tabla 3)

Con fines diagnósticos es importante conocer las diferentes clasificaciones y los tipos de alopecias, ya que cada día la pérdida o caída de pelo, es un motivo más frecuente en la consulta dermatológica.

La alopecia androgenética (AGA) es el tipo de alopecia más común, con acortamiento de la fase anágena en hombres y mujeres genéticamente predispuestos, generalmente con un patrón de distribución específico.<sup>7,8</sup> La alopecia areata (AA) es la segunda alopecia más frecuente, siendo una enfermedad autoinmune, que afecta a niños y adultos, caracterizada por pérdida transitoria del pelo, con un impacto psicosocial importante que afecta la calidad de vida del paciente.<sup>9-11</sup>

En cuanto a las alopecias cicatriciales, el liquen plano pilaris (LPP) se ha descrito como la alopecia cicatricial más frecuente<sup>9</sup>. Algunas alopecias pueden tener una marcada diferencia en su prevalencia dependiendo de la ubicación geográfica y el origen étnico. Es decir, la alopecia cicatricial centrífuga central, es la alopecia cicatricial más frecuente en mujeres con ascendencia africana.<sup>9,12,13</sup> Por lo tanto, un análisis de la prevalencia de las diferentes alopecias observadas en las consultas especializadas en pelo, puede proporcionar información útil sobre la epidemiología de la enfermedad.

En Venezuela, no hay datos publicados sobre la prevalencia de los tipos de alopecia en las consultas dermatológicas. El Servicio de

**Tabla 1. Alopecias cicatriciales**

Congénitas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad de Darier</li> <li>- Ictiosis ligada al X</li> <li>- Epidermólisis ampollosa distrófica</li> <li>- Incontinencia pigmenti</li> <li>- Síndrome de Conradi-Hunerman-Happle</li> <li>- Aplasia cutis</li> <li>- Hipoplasia dérmica focal</li> <li>- Nevus epidérmico</li> <li>- Nevus sebáceo de Jadassohn</li> <li>- Hemiatrofia facial progresiva (síndrome de Parry-Romberg)</li> <li>- Poroqueratosis de Mibelli</li> <li>- Tricodisplasia hereditaria simple tipo Marie-Unna</li> <li>- Queratosis folicular espinulosa decalvante</li> <li>- Hamartoma generalizado del folículo piloso</li> <li>- Atriquia con pápulas</li> </ul>
Adquiridas
<b>Primarias</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Linfocíticas</li> <li>- Neutrofilicas</li> <li>- Mixtas</li> </ul> <b>Secundarias</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Causa física</li> <li>- Infecciones</li> <li>- Tumores</li> </ul>

**Tabla 2. Alopecias no cicatriciales**

Congénitas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atriquia total como anomalía aislada</li> <li>- Atriquia total con otras alteraciones asociados</li> <li>- Atriquia circunscrita (triangular)</li> <li>- Hipotricosis simple</li> <li>- Hipotricosis asociada a genodermatosis</li> <li>- Anágeno suelto</li> <li>- Anágeno corto</li> <li>- Displasias ectodérmicas (anhidrótica/hipohidrótica)</li> <li>- Síndrome KID</li> <li>- Síndrome Down, Turner, Klinefelter</li> </ul>
Adquiridas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alopecia autoinducidas (tricotilomanía, tricotemnomanía, tricoteiromanía)</li> <li>- Alopecia traccional</li> <li>- Alopecia en otras dermatosis (Psoriasis, sífilis)</li> <li>- Alopecia areata</li> <li>- Alopecia androgenética</li> <li>- Efluvio telógeno</li> <li>- Efluvio anágeno</li> </ul>

**Tabla 3. Alopecias cicatriciales primarias**

Primarias
<b>Linfocíticas</b>
- Liquen plano pilaris
- Alopecia frontal fibrosante
- Alopecia fibrosante en patrón androgénico (FAPD)
- Síndrome Graham-Little-Piccardi-Lassueur
- Lupus cutáneo crónico (Discoide)
- Alopecia central centrifuga
- Alopecia Mucinoso
- Queratosis folicular espinulosa decalvante
- Pseudopelada de Brocq
<b>Neutrofilicas</b>
- Folliculitis Decalvante
- Celulitis Disecante
<b>Mixtas</b>
- Acné queiloideo de la nuca (Folliculitis queiloidea)
- Folliculitis (acné) necrótica
- Dermatitis pustular erosiva
Secundarias
<b>Causa física</b>
- Traumatismos
- Radiaciones ionizantes
- Quemaduras
- Implante de cabello artificial
- Infiltraciones intradérmicas de corticoides
<b>Infecciones</b>
- Dermatitis bacterianas
- Micobacteriosis
- Sífilis
- Virosis
- Micosis
- Dermatitis zoonositarias
<b>Tumores</b>
- Benignos, malignos, metástasis cutáneas
<b>Dermatitis inflamatorias</b>
- Morfea
- Sarcoidosis
- Porfiria cutánea tarda
- Penfigoide cicatricial
- Necrobiosis lipoidica

