

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

ALOPECIA AREATA EN LA INFANCIA: COHORTE DE 149 PACIENTES DE LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA

Colmenarez AM², Uzcátegui M², Sáenz AM³

1. Residente 2do año del postgrado de Dermatología y sifilografía. Hospital Universitario de Caracas
2. Dermatólogo adjunto al servicio de Dermatología y sifilografía. Hospital Universitario de Caracas; Caracas – Venezuela.
3. Profesor Asociado Cátedra de Dermatología. Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela. Jefe de la consulta de

Resumen:

La alopecia areata (AA) es un tipo de alopecia no cicatricial de causa autoinmune. La prevalencia es del 0,2% en la población general; siendo la tercera causa más común de consulta dermatológica en niños. Puede ser focal, totalis o universalis según la extensión de la alopecia y la afección de otras superficies pilosas como las cejas, pestañas, axilas y genitales. Los datos clínicos y epidemiológicos sobre la AA se han registrado más en adultos que en niños. En Venezuela no hay datos publicados sobre la epidemiología y las características clínicas de los niños con AA, por lo cual se decidió realizar esta investigación para determinar las características clínicas y epidemiológicas en niños con alopecia areata que acudieron a la consulta de dermatología pediátrica. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, se recolectaron datos de las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la consulta de dermatología pediátrica, del servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas, entre enero de 2005 y agosto 2022. **RESULTADOS:** Se revisaron en total 1.097 historias clínicas, correspondiendo 149 a pacientes con alopecia areata. 54,3%(n=81) eran femeninos y 45,6% (n=68) masculinos con edad media de 6,5 años. La AA era focal en 87,91%, con afección del cuero cabelludo el 97,9%. 42,6% (n=62) recibió corticosteroides tópicos de primera línea de tratamiento. **CONCLUSIONES:** La alopecia areata en pacientes pediátricos es uno de los motivos de consulta más comunes para los dermatólogos, la historia clínica y el examen físico son fundamentales para determinar el tratamiento adecuado.

Palabras clave: alopecia areata, tipo de alopecia areata, alopecia en niños

ALOPECIA AREATA IN CHILDHOOD: A COHORT OF 149 PATIENTS FROM THE PEDIATRIC DERMATOLOGY OFFICE OF THE UNIVERSITY HOSPITAL OF CARACAS.

Summary

Alopecia areata (AA) is a type of non-scarring alopecia with an autoimmune cause. The prevalence is 0.2% in the general population; it is the third most common cause of dermatological consultation in children. It can be focal, totalis or universalis depending on the extent of the alopecia and the involvement of other hair surfaces such as eyebrows, eyelashes, axillae and genitalia. Clinical and epidemiological data on AA have been reported more in adults than in children. In Venezuela there are no published data on the epidemiology and clinical characteristics of children with AA, so it was decided to conduct this research to determine the clinical and epidemiological characteristics in children with alopecia areata who attended pediatric dermatology consultation. **MATERIALS AND METHODS:** Retrospective, cross-sectional and descriptive study, data were collected from the medical records of patients who attended the pediatric dermatology office of the Dermatology Service of the University Hospital of Caracas, between January 2005 and August 2022. **RESULTS:** A total of 1,097 clinical histories were reviewed, corresponding to 149 patients with alopecia areata. 54.3% (n=81) were female and 45.6% (n=68) male with a mean age of 6.5 years. AA was focal in 87.91%, with scalp involvement in 97.9%. 42.6% (n=62) received first-line topical corticosteroids. **CONCLUSIONS:** Alopecia areata in pediatric patients is one of the most common reasons for consultation for dermatologists, clinical history and physical examination are essential to determine the appropriate treatment.

Keywords: alopecia areata, type of alopecia areata, alopecia in children.

Introducción

La alopecia areata (AA) es un tipo de alopecia no cicatricial de causa autoinmune. La prevalencia de la enfermedad es del 0,2% en la población general; y es la tercera causa más común de consulta dermatológica en niños. Se estima que aproximadamente el 40% de los pacientes tuvo su primer episodio antes de los 20 años y el 20% de todos los casos de alopecia areata se producen en la infancia¹⁻¹⁰.

