

ALOPECIA AREATA MULTIFOCAL ASOCIADA A SEPSIS BUCODENTAL. REPORTE DE UN CASO

Alopecia areata multifocal associated to oral sepsis. A case report

**Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga;^I Dra. Gladys Veloso Padrón;^{II} Dr.
Asmell Ramos Cabrera;^{III} Lic. Kenia Milagro Sebasco Rodríguez^{IV}**

- I. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Instructor. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Provincial Octavio de la Concepción y la Pedraja. Camaguey. Cuba. jovaa@finlay.cmw.sld.cu
- II. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesora Auxiliar. Máster en Medicina Natural y Tradicional.
- III. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.
- IV. Licenciada en Biología. Profesora Instructor.

RESUMEN

Actualmente se considera la alopecia areata como un tipo de alopecia no cicatricial de causa desconocida, en la que existe un franco componente autoinmune. Posee una mayor incidencia entre los 20 y 50 años y afecta a ambos sexos por igual. En su etiopatogenia multifactorial se involucran enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoidea, o el lupus eritematoso sistémico y endocrinopatías como la diabetes mellitus, o la tiroiditis de Hashimoto, también se ha visto asociada a factores genéticos, traumas psicológicos, atopia y a la presencia de focos sépticos, fundamentalmente

bucales, estos últimos son capaces de propiciar la formación de autoanticuerpos IgM y C3, que en franca pérdida de la tolerancia a lo propio, atacan a las células de la piel, especialmente a las del cuero cabelludo. Se presenta el caso de un hombre de 32 años de edad, que fue ingresado en nuestros servicios con el diagnóstico de alopecia areata multifocal, y se llegó a la conclusión de que era punto de partida de una sepsis bucodental profusa, agravada por el hábito de fumar. Se indicó tratamiento causal y evolucionó hacia una completa repoblación capilar de las placas alopécicas.

DeCS: ALOPECIA/etiología; ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES; SEPSIS; BOCA; DIENTE

ABSTRACT

At present alopecia areata is considered as a non cicatricial type of alopecia of unknown cause, in which a frank autoimmune component exists. It possesses a greater incident between the 20 and 50 years and affects both sexes equally. In its multifactorial etiopathogen autoimmune diseases are involved as rheumatoid arteritis, or the systemic lupus erythematosus and endocrinopathies as diabetes mellitus, or Hashimoto's thyroiditis, also associate to genetic factors has been seen, psychological traumas, atopy and to the presence of septic focus fundamentally oral, these last ones are capable of favoring the formation of autoantibodies IgM and C3, that in frank loss of tolerance, attack to the skin cells, especially to those of the scalp. A case of a 32-years-old man is presented, that was admitted in our services with diagnosis of alopecia areata multifocal, and it was concluded that was starting point of a profuse oral sepsis, aggravated by smoking habit. Causal treatment was indicated and evolved towards a complete capillary repopulation of alopecic plates.

DeCS: ALOPECIA/etiology; CASE CONTROL STUDIES; SEPSIS; MOUTH; TOOTH

INTRODUCCIÓN

La alopecia areata afecta del 1% al 2% de la población mundial. Estudiosos de la enfermedad estiman que el 1.7 % de la población ha presentado al menos un episodio de alopecia areata durante su vida, aparece en todas las edades, con una mayor incidencia entre los 20 y 50 años, afecta a ambos por sexos por igual, aunque algunos estudios con grandes muestras representativas reflejan que los hombres se afectan en mayor proporción que las mujeres.¹

La primera descripción clínica de esta enfermedad se le atribuye a Cornelio Celso (14 -37 a.n.e), por lo que aún se conoce como área de Celso. Fue denominada alopecia areata por el francés Sauvages (1706-1776). Hebra demostró la falsedad de la hipótesis enunciada en 1843 por Willam y Gruby, que preconizaba la posible causa micótica de la enfermedad.²

Posteriormente Von Barenprung propuso la teoría neurotrófica y Jacques elaboró la teoría distrófica, en la que se considera que la alopecia areata es una enfermedad que aunqueno se conoce su causa, en su carácter multifactorial puede verse asociada a focos sépticos, fundamentalmente dentales.³

La alopecia areata multifocal al igual que las demás formas clínicas de alopecia, se ha visto asociada frecuentemente a múltiples enfermedades autinmunes tales como la tiroiditis de Hashimoto, el vitiligo, la diabetes mellitus, la anemia perniciosa, el lupus eritematoso cutáneo crónico y el sistémico, la artritis reumatoidea, la polimialgia reumática y la colitis ulcerativa, entre otros. En su etiopatogenia también se han visto involucrados factores genéticos, traumas sicológicos, atopia y la presencia de focos sépticos fundamentalmente bucales y dentarios, estos últimos son capaces de favorecer la formación de autoanticuerpos (IgM y C3), que en franca pérdida de la tolerancia a lo propio, atacan a las células de la piel, especialmente a las del cuero cabelludo. Es uno

de los tipos clínicos más frecuentes de alopecia areata, y su aparición se reporta en la literatura frecuentemente.⁴

REPORTE DEL CASO

Se presenta el caso de un hombre de raza blanca, 32 años de edad, de ocupación cochero, que con antecedentes de salud anterior y procedente de una zona suburbana del municipio Camagüey, fue remitido por su médico de la familia a la consulta de dermatología del Hospital Militar de Camagüey. Este paciente nos refirió que hacía aproximadamente dos meses venía presentado pérdida del cabello, primero al peinarse durante las mañanas y luego sin guardar relación con el peinado, incluso cuando se quitaba la gorra durante el trabajo o al levantarse de la cama en las mañanas notaba cabellos en la almohada. Después de aproximadamente un mes de comenzar a presentar esta alteración, acudió al médico de su área de residencia, que le prescribió se lavara la cabeza con champú de placenta cada dos días y multivitaminas en desayuno, almuerzo y comida.

Después de transcurrir treinta días de este tratamiento, el paciente notó que no mejoraba, incluso que la pérdida del pelo no estaba limitada solamente a la cabeza como al inicio, y que como consecuencia de esto habían aparecido más manchas blancas sin pelo de formas redondeadas, además de la cabeza, en el bigote y la barba. Acudió nuevamente al médico de su consultorio, que decidió remitirlo hacia la consulta especializada en Dermatología. Después de realizar el interrogatorio correspondiente, se examinó al paciente desde el punto de vista clínico, y se constató la presencia de múltiples placas alopécicas perfectamente delimitadas, localizadas en el cuero cabelludo (Figura 1), de formas redondeadas y ovals, tamaño variable, que oscilaba entre 2 y 3cm, la piel de las placas alopécicas eran en su mayoría de aspecto normal, aunque algunas presentaban un aspecto brillante y se encontraban ligeramente hipotónicas al tacto (signo de Gerdy), en la periferia de algunas placas se encontraron pelos en signos de admiración (es decir hipopigmentados y adelgazados en la emergencia del folículo hacia la piel y más gruesos en su

extremo distal), además presentaba pelos que evidenciaban un depósito de pigmento melánico en su extremo distal (signo de Widy). No se hallaron alteraciones ungueales, ni otras enfermedades cutáneas asociadas.



Fig. 1. Cuero cabelludo donde se observan múltiples placas alopécicas perfectamente delimitadas

Para hallar la causa desencadenante de la enfermedad y eliminarla, fue ingresado en el servicio de Especialidades Clínicas del Hospital Militar de Camagüey con el diagnóstico de alopecia areata de placas múltiples o multifocal, se indicaron estudios complementarios: hemograma completo, eritrosedimentación, glicemia, TGP, creatinina, ácido úrico, colesterol, conteo global de eosinófilos, VDRL, VIH, exudado faríngeo, RX de senos paranales y USG abdominal, no se constató ninguna alteración en los mismos.

El caso fue interconsultado con especialistas en Oftalmología que descartaron que padeciera de algún trastorno ocular que pudiera estar asociado a la alopecia areata y con especialistas en Psiquiatría, que después de entrevistar al paciente excluyeron la posibilidad de que padeciera de alguna enfermedad sicosomática relacionada con su padecimiento; los especialistas en Endocrinología no encontraron signos sugestivos de tiroiditis o de alguna otra endocrinopatía, y los estomatólogos determinaron que el paciente presentaba una sepsis bucodental profusa, propiciada por una falta de asistencia estomatológica en su área de salud desde hacía más de 15 años (por abandono del paciente), y agravada por el hábito de fumar del enfermo; impusieron tratamiento con eritromicina 2g diarios por diez días, e indicaron además como antiséptico bucal la solución de Listerine dos veces al día,

después del cepillado al levantarse y al acostarse. Por nuestra parte no incorporamos tratamiento tópico, al tener en cuenta que está descrito que en las alopecias multifocales por focos sépticos bucodentales, al tratar la causa desencadenante de la enfermedad, en este caso la sepsis bucodental, y eliminar el germen invasor, se produce un cese en la producción de autoanticuerpos del tipo Ig M y la fracción 3 del complemento, con lo que desaparece la agresión del folículo piloso y comienza la repoblación capilar después de pocos días de iniciada la terapéutica anticausal.

El paciente fue dado de alta y citado para reconsulta dentro de 30 días, se pudo apreciar la repoblación capilar que habían sufrido las placas alopécicas.

DISCUSIÓN

Actualmente se considera la alopecia areata multifocal como un tipo de alopecia no cicatricial de causa desconocida, en la que existe un franco componente autoinmune, al haberse demostrado en estudios controlados con técnicas de inmunofluorescencia indirecta y de Western blot, que el 100 % de las personas afectadas por alopecia areata multifocal presentan autoanticuerpos IgM y C3 circulantes contra la matriz y la lámina interna del folículo piloso.⁵

Desde el punto de vista clínico los pacientes con alopecia areata multifocal presentan placas alopécicas que se localizan en el cuero cabelludo u otras zonas pilosas como la barba y el bigote, que se acompañan de los signos propios de la enfermedad alopécica.⁶

El diagnóstico en la mayoría de los pacientes se hace de forma fácil, se basa en la clínica de las lesiones alopécicas, pero en ocasiones puede prestarse a confusión con enfermedades como la tiña del cuero cabelludo, la seudopelada de Brocq, la tricotilomanía y el lupus eritematoso cutáneo crónico, entre otras, y es entonces donde el estudio histológico y el tricograma adquieren una

importancia relevante en el diagnóstico. Deben indicarse además estudios complementarios e interconsultas con especialistas en varias especialidades médicas (Oftalmología, Endocrinología, Estomatología, Psiquiatría, etc), que permitan asociar a la alopecia areata multifocal con otras enfermedades localizadas o sistémicas.^{7,8}

El pronóstico de la alopecia areata multifocal por lo general es bueno, ya que se consigue un repoblamiento del cabello en un 95 % de los pacientes, que en muchos casos es espontáneo o inducido por el tratamiento de la alopecia y de las enfermedades asociadas.^{9,10}

A pesar de no existir un tratamiento completamente eficaz para la alopecia areata multifocal, en los casos en que está asociada a procesos sépticos de piezas dentarias o bucales, el tratamiento de la sepsis suele hacer que desaparezca el trastorno alopécico por inhibición de la síntesis de autoanticuerpos (IgM y C3) que atacan al folículo piloso e inducen que este entre súbitamente en estado de catágeno prematuro, sin provocar su destrucción, lo que explica que luego de un tiempo variable, que puede durar desde semanas hasta meses, los enfermos evolucionan hacia una completa repoblación capilar de las placas alopécicas, sin aparecer recurrencias, a no ser que persista o recidive el foco infeccioso.^{11,12}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rantuccio F, Mastrolonardo M, Conte A. Área Celsi. Osservazioni personali e revisione della letteratura. G Ital Dermatol Venereol 2005;130:23-35.
2. Moreno GA, Ferrando J. Alopecia areata. Med Cutan Ibero Latina Americana 2000;28:294-312.
3. Price V. Alopecia areata: clinical aspects. J Invest Dermatol 1991;96:685.
4. Shapiro J, Modani S. Alopecia areata: diagnosis and management. Int J Dermatol 1999;38:19-24.

5. Hordinsky MA. Alopecia areata. In: Olsen EA, editor. Disorders of hair growth. Diagnosis and treatment. New York: MacGraw-Hill; 2004. p. 195-222.
6. Ikeda T. Produced alopecia areata based on the focal infection theory and mental theory. *Dermatological* 2005;134:1-11.
7. Friedmann PS. Alopecia areata and auto-immunity. *Br J Dermatol* 2001;105:153-7.
8. Goodmann PS. Clinical and immunological associations of alopecia areata. *Semin Dermatol* 2005;4:9-24.
9. Sapa B, Orentreich N, Goudia A. Immunological abnormalities in patients with alopecia areata. *Clin Res* 2005;27:244.
10. Tobin DJ, Orentreich N, Fenton DA, Bystryn JC. Antibodies to hair follicles in alopecia areata. *J Invest Dermatol* 2004;102:702-4.
11. Tobin DJ, Hann SK, Song MS, Bystryn JC. Hair follicles structures targeted by antibodies in patients with alopecia areata. *Arch Dermatol* 2006;133:57-61.
12. Fiedler VC. Alopecia areata. A review of therapy, efficacy, safety, and mechanism. *Arch Dermatol* 2002;128:1519-29.

Recibido: 8 de enero de 2007.

Aceptado: 16 de julio de 2007.

Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga. Especialista de II Grado en Dermatología.
Profesor Instructor. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Provincial
Octavio de la Concepción y la Pedraja. Camaguey. Cuba.
jovaa@finlay.cmw.sld.cu