Dermatología del Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit" en San José, municipio Libertador, es un servicio público de salud de referencia nacional, que atiende pacientes pediátricos y adultos, no solo de Caracas y sus municipios, sino también de otros estados; el cual posee una consulta especializada en pelo, que diagnostica y maneja pacientes con diferentes tipos de alopecias. Por lo que surge el interés, de analizar la prevalencia de dichos tipos alopecia en esta consulta.

## OBJETIVOS

### General

Analizar la prevalencia de los tipos de alopecia en la consulta especializada en pelo, del servicio de dermatología del Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit" durante el período septiembre 2008- septiembre 2021.

### Específicos

1. Identificar las características demográficas de los pacientes con diagnóstico de alopecia.
2. Establecer la prevalencia entre alopecia cicatricial y alopecia no cicatricial.
3. Especificar el tipo de alopecia más frecuente de cada grupo (alopecia cicatricial y alopecia no cicatricial).
4. Determinar la prevalencia de los tipos de alopecia según edad y sexo.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

No experimental, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo.

### Población y muestra

La población objeto de estudio, estuvo constituida por los pacientes con diagnóstico de alopecia que acudieron a la consulta especializada en pelo, del Servicio de Dermatología del Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit" durante el período septiembre 2008 - septiembre 2021 que cumplieron con los siguientes criterios:

### Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico clínico de alopecia.
- Pacientes con edad entre 0-80 años

### Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico no definitivo de alopecia (Ej: alopecia en estudio)
- Pacientes con enfermedades en cuero cabelludo como dermatitis seborreica, pediculosis, tinea capitis.

Variables Operacionalización de variables (ver anexos, tabla 4)

- Sexo
- Edad
- Diagnóstico:
  - Alopecia cicatricial
  - Alopecia no cicatricial

**Metodología**

El trabajo se basó fundamentalmente en la revisión de historias médicas de pacientes con diagnóstico clínico de alopecia, que acudieron a la consulta especializada de pelo, del Servicio de Dermatología del Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se obtuvieron las características demográficas y diagnóstico clínico.

Las variables se recopilaron en un instrumento de recolección de datos (ver anexo tabla 4), identificando características demográficas: edad, sexo. Clasificación según diagnóstico en alopecia cicatricial o no cicatricial y diagnóstico definitivo.

**Procesamiento estadístico**

Los datos obtenidos en el formulario fueron organizados y totalizados mediante una base de datos elaborada en una hoja de cálculo del programa Excel 2019 (Microsoft Office) para categorización del grupo de estudio.

Los datos fueron analizados con métodos de estadísticas descriptivas (organización de datos, tabulación). Las variables se expresaron mediante frecuencias. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencia y porcentaje.

**RESULTADOS**

En total se incluyeron 293 pacientes, de los cuales 200 eran femenino (68%) y 93 masculino (32%), quienes acudieron entre septiembre 2008 – septiembre 2021 a la consulta especializada en pelo, del Servicio de Dermatología del Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”. 8 pacientes (2.7%) presentaron 2 tipos de alopecias. Obteniendo un total 301 diagnósticos de alopecia. 269 fueron alopecias no cicatriciales (89.4%), mientras que 32 fueron alopecias cicatriciales (10.6%). La edad promedio de los pacientes fue 34.9 años (rango 2-76 años).

El tipo de alopecia más prevalente fue alopecia areata (AA) (59.8%), seguido por la alopecia androgénica (AGA) (15.3%), efluvio telógeno (ET) (11.6%), alopecia frontal fibrosante (2.6%) (AFF) y liquen plano pilaris (LPP) (2.6%).

Según sexo, la alopecia más prevalente en los pacientes femeninos fue: AA (59%), ET (16.1%), AGA (12%), AFF (4%), LPP (3.4%). En los pacientes masculinos: AA

(61.5%), AGA (21.9%), foliculitis decalvante (FD) (7.3%), celulitis disecante (CD) (3.1%), Acné queiloideo de la nuca (2.1%), ET (2.1%).