Puede ser focal, totalis y la alopecia universalis según la extensión de la alopecia y la afección de otras superficies pilosas pudiendo verse afectado no solo el cuero cabelludo sino otras localizaciones como las cejas, pestañas, axilas y genitales, de esto depende el pronóstico, la remisión o recaída de la enfermedad, ya que se ha descrito recaídas del cuadro clínico y manejo más difícil en pacientes donde la extensión de la alopecia es mayor. Los datos clínicos y epidemiológicos sobre la AA clásicamente se han registrado en adultos. Los datos publicados sobre la historia natural de los niños pequeños con alopecia, especialmente en los menores de 4 años, incluyendo los factores de la enfermedad autoinmune concomitante y su progresión son limitados⁹.

Caldwell *et al*, (2017), realizaron un análisis retrospectivo para evaluar la prevalencia, edad y sexo de los pacientes pediátricos con AA en EE. UU, incluyeron 656 niños con alopecia areata, predominó el sexo femenino y la edad de los más afectados entre 6 y 11 años¹⁰.

Se ha sugerido que la AA está asociada a diversas enfermedades sistémicas, como las atópicas, las autoinmunes y las reumatoideas, por lo que Lee Solam *et al*, (2019), realizaron una revisión sobre las comorbilidades asociadas a la AA, donde identificaron las enfermedades prevalentes e incidentes en pacientes con AA, siendo las enfermedades atópicas, el síndrome metabólico, el lupus eritematoso, la anemia ferropénica, las enfermedades tiroideas, las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en los pacientes con AA.

Walskiel-Burnat *et al*, (2021) realizaron una revisión sistemática sobre el manejo terapéutico de la AA en pacientes pediátricos, donde los tratamientos indicados fueron glucocorticosteroides intralesional, sistémicos y tópicos de primera línea. Otros fueron los inhibidores sistémicos de las Janus quinasa (JAK), los inhibidores tópicos de la calcineurina, inhibidores tópicos de la JAK, terapia PUVA. También en un número menor de pacientes pediátricos incluyó el metotrexato, minoxidil tópico y la ciclosporina⁶.

En el servicio de Dermatología y Sifilografía del Hospital Universitario de Caracas, se encuentra la consulta especializada en dermatología pediátrica, donde se encuentran registros clínicos de pacientes pediátricos con alopecia areata de más de 20 años.

En vista de que no hay datos publicados en Venezuela sobre la epidemiología y las características clínicas de los niños con alopecia areata, se decidió realizar esta investigación.

Objetivo General: determinar las características clínicas y epidemiológicas en los niños con alopecia areata que han acudido a la consulta de dermatología pediátrica del servicio de dermatología del Hospital Universitario de Caracas desde enero de 2005 hasta agosto de 2022.

Objetivos Específicos:

- Describir la distribución de los pacientes con alopecia areata según edad y sexo.
- Describir los factores clínicos, antecedentes psicosociales, antecedentes comórbidos y paraclínicos asociados a la alopecia areata.
- Describir los tipos de alopecia areata.
- Describir las áreas afectadas por alopecia areata.
- Describir las opciones de tratamiento indicadas en los pacientes con alopecia areata.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes que acudieron a la consulta de dermatología pediátrica, del servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas, desde enero de 2005 hasta agosto 2022.

Los datos fueron registrados en una ficha de recolección diseñada para el trabajo, tomando en cuenta los siguientes parámetros: edad, sexo, antecedentes personales y psicológicos, tipo de AA, localización y extensión de la AA, paraclínicos (perfil ferrocínético, perfil tiroideo, anticuerpos antinucleares) y tratamiento indicado.

Análisis estadístico

El análisis estadístico estuvo circunscrito a la descripción no inferencial de características demográficas y clínicas de la muestra estudiada a través de la determinación de frecuencias, para las variables categóricas, y de medidas

de tendencia central como media y desviación estándar para las variables continuas. Los análisis estadísticos se realizaron con el software estadístico EpiInfo™ versión 7.2.0, disponible para Windows Microsoft® y con el programa de Microsoft Excel® 2010.

Resultados

Se revisaron en total 1.097 historias clínicas, de las cuales 149 correspondieron a pacientes con diagnóstico clínico de alopecia areata. En cuanto al sexo, el 54,3% (n=81) eran del sexo femenino y 45,6% (n=68) del sexo masculino. (tabla 1)

La edad media fue de 6,5 años, edad mínima de 0 y máxima de 12 años. El (44,96%) (n=67) estaban en edad escolar (entre 5 y 10 años), seguido de 33,55% (n=50) preescolares (entre 2 y 4 años), 16,10% adolescentes (entre 11 y 12 años) (n=24). (tabla 1)