En general, los pacientes masculinos eran más jóvenes que los pacientes femeninos (edad promedio 31.1 y 37.2 años, respectivamente). Analizando los tipos de alopecias según la edad, la edad promedio más joven fue observada en 1 caso de hipotricosis simple (2 años), seguida de alopecia secundaria a infecciones (4 años), alopecias autoinducidas como tricotilomanía, tricoteiromanía y tricotemnomanía (15.4 años). Y el tipo de alopecia con pacientes con mayor edad promedio fue AFF (63.7 años).

El tipo de alopecia no cicatricial fue AA (66.9%), AGA (17%), ET (13%), alopecias autoinducidas (5%).

**Tabla 4. Cuadro de operacionalización de variables secundarias**

Variable	Dimensión	Indicador
Características demográficas	Sexo	Masculino Femenino
	Edad	0-80 años
Diagnóstico	Alopecia Cicatricial	<b>Primarias</b> - Alopecia fibrozante con patrón androgénico - Alopecia frontal fibrosante - Liquen plano pilaris - Foliculitis decalvante - Celulitis disecante - Acné queiloideo de la nuca - Lupus Cutáneo Crónico (Discoide) <b>Secundarias</b> - Infecciones
	Alopecia No Cicatricial	Alopecia androgénica Alopecia areata - Barba - Difusa - Parche único - Parche múltiples - Total - Universal - Ofiásica Efluvio telógeno - Post-COVID-19 Alopecia Traccional Alopecias autoinducidas - Tricotilomanía - Tricotemnomanía - Tricoteiromanía

## II Congreso Virtual y LVII Reunión Anual de la Sociedad Venezolana de Dermatología, Médica, Quirúrgica y Estética.

De un total de 180 pacientes con AA, el subtipo más frecuente fue AA en parches múltiples (55%), seguida por AA en parche único (30%), AA difusa (15%), universal (7.2%), AA de la barba (3.3%), AA ofiásica (1.7%), AA total (1.1%).

De las alopecias cicatriciales (AC), el grupo más prevalente fue AC primarias linfocíticas (61.3%), siendo las más frecuente AFF (42.1%) y LPP (42.1%). Del grupo de AC primarias neutrofilicas, FD (70%) y CD (30%). Los resultados estan proyectados en las tablas 5-7 (Ver anexos).

**Tabla 5. Prevalencia de los tipos de alopecias por sexo**

Tipo de Alopecia	Total n (%)	Femenino n (%)	Masculino n (%)
Alopecia areata (AA)	180 (59.8%)	121 (59%)	59 (61.5%)
Alopecia androgénica (AGA)	46 (15.3%)	25 (12%)	21 (21.9%)
Efluvio telógeno (ET)	35 (11.6%)	33 (16.1%)	2 (2.1%)
Alopecia frontal fibrosante (AFF)	8 (2.6%)	8 (4%)	0 (0%)
Liquen plano pilaris (LPP)	8 (2.6%)	7 (3.4%)	1 (1%)
Foliculitis decalvante (FD)	7 (2.3%)	0 (0%)	7 (7.3%)
Alopecias autoinducidas	5 (1.7%)	4 (2%)	1 (1%)
Celulitis disecante (CD)	3 (1%)	0 (0%)	3 (3.1%)
Alopecia traccional	2 (0.7%)	2 (1%)	0 (0%)
Acné Queloideo de la nuca	2 (0.7%)	0 (0%)	2 (2.1%)
AF con patrón androgénico	2 (0.7%)	2 (1%)	0 (0%)
Lupus cutáneo crónico (Discoide)	1 (0.3%)	1 (0.5%)	0 (0%)
Otras	2 (0.7%)	2 (1%)	0 (0%)
<b>Total:</b>	<b>301 (100%)</b>	<b>205 (100%)</b>	<b>96 (100%)</b>

**Tabla 6. Diferencias en la prevalencia de los tipos de alopecias no cicatriciales según edad y sexo**

Tipo de Alopecia	Total n (%)	Sexo n (%)	Edad promedio según el sexo (rango)
<b>Alopecia no cicatricial</b>	269 (89.4%)	Femenino 186 (69.1%) Masculino 83 (30.9%)	Femenino 35.4 años (2-73) Masculino 28.5 años (4-68)
<b>Alopecia areata (AA)</b>	180 (66.9%)	Femenino 121 (67.2%) Masculino 59 (32.8%)	Femenino 30.1 años (2-73) Masculino 26.3 años (4-63)
AA Universal	13 (7.2%)	Femenino 7 (53.8%) Masculino 6 (46.2%)	Femenino 30.5 años (6-58) Masculino 19.3 años (5-28)
AA Total	2 (1.1%)	Femenino 2 (100%) Masculino 0 (0%)	Femenino 36.5 años (11-62) Masculino -----
AA parches múltiples	99 (55%)	Femenino 61 (61.6%) Masculino 38 (38.4%)	Femenino 29.0 años (2-60) Masculino 26.0 años (4-63)
AA parche único	30 (16.7%)	Femenino 23 (76.7%) Masculino 7 (23.3%)	Femenino 29.4 años (2-60) Masculino 17.6 años (7-28)
AA Ofiásica	3 (1.7%)	Femenino 2 (66.7%) Masculino 1 (33.3%)	Femenino 35.5 años (29-42) Masculino 48 años
AA Difusa	27 (15%)	Femenino 26 (96.3%) Masculino 1 (3.7%)	Femenino 35.3 años (2-73) Masculino 21 años
AA de la Barba	6 (3.3%)	Femenino 0 (0%) Masculino 6 (100%)	Femenino ----- Masculino 36.1 años (24-48)
<b>Alopecia androgénica (AGA)</b>	46 (17.1%)	Femenino 25 (54.3%) Masculino 21 (45.7%)	Femenino 53.5 años (27-71) Masculino 35.9 años (16-58)
<b>Efluvio telógeno (ET)</b>	35 (13.0%)	Femenino 33 (94.3%) Masculino 2 (5.7%)	Femenino 45.6 años (19-71) Masculino 51 años (34-68)
ET post-COVID-19	9 (25.7%)	Femenino 8 (88.8%) Masculino 1 (11.2%)	Femenino 53.7 años (34-71) Masculino 68 años
ET post-parto	1 (2.8%)	Femenino 1 (100%) Masculino 0 (0%)	Femenino 25 años Masculino -----
<b>Alopecia traccional</b>	2 (0.7%)	Femenino 2 (100%) Masculino 0 (0%)	Femenino 21 años (14-28) Masculino -----
<b>Alopecia autoinducidas</b>	5 (1.9%)	Femenino 4 (80%) Masculino 1 (20%)	Femenino 14.5 años (11-21) Masculino 19 años
Tricotilomanía	3 (60%)	Femenino 3 (100%) Masculino 0 (0%)	Femenino 15.6 años (12-21) Masculino -----
Tricoteiromanía	1 (20%)	Femenino 0 (0%) Masculino 1 (100%)	Femenino ----- Masculino 19 años
Tricotemnomanía	1 (20%)	Femenino 1 (100%) Masculino 0 (0%)	Femenino 11 años Masculino -----
<b>Hipotricosis simple</b>	1 (0.4%)	Femenino 1 (100%) Masculino 0 (0%)	Femenino 2 años Masculino -----