Entre los antecedentes comórbidos que referían los familiares se encontraron: atopias en 13,42% (n=20). 39,59% referían duelo por: muerte de algún familiar, separación de los padres, problemas escolares o emigración de familiares cercanos como padres, hermanos y abuelos. El 38,25% (n=57) no refirieron ningún antecedente de importancia y 8,72% (n=13) presentaban algún antecedente médico como: procesos infecciosos, bacterianos o virales, traumatismos o cirugías. (tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los pacientes con alopecia areata según sexo, edad y antecedentes. Servicio de Dermatología y Sifilografía del Hospital Universitario de Caracas. Periodo enero 2005 – agosto 2022

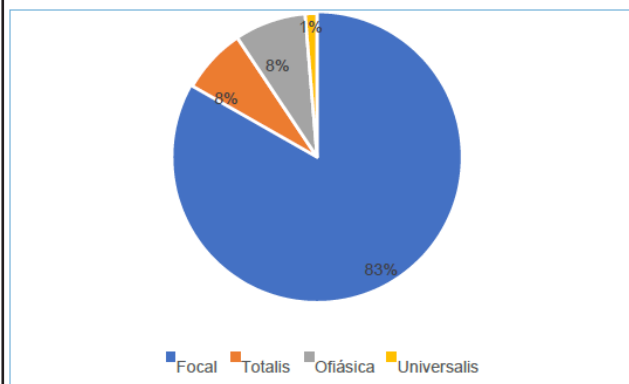
| | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|-------------------------|----------------|----------------|
| Total | 149 | 100 |
| Sexo | | |
| Femenino | 81 | 54,36 |
| Masculino | 68 | 45,63 |
| Edad (0-12 años) | | |
| Lactante menor | 3 | 2,01 |
| Lactante mayor | 5 | 3,35 |
| Preescolar | 50 | 33,55 |
| Escolar | 67 | 44,96 |
| Adolescente | 24 | 16,10 |
| Antecedentes | | |
| Atopias | 20 | 13,42 |
| Psicológicos | 59 | 39,59 |
| Otros | 13 | 8,72 |
| Sin antecedentes | 57 | 38,25 |

Fuente: Base de datos del estudio

La AA era focal en un 87,91% (n=131), seguido de AA totalis y ofiásica en un 6,71%, AA universalis 1,34% y 1 (0,67%) paciente tenía efluvium telógeno. (Gráfico 1)

En los pacientes con alopecia areata el cuero cabelludo estaba afectado en el 97,9% de los casos, seguido de las cejas 12,7% y las pestañas 5,3%. En 14,09% (n=21) había más de 1 solo sitio afectado. Se encontró que el perfil ferrocínético se vio alterado en 1,34% (n=2) de los pacientes con anemia ferropénica, perfil tiroideo alterado en 12,08% (n=18) con hipotiroidismo y anticuerpos antinucleares (ANA) positivos en 0,67% (n=1). (tabla 2)

Gráfico 1. Clasificación del tipo de Alopecia Areata



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla 2. Características clínicas, localización de la alopecia areata y paraclínicas.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Localización | | |
| Cuero cabelludo | 146 | 97,98 |
| Cejas | 19 | 12,75 |
| Pestañas | 8 | 5,36 |
| Paraclínicos | | |
| Anemia ferropénica | 2 | 1,34 |
| Hipotiroidismo | 18 | 12,08 |
| ANA* | 1 | 0,67 |

Fuente: Base de datos del estudio

Discusión

La alopecia areata es un trastorno crónico y recidivante que provoca una alopecia no cicatricial. Nuestro estudio reveló que los pacientes pediátricos con AA representan el 13,5% de los pacientes que acude a nuestra consulta, la edad escolar (5-10 años) fue el grupo etario más afectado (44,9%) con predominio del sexo femenino. Estos resultados son similares al estudio realizado por Cadwell *et al* donde evaluaron la prevalencia, edad y sexo de los pacientes pediátricos con AA en EE. UU. De 71.951 pacientes de las

consultas pediátricas dermatológicas, 656 tenían AA (0,91%), las niñas superaban a los niños y la edad escolar (5-10 años) fue el grupo etario más afectado¹⁰.

El curso de la AA es imprevisible. Puede producirse una remisión espontánea en 6 semanas, pero algunos pacientes experimentan episodios de recaída, o progresión a una pérdida extensa y cursos prolongados con falta de rebrote. Los factores pronósticos negativos más importantes son la extensión de la pérdida de cabello, el patrón ofiásico y una larga duración de la enfermedad. En cuanto a los patrones o tipos de AA en nuestro estudio la AA focal se presentó en un 87,9% y el área con mayor afectación fue el cuero cabelludo con un 97,9% lo que significa un mayor control sobre la enfermedad al momento de instaurar un tratamiento.

El 13,4% de los pacientes de esta investigación tenían antecedentes de atopía, pero no se especificó el tipo, dato importante ya que los antecedentes de enfermedades atópicas se consideran tradicionalmente un factor independiente de mal pronóstico en la AA. La AA, como lo sugiere en su estudio Lee Solam *et al*, donde la AA se asocia a diversas enfermedades sistémicas, como las atópicas, las autoinmunes y las reumatoideas, describiendo que las pacientes con AA tenían mayores probabilidades de tener dermatitis atópica (prevalencia 9,6%) y rinitis alérgica (prevalencia 17,7%).

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares y metabólicas existen debates sobre la relevancia de los pacientes con AA y estas enfermedades. Algunos estudios muestran una asociación negativa entre la Diabetes Mellitus (DM) y AA; sin embargo, se necesitan estudios más amplios que controlen la DM para llegar a una conclusión definitiva en cuanto a sus asociaciones con la AA; en nuestro estudio no se reportaron pacientes con estos antecedentes comórbidos^{2,9}.

La AA se asocia significativamente con enfermedades tiroideas, incluyendo la enfermedad de Graves (1,4%) y la enfermedad de Hashimoto (2,9%), también se describe la tiroiditis, el hipertiroidismo y el hipotiroidismo incluso subclínico. En nuestro estudio, a pesar de que a todos los pacientes se les solicitó realizar el perfil tiroideo, solo el 35,5% (n=53) acudió con resultados, siendo el factor económico la principal causa de la no realización de estos exámenes. De los pacientes con resultados del perfil tiroideo, el 12,08% (n=18) presentaron valores alterados, mostrando hipotiroidismo^{2,7}.

En la revisión de Lee Solam *et al*, las enfermedades psiquiátricas fueron notablemente prevalentes en los pacientes con AA (49,4%), incluyendo la ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión y alexitimia⁹. En esta

investigación 39,5% (n=59) de los pacientes referían algún problema psicológico como signos y síntomas de ansiedad y depresión por el fallecimiento reciente de algún familiar, separación de los padres, conflictos escolares y la emigración de algún familiar, siendo este último actualmente el mayor referido por estos pacientes previo a la aparición de la AA. También dada su naturaleza crónica y recidivante y su efecto negativo en el aspecto cosmético, la alexitimia, la ansiedad y la depresión pueden ser las condiciones psiquiátricas más prevalentes en los pacientes con AA. Por lo tanto, los médicos deben proporcionar apoyo emocional y derivar a estos pacientes a psiquiatría infantil para que reciban el tratamiento adecuado según sea necesario⁹.

Existen numerosas terapias para el tratamiento de la AA, incluyendo modalidades tópicos y sistémicas. Las guías de práctica clínica que consideran el manejo terapéutico en pacientes con AA suelen centrarse en la población adulta, aunque actualmente las recomendaciones sugieren tratar a los niños de todas las edades con un régimen similar al de los adultos^{1,5,6}. En nuestros pacientes la primera línea de elección terapéutica son los corticosteroides tópicos en el 41,6% de los casos, seguido de retinoides tópicos como el ácido retinoico (tretinoína) en el 28,8% de los casos, sensibilización de los pacientes con dinitroclorobenceno (DNCB) en el 13,4%, corticosteroides sistémicos 1,3%, tacrolimus 1,67% y otras terapias en el 6,04% de los pacientes como el minoxidil tópico solo o combinado.

Walskiel-Burnat *et al*, describieron en una revisión sistemática las opciones de tratamiento para niños con AA, siendo la más usada la inmunoterapia tópica con una tasa de respuesta de 54% en monoterapia con glucocorticosteroides intralesional, sistémicos y tópicos⁶. Otros fueron los inhibidores sistémicos de las Janus quinasa (JAK) (respuesta 90%), los inhibidores tópicos de la calcineurina (respuesta 42%), inhibidores tópicos de la JAK (respuesta 60%), terapia PUVA (56%). También en un número menor de pacientes pediátricos incluyó el metotrexato (100%), minoxidil tópico (44%) y la ciclosporina (83%)⁶. Esto es similar a lo que se ha reportado como tratamiento en niños, aunque no pudimos determinar la tasa de respuesta de los pacientes, siendo esta una de las limitantes de esta investigación.