**Tabla 7. Diferencias en la prevalencia de los tipos de alopecias cicatriciales según edad y sexo**

Tipo de Alopecia	Total n (%)	Sexo n (%)	Edad promedio segun el sexo (rango)
Alopecia cicatricial (AC)	32 (10.6%)	Femenino 19 (59.4%) Masculino 13 (40.6%)	Femenino 54.4 años (4-76) Masculino 38 años (16-69)
AC primarias	31 (96.9%)	Femenino 18 (58.1%) Masculino 13 (41.9%)	Femenino 57.2 años (25-76) Masculino 38 años (16-69)
AC primarias linfocíticas	19 (61.3%)	Femenino 18 (94.7%) Masculino 1 (5.3%)	Femenino 57.2 años (25-76) Masculino 19 años
Alopecia frontal fibrosante (AFF)	8 (42.1%)	Femenino 8 (100%) Masculino 0 (0%)	Femenino 63.7 años (46-75) Masculino -----
Liquen plano pilaris (LPP)	8 (42.1%)	Femenino 7 (87.5%) Masculino 1 (12.5%)	Femenino 55.8 años (28-76) Masculino 19 años
Alopecia fibrosante con patrón androgénico	2 (10.5%)	Femenino 2 (100%) Masculino 0 (0%)	Femenino 37 años (25-49) Masculino -----
Lupus eritematoso cutáneo crónico (Discoide)	1 (5.3%)	Femenino 1 (100%) Masculino 0 (0%)	Femenino 56 años Masculino -----
AC primarias neutrofílicas	10 (32.3%)	Femenino 0 (0%) Masculino 10 (100%)	Femenino ----- Masculino 40.2 años (16-69)
Foliculitis decalvante (FD)	7 (70%)	Femenino 0 (0%) Masculino 7 (100%)	Femenino ----- Masculino 49.2 años (30-69)
Celulitis disecante (CD)	3 (30%)	Femenino 0 (0%) Masculino 3 (100%)	Femenino ----- Masculino 19 años (16-24)
AC primarias mixtas	2 (6.4%)	Femenino 0 (0%) Masculino 2 (100%)	Femenino ----- Masculino 36.5 años (31-42)
Acné queiloideo de la nuca	2 (100%)	Femenino 0 (0%) Masculino 2 (100%)	Femenino ----- Masculino 36.5 años (31-42)
AC secundarias	1 (3.1%)	Femenino 1 (100%) Masculino 0 (0%)	Femenino 4 años Masculino -----
AC secundaria a infecciones	1 (100%)	Femenino 1 (100%) Masculino 0 (0%)	Femenino 4 años Masculino -----
Alopecia cicatricial post-Querion de Celso	1 (100%)	Femenino 1 (100%) Masculino 0 (0%)	Femenino 4 años Masculino -----

## DISCUSIÓN

A diferencia de estudios anteriores<sup>7,9,14</sup>, la AA fue el tipo alopecia más prevalente en ambos sexos, seguido por la AGA. Esto podría deberse a que en nuestro país, la población le resta importancia a la AGA, por lo que no acuden a las consultas dermatológicas. Sin embargo nuestro deber como dermatólogos es promover el conocimiento de esta entidad y así realizar diagnóstico en etapas iniciales de AGA para iniciar tratamiento oportuno.

Con respecto a la AA, parece afectar a ambos sexos por igual<sup>15</sup>, aunque en nuestro estudio encontramos un predominio en mujeres 67.2% similar al estudio de Vañó-Galván y col. en el 2019 que plantean que probablemente se deba al hecho de que los pacientes del sexo femenino tienden a consultar por esta afección en mayor proporción que los pacientes masculinos.<sup>9</sup>

ET fue el tercer tipo de alopecia más prevalente en la consulta, con un claro predominio femenino, en concordancia con estudios anteriores<sup>9,17,18</sup>. Otros tipos de alopecia no cicatricial como alopecias autoinducidas y alopecia traccional fueron menos frecuentes.

En cuanto a las alopecias cicatriciales, la AFF, LPP fueron los tipos de alopecias más prevalentes posterior a ET en el sexo femenino y la FD, CD, acné queiloideo de la nuca en el sexo masculino. Hallazgos similares a los reportados por otros autores en años anteriores<sup>9,12,19-25</sup>. En nuestro trabajo la prevalencia según edad y sexo, se encontró que la CD afecta a pacientes masculinos más jóvenes que la FD. Por el contrario, AFF y LPP se observó en mujeres con edades más avanzadas<sup>9,12,19,20,22</sup>.

## CONCLUSIÓN

La tricología es un área especializada en el manejo de las alopecias, esta entidad es cada día más común, produce un gran impacto en la vida de los pacientes y es complejo a la hora de hacer el diagnóstico, por sus distintas presentaciones clínicas. De tal forma, es necesario como dermatólogos, conocer las diferentes clasificaciones y los tipos de alopecia más frecuentes, para establecer un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado según cada caso.

Se observó en el presente trabajo que el tipo de alopecia más prevalente en la consulta especializada en pelo fue AA, seguido de AGA, ET. Los pacientes que consultaron con FD y CD fueron

hombres, mientras que los pacientes que consultaron con AFF, LPP, alopecia autoinducidas, alopecia traccional fueron predominantemente del sexo femenino. Estos datos pueden proporcionar información útil sobre la epidemiología de la enfermedad.

## Referencias

- 1 Nanda S, De Bedout V, Miteva M. Alopecia as a systemic disease. *Clin Dermatol.* 2019;37:618-628.
- 2 Lacueva-Modrego L, Ferrando-Barberá J. Alopecias: orientación diagnóstica, clínica y terapéutica. *Med Integral.* 2000;35:54-71.
- 3 Morales C, Muñoz O. Clasificación de las alopecias. En: Vañó S, Jaén P. *Manual práctico de Tricología.* 1ªed. Madrid:CMC. 2020. p.31-34.
- 4 Bennassar A, Ferrando J, Grimalt R. Congenital atrichia and hypotrichosis. *World J Pediatr.* 2011;7(2):111-7.
- 5 Kanti V, Röwert-Huber J, Vogt A, Blume-Peytavi U. Cicatricial alopecia. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2018;16:435-461.
- 6 Alves R, Grimalt R. Platelet-Rich Plasma and its Use for Cicatricial and Non-Cicatricial Alopecias: A Narrative Review. *Dermatol Ther.* 2020;10:623-633.
- 7 Blume-Peytavi U, Kanti V. Androgenetic Alopecia. In: Kang S, Amagai M, Bruckner A, et al. *Fitzpatrick's Dermatology.* 9ªed. New York:McGraw-Hill. 2019 p.1495-1506.
- 8 Starace M, Alessandrini A, Brandi N, Piraccini BM. Preliminary results of the use of scalp microneedling in different types of alopecia. *J Cosmet Dermatol.* 2020;19:646-650.
- 9 Vañó-Galván S, Saceda-Corralo D, Blume-Peytavi U, Cucchia J, Dlova NC, Gavazzoni Dias MFR, et al. Frequency of the Types of Alopecia at Twenty-Two Specialist Hair Clinics: A Multicenter Study. *Skin Appendage Disord.* 2019;5:309-315.
- 10 Sáenz AM, Yibrin M, Moscovit L. Alopecia areata: revisión de la literatura. *Dermatol Venez.* 2018;56(1):25-34.
- 11 Dainichi T, Kabashima K. Alopecia areata: what's new in epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and therapeutic options? *J Dermatol Sci.* 2017;86(1):3-12
- 12 Bolduc C, Sperling LC, Shapiro J. Primary cicatricial alopecia: other lymphocytic primary cicatricial alopecias and neutrophilic and mixed primary cicatricial alopecias. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(6):1101-17.
- 13 Sperling L, Sinclair R, Shabrawi-Caelen LE. Alopecia. In: Jean L. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L, et al. *Dermatology.* 4ªed. China:Elsevier.2018. p.1162-1185.
- 14 Salman KE, Altunay IK, Kucukunal NA, et al. . Frequency, severity and related factors of androgenetic alopecia in dermatology outpatient clinic: hospital- based cross-sectional study in Turkey. *An Bras Dermatol.* 2017;92(1):35-40.
- 15 Strazzulla LC, Wang EH, Avila L, et al. Alopecia areata: disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78:1-12.
- 16 Lee HH, Gwillim E, Patel KR, et al. Epidemiology of alopecia areata, ophiasis, totalis, and universalis: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(3):675-682.
- 17 Rebora A. Telogen effluvium: a comprehensive review. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2019;21(12):583-590.
- 18 Asghar F, Shamim N, Farooque U, et al. Telogen Effluvium: A Review of the Literature. *Cureus.* 2020;12(5):e8320.
- 19 Bolduc C, Sperling LC, Shapiro J. Primary cicatricial alopecia: lymphocytic primary cicatricial alopecias, including chronic cutaneous lupus erythematosus, lichen planopilaris, frontal fibrosing alopecia, and Graham-Little syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(6):1081-99.
- 20 Vañó-Galván S, Molina-Ruiz AM, Fernández-Crehuet P, et al. Folliculitis decalvans: a multicentre review of 82 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(9):1750-7.
- 21 Soares VC, Mulinari-Brenner F, Souza TE. Lichen plano pilaris epidemiology: a retrospective study of 80 cases. *An Bras Dermatol.* 2015;90(5):666-70.
- 22 Segurado-Miravalles G, Camacho-Martínez FM, Arias-Santiago S, et al. Epidemiology, clinical presentation and therapeutic approach in a multicentre series of dissecting cellulitis of the scalp. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(4):e199-200.
- 23 Na K, Oh SH, Kim SK. Acne keloidalis nuchae in Asian: A single institutional experience. *Plo S One.* 2017;12(12):e0189790.
- 24 Mardones F, Hott K, Martinez MC. Clinical study of fibrosing alopecia in a pattern distribution in a Latin American population. *Int J Dermatol.* 2018;57(2):e12-4.
- 25 Saceda-Corralo D, Pindado-Ortega C, Moreno-Arrones ÓM, et al. Health-Related Quality of Life in Patients with Frontal Fibrosing Alopecia. *JAMA Dermatol.* 2018;154(4):479-80.