Conclusiones

La alopecia areata en pacientes pediátricos es y seguirá siendo una de las causas más comunes de consulta para los dermatólogos, determinar que el sexo femenino y la edad escolar son datos que nos orientan al motivo de consulta de estos pacientes. Identificar el tipo de alopecia, extensión y

localización de las lesiones acompañado de estudios complementarios e interrogatorio para definir la causa probable, son las bases fundamentales a la hora de elegir el protocolo terapéutico necesario para el paciente pediátrico, mantener la indicación de los corticosteroides tópicos de primera línea y hacer seguimiento de los pacientes para comprobar así su eficacia. ●

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Limitaciones

Estudio retrospectivo, algunas historias tenían datos incompletos, no se realizó seguimiento de los pacientes. No se pudo determinar la efectividad de los tratamientos indicados.

Referencias

- 1 Barton V, Toussai A, Awasthi S, Kiuru M. Treatment of pediatric alopecia areata: A systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2022;86(8):1318-1334. doi: 10.1016/j.jaad.2021.04.077.
- 2 Ali N, Tollefson M, Lohse C, Torgerson R. Incidence and comorbidities of pediatric alopecia areata: a retrospective matched cohort study using the Rochester Epidemiology Project. *J Am Acad Dermatol.* 2022;87(2):427-429. doi: 10.1016/j.jaad.2021.08.050.

- 3 Harries M, Macbeth A, Chiu W, *et al.* The epidemiology of alopecia areata: a population-based cohort study in UK primary care. *Br J Dermatol.* 2022;186(2):257-265. doi: 10.1111/bjd.20628
- 4 Ryan C, Vellody K, Belazarian L, *et al.* Dermatologic conditions in Down syndrome. *Pediatric Dermatol.* 2021;38(2):49-57. doi: 10.1111/pde.14731.
- 5 Peloquin L, Castelo-Soccio L. Alopecia areata: an update on treatment options for children. *Paediatr Drugs.* 2017;19(5):411-422. doi: 10.1007/s40272-017-0239-z.
- 6 Waskiel-Burnat A, Kolodziejek M, Sikora M, *et al.* Therapeutic management in paediatric alopecia areata: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(6):1299-1308. doi: 10.1111/jdv.17187.
- 7 Conic R, Tamashunas N, Daminiani G, *et al.* Comorbidities in pediatric alopecia areata. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(12):2898-2901. doi: 10.1111/jdv.16727.
- 8 Meah N, Wall D, York K, *et al.* The alopecia areata consensus of experts (ACE) study: results of an international expert opinion on treatments for alopecia areata. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(1):123-130. doi: 10.1016/j.jaad.2020.03.004.
- 9 Lee S, Lee H, Hyeok C, *et al.* Comorbidities in alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(2):466-477. doi: 10.1016/j.jaad.2018.07.013.
- 10 Caldwell C, Saikaly S, Dellavalle R, *et al.* Prevalence of pediatric alopecia areata among 572,617 dermatology patients. *J Am Acad Dermatol.* 2017;77(5):980-981. doi: 10.1016/j.jaad.2017.06.035.

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

Utilidad de las destrezas dermatológicas en la evaluación y clasificación del abuso sexual infantil en la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual “Centro Venereológico” Hospital Universitario de Caracas

Moyano Vega Cecilia¹, Margarita Oliver², Mary Carmen Ferreiro³.

1. Residentes del Postgrado de Dermatología y Sifilografía. Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”. Hospital Vargas de Caracas.
2. Médico Especialista en Dermatología y Sifilografía - Profesor Cátedra de Dermatología. Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”. Hospital Vargas de Caracas.
3. Médico Especialista en Dermatología y Sifilografía. Profesor Cátedra de Dermatología, Hospital Universitario de Caracas Médico Jefe Unidad de ITS. Hospital Clínico Universitario.

Resumen:

Introducción: A nivel mundial muchos niños y niñas sufren de violencia sexual, experiencia que deja secuelas psicoemocionales para el resto de sus vidas. A nivel físico, muchas lesiones en piel permiten sospechar de abuso sexual, por lo que el médico debe estar alerta para poder identificarlas e iniciar el proceso de denuncia y tratamiento respectivo. Objetivo: Evaluar la utilidad de las destrezas dermatológicas en el abuso sexual infantil en pacientes menores de 12 años atendidos en la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual