

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

## Tratamiento de **ALOPECIA AREATA** en adultos

### Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-695-13





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

**DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA**

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

**DR. JAVIER DÁVILA TORRES**

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO**

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

**DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA**

COORDINADORA DE ÁREAS MÉDICAS

**DRA. LETICIA AGUILAR SÁNCHEZ**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

**DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS**

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

**DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI**

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

**DR. MARIO MADRAZO NAVARRO**

COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

**DR. SALVADOR CASARES QUERALT**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN EN SALUD

**LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE**

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

**DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO**

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

**DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO**

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

**DR. ROMEO S. RODRÍGUEZ SUÁREZ**

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

**DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA**

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

**DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS**

Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por IMSS  
© Copyright IMSS "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
División de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: **Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la alopecia areata en adultos.** México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013

Esta guía puede ser descargada de internet en:  
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>



## CIE-10: L63 Alopecia Areata

### GPC: Tratamiento de la Alopecia Areata en Adultos

#### COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES

##### Coordinadores:

M en C Peralta Pedrero María Luisa	Médica Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos Coordinadora de Unidades Médicas de Alta Especialidad
---------------------------------------	-----------------	---	--

##### Autores :

Dr. Romero Álvarez Jorge	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito a la Consulta Externa UMF/UMAA 161
Dra. García Arteaga Diana Aline	Dermatóloga		Práctica privada
Dra. Domínguez Gómez María Antonieta	Dermatóloga	Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua S.S.D.F.	Jefa de Servicio de Fototerapia
Dr. Aguirre González Juan Daniel	Médico Dermatólogo Médico Internista	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito a la Consulta externa HGZ/MF Número 7 Monclova Coahuila
M en C Peralta Pedrero María Luisa	Médica Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos Coordinadora de Unidades Médicas de Alta Especialidad

##### Validación interna:

Dra. Alejandra Araceli Gutiérrez Blanco	Dermatóloga	Instituto Mexicano del Seguro Social	Dermatóloga UMAE Pediatría CMN SXXI
Dra. Martha Alejandra Morales Sánchez	Dermato-oncóloga	Departamento del Distrito Federal Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua"	Consulta externa

## ÍNDICE

<b>1. CLASIFICACIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA .....</b>	<b>7</b>
<b>3. ASPECTOS GENERALES .....</b>	<b>8</b>
3.1 JUSTIFICACIÓN .....	8
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA .....	8
3.3 DEFINICIÓN (ES).....	9
<b>4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>10</b>
4.1 TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA (TÓPICO) .....	11
4.1.1 CORTICOSTEROIDES INTRALESIONALES.....	11
4.1.1.1 ACETONIDO DE TRIAMCINOLONA.....	11
4.1.2. ESTEROIDES TÓPICOS POTENTES .....	12
4.1.3 INMUNOTERAPIA TÓPICA.....	15
4.2 TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA (TÓPICO).....	18
4.2.1 MINOXIDIL .....	18
4.2.2 ANTRALINA .....	19
4.3 TRATAMIENTO CON FOTOQUIMIOTERAPIA.....	20
4.4 TRATAMIENTO SISTÉMICO.....	21
4.4.1 GLUCOCORTICOIDES ORALES .....	21
4.4.2 SULFAZALASINA .....	23
4.4.3 METROTEXATE.....	24
4.4.3 CICLOSPORINA .....	24
4.4.4 AZATIOPRINA .....	25
4.5 TERAPIA ADYUVANTE.....	26
4.5.1 PSICOTERAPIA.....	26
<b>5. ANEXOS .....</b>	<b>28</b>
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA .....	28
5.2 ESCALAS DE GRADUACIÓN.....	30
5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA .....	31
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	32
5.5 TABLA DE MEDICAMENTOS .....	33
<b>6. GLOSARIO .....</b>	<b>36</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>37</b>
<b>8. AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>39</b>
<b>9. COMITÉ ACADÉMICO. ....</b>	<b>40</b>

## 1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: IMSS-695-13	
Profesionales de la salud	Médicos Dermatólogos, Médicos Familiares
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: L63 Alopecia Areata
Categoría de GPC	Primero, segundo y tercer nivel de atención.
Usuarios potenciales	Médicos Dermatólogos
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco	Pacientes ambulatorios con diagnóstico de alopecia areata
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas	Uso de medicamentos intralesionales Uso de medicamentos tópicos Uso de medicamentos sistémicos Otras alternativas de tratamiento Parámetros de eficacia de tratamiento Criterios para determinar de falla de tratamiento Terapias adyuvantes
Impacto esperado en salud	Elegir adecuadamente el tratamiento Reconocer y evitar los efectos adversos de los medicamentos Disminuir la morbilidad por alopecia areata Mejorar la calidad de vida de los pacientes
Metodología	<Adopción o elaboración (creación) de la Guía de Práctica Clínica: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada>
Método de validación y adecuación	Enfoque de la GPC: <Enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a responder preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación> Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda (especificar cuáles se utilizaron de los siguientes): Revisión sistemática de la literatura Búsquedas mediante bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda en sitios Web especializados Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: 33 Guías seleccionadas: 2 Revisiones sistemáticas: 1 Ensayos clínicos: 5 (aleatorizados) 1 (abierto) Preexperimental: 7 Revisiones clínicas: 13 Reporte de casos: 1 Casos y controles: 1 Estudio de Cohortes: 2 Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social Método de validación: Validación por pares clínicos Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro	IMSS-695-13
Actualización	Fecha de publicación: 12/Diciembre/2013. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE DIRIGIR SU CORRESPONDENCIA A LA DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA, CON DOMICILIO EN DURANGO No. 289 Piso 1<sup>a</sup>, COL. ROMA, MÉXICO, D.F., C.P. 06700, TELÉFONO 55533589.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA

1. ¿Cuál es el tratamiento de elección para la alopecia areata?
2. ¿Qué alternativas de tratamiento existen para la alopecia areata, cuando el medicamento inicial no funciona?
3. ¿Qué tratamiento sistémico se puede emplear en la alopecia areata?
4. ¿Por cuánto tiempo se prescribe el tratamiento?
5. ¿Qué parámetros se deben de tomar para valorar éxito o fracaso de tratamiento?
6. ¿Además del tratamiento farmacológico se debe dar otro tipo de apoyo terapéutico?
7. ¿El estrés puede desencadenar o empeorar la enfermedad?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

La alopecia areata es una enfermedad inflamatoria autoinmune que afecta al folículo piloso y láminas ungueales. Su incidencia en México es de 20.2 casos por 100 000 habitantes al año, (0.57%) con una prevalencia de 1.7% aproximadamente. (Morales M, 2009)

Es una enfermedad común encontrada en la consulta de dermatología, con un rango de frecuencia de 0.7 a 3.8 %. Este padecimiento afecta por igual a hombres y a mujeres. Algunos estudios muestran una preponderancia masculina significativa en la edad adulta. (Alkhalifah, 2010) Aproximadamente 20 % de pacientes presentan historia familiar de alopecia areata. (Lew L, 2009)

Muchos estudios epidemiológicos han encontrado que la alopecia areata se asocia a otras enfermedades como asma, dermatitis atópica, rinitis alérgica y varias enfermedades autoinmunes, particularmente enfermedades tiroideas y vitíligo. (Chu S, 2011)

Típicamente las lesiones de la alopecia areata se manifiestan por áreas limitadas y en parches circunscritos, redondos u ovalados, con pérdida de cabello, con bordes definidos entre lo normal y la piel cabelluda afectada. (Lew L, 2009)

Clínicamente por el patrón de presentación se clasifica en: clásica o típica: Alopecia areata en placa única, simple o focal, alopecia areata en placas múltiples o multifocal, alopecia areata total, alopecia areata universal, alopecia areata ofiasica. (Sanchez R, 2002)

Y las formas clínicas atípicas: Alopecia areata sisaifo o ofiasis inversa, alopecia areata reticular, alopecia areata difusa, alopecia areata enrocada, alopecia areata tipo maga, alopecia areata tipo faga, alopecia areata tipo María Antonieta. (Moreno G, 2010)

Es una enfermedad que puede provocar problemas psicosociales significativos, en una sociedad que valora la imagen, la alopecia puede ser psicológicamente devastadora para las personas afectadas y su familia. El cabello define la individualidad y la apariencia; por lo tanto, la alopecia puede originar una disminución de la autoestima y afectar significativamente la calidad de vida. La naturaleza imprevisible de la enfermedad y la posibilidad de un tratamiento a largo plazo aumentan la ansiedad. Además, es una de las diez dermatosis más frecuentes en la consulta dermatológica y no se cuenta con guías de manejo para población mexicana, por lo que se consideró necesaria la realización de estas guías de práctica clínica para el manejo de pacientes con alopecia areata.

#### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **Tratamiento de la alopecia areata en adultos** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.



La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Individualizar el tratamiento de la alopecia areata
- Determinar la adecuada vía de administración de los fármacos
- Vigilar evolución de tratamiento
- Reconocer oportunamente los efectos adversos del tratamiento

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.3 DEFINICIÓN (ES)

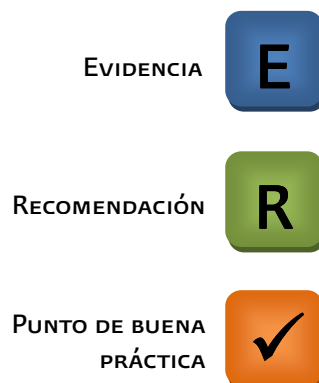
Enfermedad inflamatoria, autoinmune que afecta al folículo piloso en la fase anágena (estadios 3 a 6) que puede afectar las láminas ungueales. El componente inflamatorio principalmente está compuesto por linfocitos T CD 8, mastocitos y células dendríticas. Es una enfermedad de evolución crónica y curso impredecible. (Gilhar A, 2012)

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y/o recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: **Sistema de clasificación del nivel de evidencias y grado de recomendación utilizado por la guía "Guidelines for the management of alopecia areata" [E:BADG]**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

### EVIDENCIA/RECOMENDACIÓN

**E.** La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud

### NIVEL/GRADO

**Ia**  
**Shekelle**  
*Matheson, 2007*

## 4.1 TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA (TÓPICO)

### 4.1.1 CORTICOSTEROIDES INTRALESIONALES.

#### 4.1.1.1 ACETONIDO DE TRIAMCINOLONA.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>Los esteroides intralesionales (acetonido de triamcinolona) y los esteroides tópicos (acetonido de fluocinolona) han sido utilizados desde la década de los 70's.</p> <p>En un estudio de 28 pacientes en el que se utilizó acetonido de triamcinolona se observó en 11 pacientes repoblación en 33 de 34 sitios inyectados y en 17 pacientes en 16 de 25 sitios inyectados.</p> <p>Otro estudio reportó repoblamiento después de 5 meses en 40 de 62 pacientes (63 %) tratados con inyecciones mensuales de triamcinolona.</p>	<p><b>III</b> <b>(E:BADG)</b> <i>Messenger AG, 2012</i></p>
<p><b>R</b></p> <p>Para la administración del medicamento se recomienda la aplicación previa de anestésico tópico en crema (lidocaína al 2.5%) el anestésico debe ser aplicado en forma oclusiva 2 horas antes de la aplicación del esteroide intralesional. La triamcinolona debe aplicarse en pequeños volúmenes (0.1 ml) por sitio con un cm entre un sitio de aplicación y otro, con una aguja calibre 30 directamente en la piel cabelluda afectada 0.1 mL por inyección distribuidas sobre las zonas afectadas.</p> <p>La dosis máxima por tratamiento se realiza con base en la tolerancia del paciente y puede ser hasta 20 mg. El repoblamiento se observa de 4-6 semanas y este tratamiento no debe emplearse durante más de 6 meses.</p>	<p><b>B</b> <b>(E:BADG)</b> <i>Messenger AG, 2012</i></p>
<p><b>E</b></p> <p>Como efectos adversos se puede observar atrofia local, telangiectasias y discromía.</p> <p>La inyección en zonas afectadas debe realizarse con precaución, particularmente en pacientes con piel pigmentada, en los que la hipopigmentación puede ser marcada.</p> <p>Los médicos no dermatólogos deben considerar referir, a pacientes que requieran tratamiento en cara, con un dermatólogo. Existe un riesgo de cataratas y aumento de la presión intraocular si se utilizan los corticosteroides intralesionales cerca del ojo.</p>	<p><b>III</b> <b>(E:BADG)</b> <i>Messenger AG, 2012</i></p>



Es recomendado que un médico dermatólogo aplique tratamientos intralesionales en cara.  
No se recomienda en casos de alopecia areata progresiva rápida ni en la enfermedad extensa.

**B**  
**(E:BADG)**  
*Messenger AG, 2012*



Se recomienda no utilizar esteroides intralesionales por un periodo mayor de 3 meses. Debido a los efectos adversos

**Punto de Buena Práctica**



La revisión de estos autores refiere en dos opciones de tratamiento para pacientes con alopecia areata :

1. Uso de esteroides Intralesionales e inmunoterapia de contacto con ditranol.

2- Uso de inmunosupresores (en pacientes con rápida progresión) o modificación de la respuesta inflamatoria en el entorno intracutáneo (en pacientes de evolución crónica, remitente).

Al momento solo dos estudios alcanzan el nivel de evidencia necesario, uso de esteroides intralesionales e inmunoterapia de contacto.

**III**  
**(E:BADG)**  
*Gilhar A, 2012*



Dado que en México no se cuenta con Triamcinolona, puede emplearse como opción terapéutica 21-isonicotinato de Dexametasona

**Punto de Buena Práctica**

#### 4.1.2. ESTEROIDES TÓPICOS POTENTES

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado



Los corticoesteroides tópicos potentes son usados frecuentemente para tratar la alopecia areata, sin embargo la evidencia de su eficacia es limitada. Normalmente se reserva para el tratamiento de alopecia areata en adultos que no toleran los corticoesteroides intralesionales.

**III**  
**(E:BADG)**  
*Messenger AG, 2012*



Los corticosteroides tópicos son ampliamente utilizados, aunque los informes de su eficacia son contradictorios cuando ha sido empleado en formulación de espuma oclusiva, parece ser beneficioso en algunos pacientes, incluso cuando la enfermedad es muy extensa.

No hay evidencia de absorción sistémica observada en adultos que trataron todo el cuero cabelludo con esteroides super-potentes en forma oclusiva durante seis meses.

La aplicación de corticosteroides tópicos potentes comparados con placebo, no han mostrado mayor eficacia.

La foliculitis dolorosa fue el efecto secundario presentado con mayor frecuencia.

**III**  
**(E:BADG)**

*Harries,2010*



En un estudio multicéntrico prospectivo, aleatorizado, controlado, doble ciego, de alopecia areata de leve a moderada se incluyeron 61 pacientes con (26% de pérdida de cabello), 61% de los pacientes tratados con valerato de betametasona en espuma mostraron una tasa de repoblación de cabello mayor de 75% comparado con el 27% del grupo que utilizó la loción de dipropionato de betametasona al 0,05%

**I**  
**(E:BADG)**

*Mancuso G,2003*



El valerato de betametasona espuma mostró ser efectivo y bien tolerado en el tratamiento de AA de leve a moderada

**B**  
**(E:BADG)**

*Mancuso G,2003*



En México no se cuenta con la presentación en espuma del valerato de betametasona por lo que recomendamos loción capilar.

**Punto de Buena Práctica**



Se evalúa la combinación de un gel de ácido gálico al 5% con valerato de betametasona crema 1% en 20 pacientes frente a un grupo control en el que sólo se aplica la crema de valerato de betametasona apreciándose una respuesta buena a moderada en 19 pacientes frente al grupo control

**I**  
**[E:BADG]**

*Hajheydari 2007*

**R**

Puede considerarse como una alternativa de tratamiento el uso de valerato de betametasona combinado con ácido gálico

**C****[E:BADG]***Hajheydari 2007*

Entre los estudios que investigan la eficacia de los corticosteroides tópicos para la alopecia areata se encuentran:

En un ensayo clínico en el que se incluyeron 34 pacientes con alopecia areata de moderada a severa, se asignaron dos tratamientos al azar uno con propionato de clobetasol en espuma al 0.05% aplicado en un solo lado de la piel cabelluda por 5 días a la semana durante 12 semanas. Las siguientes 12 semanas fue aplicado en ambos lados. Se observó que los sitios tratados con clobetasol en 89% de los pacientes tuvieron 50% de repoblación.

**E**

Recomendación: consideramos como opción de tratamiento efectivo, seguro y bien tolerado, con mínimos efectos adversos en pacientes con Alopecia Areata de moderada a severa.

Se realizó un estudio de 28 pacientes que presentaron alopecia total y alopecia universal con una duración media de siete años, utilizando propionato de clobetasol 0,05 % en ungüento con aplicación oclusiva plástica nocturna 6 veces por semana por seis meses observándose el crecimiento del cabello a largo plazo en 5 pacientes (17.8%)

Dentro de los efectos secundarios se reportó foliculitis dolorosa, dermatitis acneiforme, telangiectasias y atrofia 11 pacientes (39.2%)

**I****(E:BADG)***Tosti A,2006***R**

Esta modalidad de tratamiento puede ser considerada en paciente con Alopecia Areata Total / Universal, que no han tenido respuesta a tratamientos previos.

**B****(E:BADG)***Tosti A,2006*



## 4.1.3 INMUNOTERAPIA TÓPICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>La inmunoterapia tópica se ha utilizado desde 1978 los tres irritantes más usados son 1-cloro-2,4 dinitroclorobenceno (DNCB), Dibutilester del ácido escuarico (DBEAE), y 2,3- difenilciclopropenona (DFCP).</p> <p>Se aplica semanalmente en piel cabelluda para favorecer una dermatitis alérgica de contacto. La reacción inflamatoria resultante se asocia con el crecimiento del cabello.</p> <p>Se considera que su mecanismo de acción es debida a la inhibición de la respuesta inmune patológica a través de la competencia antigénica y la inducción de apoptosis de linfocitos.</p> <p>Dentro de los efectos secundarios se observó: eritema, edema, prurito y linfadenopatía cervical que remitieron después de dos semanas de suspender el tratamiento</p>	<p><b>III</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Gilhar,2012</i></p>
<p><b>R</b></p> <p>Actualmente se considera el tratamiento más efectivo en pacientes con alopecia areata total, sin embargo debido a que su disponibilidad está restringida y a que no está aprobada por la FDA, se considera su uso bajo protocolo de estudio.</p>	<p><b>B</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Gilhar,2012</i></p>
<p><b>E</b></p> <p>Se realizó un estudio retrospectivo por un periodo de 10 años en el que se incluyeron 148 pacientes, para evaluar la eficacia de la aplicación de difenciprona. Se observó un índice de respuesta en 50% de los pacientes a los 6 meses de seguimiento, sin recaída. 68% mantuvo una respuesta cosméticamente aceptable y 53% después de este periodo desarrollo AA en placas y 10 % perdió el total del cabello recuperado.</p>	<p><b>II-II</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Wiseman M. 2001</i></p>

**R**

Los autores lo proponen como una modalidad de tratamiento con base en su experiencia clínica. Pero debe considerarse el tipo de alopecia, el tiempo de evolución y la presencia de cambios ungueales en la respuesta al tratamiento.

**C**  
**(E:BAGD)**

*Wiseman M.2001*

**E**

En un estudio realizado en Italia se incluyeron 56 pacientes. Se aplicó difenciprona de un solo lado de piel cabelluda cada 48 horas hasta causar eritema y prurito. Posteriormente esta dosis se aplicó durante el seguimiento por 6 a 12 meses en ambos lados

4 pacientes salieron del estudio por reacciones adversas cutáneas. Se observó repoblación completa en todos los pacientes en forma unilateral a los 6 meses y bilateral en 48 % de repoblación en el mismo tiempo. Se observó además repoblación espontánea de cejas en 48% de los pacientes en 4-6 meses. Sin recaídas hasta los 18 meses de seguimiento en 60% de los pacientes.

**II-I**  
**(E:BAGD)**

*Cotellessa C,2001*

**E**

Una revisión de todos los estudios publicados sobre la inmunoterapia de contacto concluyó que el 50-60% de los pacientes logran una respuesta favorable, pero el rango de la tasa de respuesta fue muy amplio (9-87%). Los pacientes con pérdida extensa del cabello tienen menor posibilidad de responder al tratamiento. En la mayoría de los estudios si no se obtiene respuesta después de 6 meses de tratamiento este debe ser interrumpido.

La respuesta en los pacientes con AT /AU fue solo de un 17%, no se observaron modificaciones después de 9 meses de seguimiento

Se han reportado recaídas después o durante el tratamiento.

**III**  
**(E:BAGD)**

*MacDonald 2003*

**E**

Cuando se cuenta con ambos irritantes, se prefiere el uso de DPCP, debido a su menor costo y a que es más estable en solución, SADBE tiene que refrigerarse. DPCP se degrada con la luz por lo que debe estar contenido en un frasco color ámbar.

La inmunoterapia tópica con DPCP debe iniciarse con aplicaciones al 2% en un área de 4x4 cm para sensibilizar al paciente. Una a dos semanas después se inicia el tratamiento a un porcentaje de 0.001% en las áreas afectadas.

Se indica al paciente lavar el área afectada 48 horas después de la aplicación

El sitio de aplicación no debe ser expuesto a la luz solar durante ese tiempo

En pacientes que presentan una reacción ecematososa importante al irritante, se debe prolongar una semana más el inicio del tratamiento iniciando con un porcentaje menor

**II-III  
(E:BAGD)**

*Wiseman M, 2001*

**R**

La reacción adversa más frecuente con la inmunoterapia tópica es la dermatitis por contacto severa transitoria. En caso de presentar ampollas se debe lavar el área afectada inmediatamente y se debe aplicar un esteroide tópico. Otros efectos adversos son linfadenopatía occipital o cervical que persiste durante el tratamiento y remite al finalizarlo; urticaria, vitiligo y discromía

No se recomienda su uso en mujeres embarazadas

**B  
(E:BAGD)**

*Alkhalifah A, 2010*

**R**

Se ha utilizado la inmunoterapia de contacto por más de 20 años y no se han reportado efectos adversos a largo plazo

**D  
(E:BAGD)**

*MacDonald 2003*

## 4.2 TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA (TÓPICO)

### 4.2.1 MINOXIDIL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	Se ha utilizado en monoterapia o combinado con esteroides tópicos o intralesionales. Los estudios aleatorizados que han evaluado la eficacia de minoxidil han sido pequeños y en algunos se ha reportado eficacia limitada en pacientes con alopecia areata. El Minoxidil no es efectivo en pacientes con alopecia areata total. El tratamiento tópico con minoxidil por lo general es bien tolerado, pero puede favorecer el crecimiento de vello facial en 3% de las mujeres. Los efectos adversos más frecuentes son dermatitis y prurito.	III (E:BADG) <i>Messenger 2012</i>
<b>E</b>	El tratamiento tópico con minoxidil no es efectivo en alopecia areata total ni en alopecia areata universal	III (E:BADG) <i>MacDonald , 2003</i>
<b>E</b>	La administración tópica de minoxidil especialmente al 5% en solución ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de alopecia areata, presentado mejoría en 40% de los pacientes con alopecia de un 25-99%	III [E:BADG] <i>Thiedke , 2003</i>
<b>E</b>	La FDA no ha autorizado el uso de minoxidil en pacientes con Alopecia areata	III [E:BADG] <i>Thiedke , 2003</i>
<b>E</b>	El minoxidil tópico en solución se ha utilizado para el tratamiento de alopecia areata.	III (E:BADG) <i>Gilhar 2012</i>
<b>R</b>	Los estudios actuales no son concluyentes en el uso de minoxidil, se puede considerar su uso en alopecia areata de placa única y bajo protocolo de estudio	C (E:BADG) <i>Messenger2012</i> <i>MacDonald, 2003</i> <i>Thiedke , 2003</i> <i>Gilhar 2012</i>

## 4.2.2 ANTRALINA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>Es utilizado en crema como tratamiento de segunda línea, y su eficacia está basada en evidencia de reporte de casos por lo que la tasa de respuesta es difícil de evaluar. Produce repoblación de las áreas tratadas en los primeros de 3- 6 meses de inicio de tratamiento. Los efectos adversos reportados son eritema, prurito, foliculitis y linfadenopatía. Se debe evitar el contacto con los ojos y la exposición al sol.</p> <p>La antralina puede pigmentar la piel, el cabello y la ropa de color oscuro por lo que se deben lavar las manos inmediatamente después de la aplicación.</p>	<p><b>III</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Messenger 2012</i></p>
<p><b>E</b></p> <p>La combinación de minoxidil al 5% y Antralina al 0.5% en crema dio una respuesta del 11% en pacientes con alopecia areata extensa y resistente a tratamiento. Con repoblación estéticamente aceptable después de 24 semanas, que persistió en 80% de los pacientes. Por lo que la antralina tópica es un tratamiento de segunda línea efectivo en pacientes adultos y niños con alopecia areata resistentes a tratamiento o con enfermedad persistente</p>	<p><b>III</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Harries ,2010</i></p>
<p><b>E</b></p> <p>Se puede aplicar Antralina en crema como terapia de contacto iniciando con 20-30 minutos diariamente, incrementando gradualmente 10 minutos cada 2 semanas hasta alcanzar una hora o hasta que se produzca un cuadro de dermatitis leve y esta es la dosis que se utilizará durante 3 meses</p> <p>Para que sea efectiva la antralina debe producir una reacción leve de dermatitis, en caso de no producirse esta reacción en un lapso de tres meses la terapia se debe suspender</p>	<p><b>III</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Alkhalifah 2010</i></p>
<p><b>R</b></p> <p>El uso de antralina tiene eficacia limitada por lo que en general no se recomienda su uso y no está indicado en niños</p>	<p><b>D</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Alkhalifah 2010</i></p>

<b>E</b>	La antralina en combinación con esteroides tópicos y/o minoxidil es una buena opción de tratamiento en niños y en aquellos pacientes con enfermedad extensa debido a su fácil aplicación y debido a que no requiere causar irritación para ser eficaz.	<b>III</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Springer 2003</i>
<b>R</b>	Los estudios realizados no son concluyentes, algunos autores recomiendan usarlo en combinación con minoxidil o glucocorticoides tópicos cuando la respuesta no ha sido favorable utilizando la antralina sola.	<b>C</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>MESSENGER 2012</i> <i>Harries,2010</i> <i>Alkhalifah 2010</i> <i>Springer 2003</i>

#### 4.3 TRATAMIENTO CON FOTOQUIMIOTERAPIA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	<p>Es una opción de tratamiento para alopecia areata. El psoraleno puede ser administrado de forma oral, tópico o en turbante</p> <p>Se han reportado series de casos de alopecia areata tratados con PUVA con tasa de mejoría de 60-65%.</p> <p>Se puede utilizar la fotoquimioterapia en pacientes con alopecia areata extensa (más del 75%) alopecia total o alopecia universal cuando está contraindicado el uso de inmunoterapia. El periodo de tratamiento es por 4-6 meses.</p>	<b>III</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Messenger A,2012</i>
<b>E</b>	<p>El presente estudio incluyo 20 pacientes con Alopecia areata, 11 con AA total o universal. Se administró 8-metoxipsoraleno a una dilución de 0.0001 % (1 mg/l) en piel cabelluda por 20 minutos usando una toalla de algodón como turbante, posteriormente se irradió con UVA 2-3 v/ semana con una dosis acumulada de 48.2 -253.4 J/cm<sup>2</sup> con promedio de 3-6.5 J/ cm<sup>2</sup> por sesión. Observándose repoblación en 15 pacientes (6 con repoblación total y 9 con repoblación parcial, 5 sin respuesta).</p>	<b>II-I</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Broniarczyk-DylaG,2006</i>



**R**

La fotoquimioterapia es una modalidad de tratamiento útil en pacientes con alopecia areata de grandes áreas que no ha respondido a tratamientos conservadores. Es bien tolerado y se observan pocos efectos secundarios.

La limitante más importante para su uso, es el costo y mantenimiento del equipo de fototerapia

**C**  
**(E:BAGD)**

*Broniarczyk-DylaG,2006*

#### 4.4 TRATAMIENTO SISTÉMICO

##### 4.4.1 GLUCOCORTICOIDES ORALES

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado

**E**

La terapia sistémica en el tratamiento de alopecia areata es utilizada con poca frecuencia debido a sus efectos adversos y la elevada tasa de recaída por lo que solo se utiliza en casos refractarios a tratamiento

Se han reportado casos de terapia oral e intravenosa en pulsos con altas dosis de corticoesteroides :

Prednisolona IV 2 gr

Metilprednisolona 250 mgs dos veces al día por 3 días

Prednisolona VO 300 mgs al día una vez al mes

Dexametasona 5 mgs dos veces por semana

Los diferentes tipos de tratamiento, las dosis y la selección de pacientes hacen que los resultados sean difíciles de comparar e interpretar.

**III**  
**(E:BAGD)**

*Messenger A,2012*

**E**

En el único estudio controlado, incluyó 43 pacientes, se utilizó prednisolona VO 200 mgs una vez a la semana vs placebo durante 3 meses

Los pacientes que recibieron prednisolona mostraron mayor repoblación a los seis meses sin embargo no fue estadísticamente significativo. No se reportaron efectos adversos en esta serie de casos sin embargo tampoco se observaron beneficios a largo plazo.

**I**  
**(E:BAGD)**

*Kar B,2005*

**E**

En un estudio, se comparó una dosis semanal de prednisolona (200 mgs) vs placebo en 43 pacientes con alopecia areata extensa. (>40%) Después de 3 meses 8 de 23 pacientes del grupo de prednisolona mostró repoblación mayor al 31% comparado con el grupo de placebo, sin embargo se observó recaída en el 25% de los pacientes a los tres meses de suspender el tratamiento. En un estudio con dexametasona oral a dosis de 5 mgs dos veces por semana se observó excelente respuesta (repoblación mayor del 75% ) en 44 a 66% de los pacientes.

**III**  
**(E:BAGD)**  
**Harries M,2010**

**E**

En una revisión de 17 estudios controlados no se encontró beneficio a largo plazo con el uso de esteroides tópicos o sistémicos para el tratamiento de alopecia areata.

**III**  
**(E:BAGD)**  
**Mounsey A,2009**

**R**

La mayoría de los expertos reservan el uso de corticoesteroides para pacientes con alopecia areata extensa o rápidamente progresiva debido a los efectos adversos que estos presentan y debido a la alta incidencia de recaídas al suspender el tratamiento Los efectos adversos reportados incluyen: hiperglucemia, osteoporosis, catarata, inmunosupresión , obesidad, dismenorrea, acné y síndrome de Cushing

**D**  
**(E:BAGD)**  
**Messenger A,2012**

**E**

En un estudio aleatorizado, abierto con 51 pacientes con alopecia universal , total y múltiple se evaluaron esquemas terapéuticos distintos de esteroides sistémicos:

- 1.Dexametasona oral 0.5 mgs al día por 6 meses
2. Acetónido de triamcinolona IM una dosis mensual de 40 mgs por 6 meses seguido de 40 mgs cada 45 días por un año
3. Prednisona oral 80 mgs por 3 días consecutivos una vez cada tres meses

Se observó menor tasa de respuesta en los pacientes tratados con Dexametasona oral , la terapia IM con triamcinolona se asoció a mayor respuesta en pacientes con alopecia areata múltiple, los sujetos tratados con Prednisona oral fueron los que presentaron menor recaída

**II-I**  
**(E:BAGD)**  
**Kurosawa 2006**

## 4.4.2 SULFAZALASINA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>39 pacientes con alopecia areata persistente recibieron 3 gr de sulfasalazina oral por 6 meses, el crecimiento del pelo terminal fue cuantificado como no respuesta, respuesta moderada y buena respuesta. Se reportó buena respuesta en 10 de 39 pacientes (25.6%), moderada en 12 (30.7%) y pobre o sin respuesta en 17 (43.5%) pacientes.</p>	<p><b>II-I</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Rashidi 2008</i></p>
<p><b>E</b></p> <p>22 de 26 pacientes con alopecia areata recalcitrante o severa (mayor del 40% ) en un estudio abierto, no controlado se valoró la respuesta de sulfasalazina a dosis de 500 mgs cada 12 hrs por un mes , 1 gr dos veces al día por un mes y 1.5 gr dos veces al día por 4 meses en 3 categorías de crecimiento sin crecimiento de pelo (menos del 10 % de pelo terminal) , parcial (10-90% de pelo terminal) y completa más del 90% de pelo terminal. De los 22 pacientes 15 respondieron a tratamiento, 6 con crecimiento total, 9 con respuesta parcial (5 pacientes con repoblación del 10-20%, 2 pacientes de 30-40% , un paciente de 50% y un paciente mayor del 60%). 7 pacientes no respondieron.</p>	<p><b>II-I</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Aghaei S, 2008</i></p>
<p><b>E</b></p> <p>Se reporta un caso de alopecia universal de 7 años de evolución refractario a múltiples tratamientos tópicos y sistémicos sin aceptar ciclosporina por lo que recibe tratamiento con sulfasalazina 1gr cada 24 hrs por un mes , 2 gr por día por un mes y al termino 3 gr al día por 7 meses, presentado mejoría de más del 50% pero suspendida por efectos adversos</p>	<p><b>III</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Misery 2007</i></p>
<p><b>E</b></p> <p>Se reportan los casos de 6 pacientes refractarios a tratamiento con alopecia areata con evolución de 3-20 años tratados con sulfasalazina a dosis de 3 gr al día + metilprednisolona a dosis 1mg/kg/día. El porcentaje de afección de los pacientes fue de 25-40% de la escala de SCALP presentando mejoría en todos los pacientes y de estos 3 pacientes con más del 50% de mejoría de la afección inicial.</p>	<p><b>III</b> <b>(E:BAGD)</b> <i>Bakar 2007</i></p>

**R**

La sulfasalazina puede ser un tratamiento adyuvante en pacientes con alopecia areata persistente o severa con especial atención de los efectos adversos

**C**  
**(E:BADG)**

*Rashidi 2008*

#### 4.4.3 METROTEXATE

**E**

Es un estudio retrospectivo no controlado que utilizó semanalmente dosis de 20 a 25 mg metotrexate combinado con 20 mg/d de prednisona por vía oral en 22 pacientes con alopecia totalis y universalis, la recuperación total ocurre en 14 pacientes (64%). Estos resultados tienen que ser confirmados en estudios con mejor diseño experimental.

**II-III**  
**(E:BADG)**

*Joly, 2006*

**R**

Dada la escasa evidencia el uso de metotrexate se debe dejar a casos refractarios de alopecia, y con seguimiento estrecho por los efectos adversos que presentan

**C**  
**(E:BADG)**

*Joly, 2006*

#### 4.4.3 CICLOSPORINA

**E**

En un estudio realizado con 18 pacientes (6 con alopecia total y 12 con alopecia universal) fueron tratados con pulsos IV de metilprednisolona 500 mgs más ciclosporina 2.5 mg/kg/día durante 5 a 8 meses. Se obtuvo una respuesta adecuada (mayor del 70% de repoblación) en 6 pacientes (3 pacientes de AT y 3 pacientes de AU), 12 pacientes con una respuesta inadecuada (3 pacientes con AT y 9 pacientes con AU). No se observaron recaídas importantes en el seguimiento a 9 y 18 meses.

**II-I**  
**(E:BADG)**

*Shaheedi- Dadras 2008*

**E**

Un total de 46 pacientes con alopecia areata severa fueron tratados con la combinación de ciclosporina 250 mgs dos veces al día + metilprednisolona 24 mgs dos veces al día para hombres, 20 mgs dos veces al día en mujeres y 12 mgs dos veces al día en niños disminuyendo 4 mgs al día por semana. 3 pacientes abandonaron el estudio por efectos secundarios, 38 pacientes repoblaron significativamente, 5 fueron considerados como falla en el tratamiento, 9 pacientes presentaron recaída en 12 meses.

II-I  
(E:BADG)

Kim 2008.

**R**

Los estudios realizados son limitados, no controlados por lo que no se puede sugerir o recomendar el uso de ciclosporina, sin embargo pudiera utilizarse en casos severos.

C  
(E:BADG)

Shaheedi- Dadras 2008  
Kim 2008

#### 4.4.4 AZATIOPRINA

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado

**E**

En un estudio en el que se incluyeron 20 pacientes con alopecia areata con un periodo mínimo de 6 meses de evolución fueron tratados con azatioprina a dosis de 2mg/kg evaluando la respuesta con el score SALT reportando repoblación del 38%

II-I  
(E:BADG)

Farshi 2010

**R**

La evidencia aún no es suficiente para recomendar la azatioprina principalmente por sus efectos adversos

C  
(E:BADG)

Farshi 2010

## 4.5 TERAPIA ADYUVANTE

### 4.5.1 PSICOTERAPIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>En un estudio, doble ciego, aleatorizado, controlado – placebo, con paroxetina (un inhibidor de la recaptura de serotonina). Se incluyeron 13 pacientes con alopecia areata, (9 con alopecia en placas, 3 con alopecia total y un paciente con alopecia universal). Se utilizaron las escalas de depresión de Hamilton, escala de depresión de Beck, escala de ansiedad de Beck, STAI x1 y x2 y el cuestionario de Paikel.</p> <p>A 8 pacientes se les administró paroxetina 20 mgs al día y 5 pacientes fueron tratados con placebo durante 3 meses. Fue un estudio doble ciego. En el grupo de paroxetina 5 pacientes tenían el diagnóstico de un trastorno de ansiedad y 3 pacientes de un trastorno depresivo. En el grupo control un paciente tenía el diagnóstico de distimia, dos pacientes con trastorno depresivo y 2 con trastorno generalizado de ansiedad. Todos los pacientes refirieron un factor estresante en los 6 meses previos al inicio de la alopecia. Se observó repoblación completa en dos pacientes tratados con paroxetina, 4 pacientes con repoblación parcial, solo un paciente del grupo placebo mostró repoblación parcial. Se observó mejoría importante en los resultados de las escalas de ansiedad y depresión en el grupo de paroxetina aunque también se observó mejor respuesta en el grupo placebo.</p>	<p><b>I</b> (E:BADG) <i>Cipriani R, 2001</i></p>
<p><b>R</b></p> <p>Siempre es importante considerar los trastornos psicoafectivos en pacientes con alopecia areata. A pesar de que fue una muestra pequeña, los resultados indican que si hay mejoría en la respuesta con el uso de paroxetina, por lo que podría considerarse una opción complementaria en el tratamiento</p>	<p><b>C</b> (E:BADG) <i>Cipriani R, 2001</i></p>



Un estudio de casos y controles en el que se incluyeron 52 pacientes en el que se evaluó la presencia de factores estresantes y otros factores psicológicos como desencadenantes en pacientes con alopecia areata.

Se utilizó la escala de ansiedad y depresión de Beck, se dividieron en dos grupos de acuerdo a si presentaban un factor estresante desencadenante previo a la aparición del cuadro.

**E**

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de pacientes y el grupo control en el total de las escalas de depresión y ansiedad. Las escalas de vitalidad y salud mental fueron más altas en los pacientes del grupo control comparada con los puntajes mayores en las escalas de función social en los pacientes con alopecia areata. El número de factores estresantes fue mayor en los pacientes que atribuyeron su enfermedad a un factor estresante comparado con los que no lo hicieron

**II-III  
(E:BADG)**

*Gülek,2004*

**R**

No existe suficiente evidencia en éste estudio para concluir que los factores psicosociales influyen en el inicio o evolución de la alopecia areata.

**D  
(E:BADG)**

*Gülek,2004*

## 5. ANEXOS

### 5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática **Tratamiento de la Alopecia Areata en Adultos**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

#### Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **español e inglés**.
- Sin límite temporal.
- Documentos enfocados **Tratamiento de la Alopecia Areata en Adultos**.

#### Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.
- Estudios en animales de experimentación

#### Estrategia de búsqueda

##### Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **Tratamiento de Alopecia Areata en Adultos** en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, sin límite temporal de publicación, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizaron los siguientes términos MeSh **Alopecia Areata** y **therapy**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 3 resultados, 2 de los cuales se utilizaron en la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado
"Alopecia Areata" AND "therapy" [subheading] AND "humans" AND (Guideline [ptyp] AND (English [lang] OR Spanish [lang]))	3

#### Algoritmo de búsqueda:

1. "Alopecia Areata"
2. "therapy" [subheading]
3. "humans"
4. Guideline [ptyp]
5. English [lang]
6. Spanish [lang]
7. #5 OR #6
8. #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #7

Se extiende la búsqueda a documentos tipo consenso de expertos, revisiones sistemáticas y meta-análisis. Se encontraron 12 documentos publicados, 8 útiles y en éstos ya se incluían los 2 artículos de la primera búsqueda.

Búsqueda	Resultado
"Alopecia Areata"[Mesh] AND "therapy"[Subheading] AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR Consensus Development Conference[ptyp] OR systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp])) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	12 documentos, 9 útiles

## Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en las siguientes bases de datos: National Institute for Health and Care Excellence, National Guideline Clearinghouse, British Columbia Guidelines, Australian Government National Health and Medical Research Council, Guidelines International Network y Cochrane con el término **Alopecia Areata**. Se obtuvieron 3 resultados de los cuales se utilizaron 2 documentos en la elaboración de la guía. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

Sitios Web	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
NICE	0	0
NGC	2	1
BCG	0	0
AGNHMRC	0	0
GIN	0	0
Cochrane	1	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

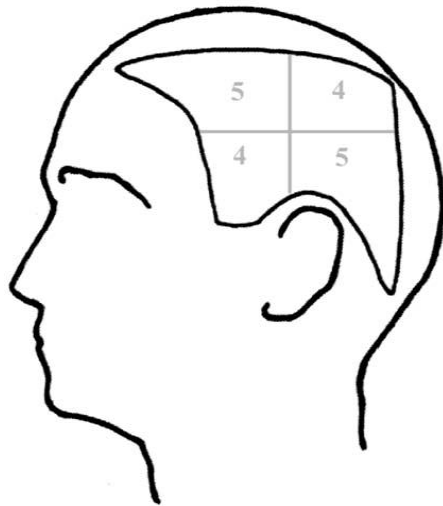
## 5.2 ESCALAS DE GRADUACIÓN

Sistema de clasificación del nivel de evidencias y grado de recomendación utilizado por la guía “Guidelines for the management of alopecia areata” [E:BADG]

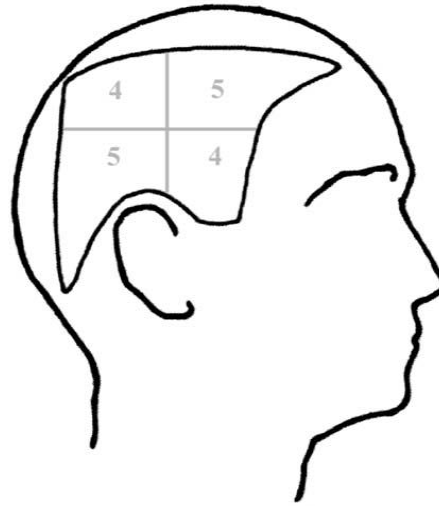
Nivel de la evidencia	Grado de la recomendación
I Evidencia obtenida de por lo menos un ensayo clínico controlado aleatorizado ,bien diseñado	A. Existe buena evidencia para apoyar el uso del procedimiento
II-i Evidencia obtenida de ensayos clínicos controlados bien diseñados pero sin aleatorizar	B. Existe evidencia suficiente para apoyar el uso del procedimiento
II-ii Evidencia obtenida de cohortes bien diseñados o estudios de casos y controles analíticos, preferentemente de más de un centro o grupo de investigación	C. Existe evidencia pobre que apoye el uso del procedimiento
II-iii Evidencia obtenida de series de casos con o sin intervención	D. Existe escasa evidencia para rechazar el uso del procedimiento
III. Opiniones de autoridades respetadas basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos	E. Existe evidencia suficiente para apoyar el rechazo del uso del procedimiento
IV. Evidencia insuficiente debido a problemas de metodología (por ejemplo, tamaño de la muestra, de longitud o amplitud de seguimiento o de conflicto de pruebas.	

### 5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

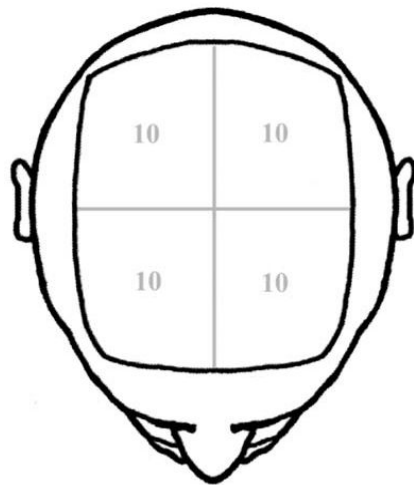
#### ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE OLSEN/CANFIELD



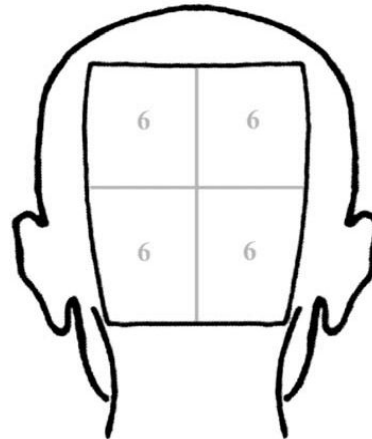
LADO IZQUIERDO 18%



LADO DERECHO 18%

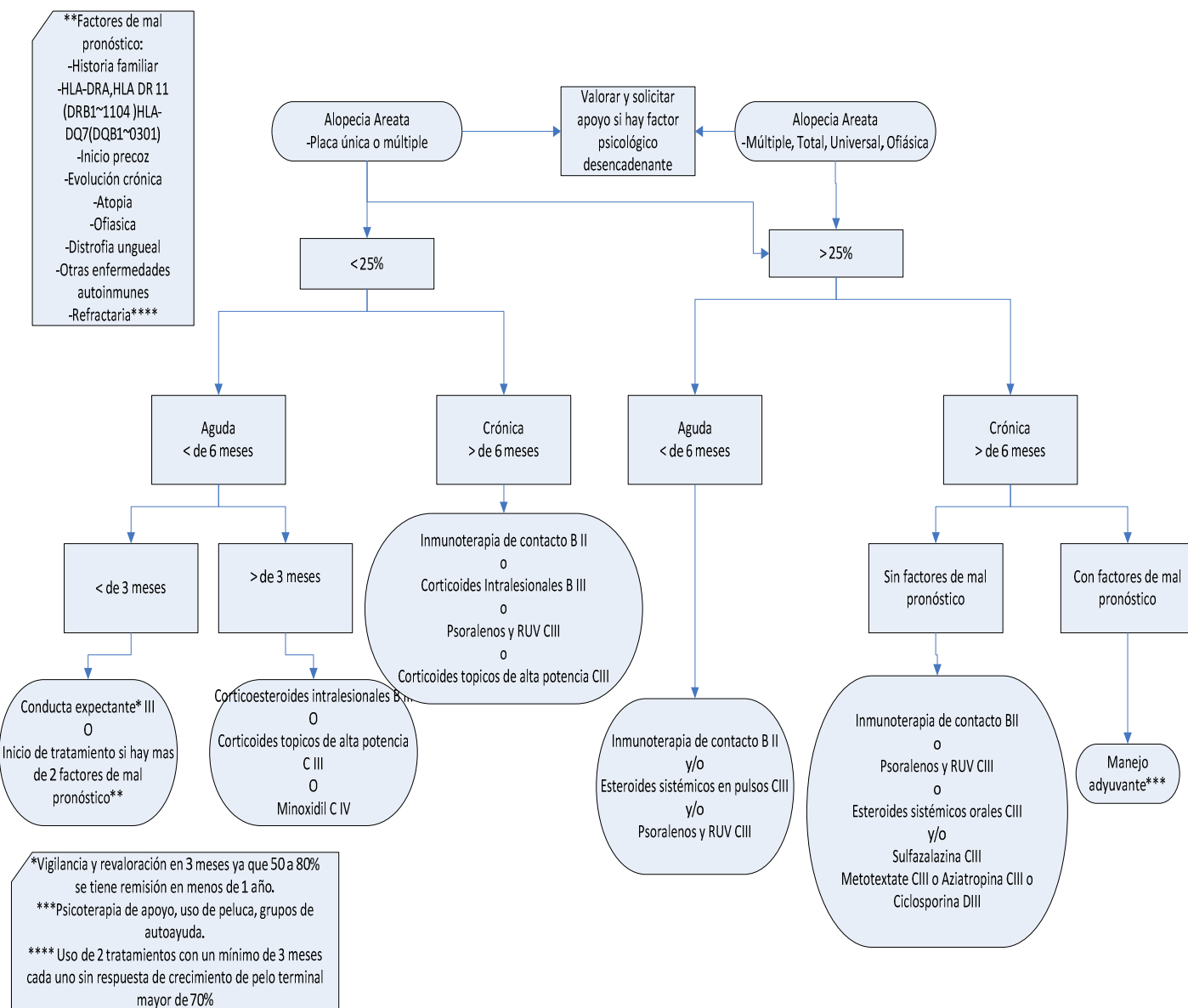


SUPERIOR 40%



POSTERIOR 24%

## 5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO





## 5.5 TABLA DE MEDICAMENTOS

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.4241.00	DEXAMETASONA SUSPENSIÓN INYECTABLE 21 –ISONICOTINATO DE DEXAMETASONA 8 MG EN 2 ML	0.1 MG /ML EN PIEL CABELLUDA	Cada frasco ampula o ampolleta contiene: Fosfato sódico de dexametasona equivalente a 8 mg de fosfato de dexametasona. Envase con un frasco ampula o ampolleta con 2 ml.	De acuerdo a respuesta	Hipertensión, edema no cerebral, cataratas, glaucoma, úlcera péptica, euforia, insomnio, comportamiento psicótico, hipokalemia, hiperglucemia, acné, erupción, retraso en la cicatrización, atrofia en los sitios de inyección, debilidad muscular, síndrome de supresión.	Con fenobarbital, efedrina y rifampicina se acelera su eliminación, la indometacina y la aspirina aumentan el riesgo de hemorragia gastrointestinal.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a corticoesteroides, infecciones sistémicas, diabetes mellitus descontrolada, glaucoma, gastritis. Precauciones: Hipertensión arterial sistémica.
010.000.2119.00	DIPROPIONATO DE BETAMETASONA EN ungüento.	USAR GENEROSAMENTE EN LA ZONA AFECTADA Y OCLUIR. USO NOCTURNO	Cada 100 gramos contiene: Dipropionato de betametasona 64 mg equivalente a 50 mg de betametasona. Envase con 30 g.	De acuerdo a respuesta	Infección, atrofia, estrías, erupción miliar y ardor.	Con otros corticoesteroides tópicos aumentan sus efectos adversos.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, infecciones cutáneas y eczema.
010.000.0476.00	METILPREDNISOLONA	250 MG IV DOS VECES AL DIA POR TRES DIAS	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada frasco ampula con liofilizado contiene Succinato sódico de metilprednisolona equivalente a 500 mg de metilprednisolona. Envase con 50 frascos ampula y 50 ampolletas	Por tres días	HIPERGLICEMIA OSTEOPOROSIS CATARATA INMUNOSUPRESION OBESIDAD SISMENORREA ACNE SX CUSHING	Diuréticos tiazídicos, furosemide y anfotericina B aumentan la hipokalemia. Rifampicina, fenitoína y fenobarbital aumentan su biotransformación hepática. Los estrógenos disminuyen su biotransformación. Los antiácidos disminuyen su	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, tuberculosis activa, diabetes mellitus, infección sistémica, úlcera péptica, crisis hipertensiva, insuficiencias hepática y renal e inmunodepresión.

			con 8 ml de diluyente.			absorción. Con digitálicos aumenta el riesgo de intoxicación digitálica. Aumenta la biotransformación de isoniazida.	
010.000.0472.00	PREDNISONA	30 A 150 MG DIA  PREDNISONA 40 MG POR DIA POR 7 DIAS Y POSTERIORMENTE REDUCCION SEMANAL DE 5 MG POR 6 SEMANAS	TABLETA Cada tableta contiene: Prednisona 5 mg Envase con 20 tabletas.	De acuerdo a respuesta	HIPERGLICEMIA OSTEOPOROSIS CATARATA INMUNOSUPRESION OBESIDAD SISMENORREA ACNE SX CUSHING	Con digitálicos aumenta el riesgo de arritmias cardíacas, aumenta la biotransformación de isoniazida. Aumenta la hipokalemia con diuréticos tiazídicos, furosemida y anfotericina B. La rifampicina, fenitoína y fenobarbital, aumentan su biotransformación hepática. Con estrógenos disminuye su biotransformación. Con antiácidos disminuye su absorción intestinal.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, tuberculosis activa, diabetes mellitus descontrolada, infección sistémica, úlcera péptica, crisis hipertensiva. Precauciones: Insuficiencia hepática y renal, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica estables.
010.000.4241.00	DEXAMETASONA	5 MG DOS VECES POR SEMANA MINIMO 12 SEMANAS	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada frasco ampula o ampolleta contiene: Fosfato sódico de dexametasona equivalente a 8 mg de fosfato de dexametasona. Envase con un frasco ampula o ampolleta con 2 ml.	Uso mínimo de 12 semanas	Hipertensión, edema no cerebral, cataratas, glaucoma, úlcera péptica, euforia, insomnio, comportamiento psicótico, hipokalemia, hiperglucemia, acné, erupción, retraso en la cicatrización, atrofia en los sitios de inyección, debilidad muscular, síndrome de supresión.	Con fenobarbital, efedrina y rifampicina se acelera su eliminación, la indometacina y la aspirina aumentan el riesgo de hemorragia gastrointestinal.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a corticoesteroides, infecciones sistémicas, diabetes mellitus descontrolada, glaucoma, gastritis. Precauciones: Hipertensión arterial sistémica.
010.000.4504.00	SULFASALAZINA	0.5 GR CADA 12 HORAS POR UN MES SEGUIDO DE UN GRAMO DOS VECES AL DIA POR	TABLETA CON CAPA ENTÉRICA Cada tableta con capa entérica	6 meses	Náusea, vómito, diarrea, cefalea, hepatotoxicidad y nefrotoxicidad, eritema multiforme,	Disminuye la absorción de digoxina y ácido fólico.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco y a sus metabolitos, sulfonamidas o salicilatos, porfiria. Obstrucción intestinal y urinaria. Precauciones: Disfunción hepática o

		UN MES Y 1.5 GR DOS VECES AL DIA POR 4 MESES	contiene: Sulfasalazina 500 mg Envase con 60		dermatitis, oligospermia.		renal, asma bronquial.
010.000.1759.00	METOTREXATE	20 A 25 MG SEMANAES COMBINADO CON PREDNISONA 20 MG AL DIA	Cada tableta contiene: Metotrexato sódico equivalente a 2.5 mg de metotrexato Envase con 50 tabletas.		Náusea, vómito, diarrea, cefalea, hepatotoxicidad y nefrotoxicidad, eritema multiforme, dermatitis, oligospermia.	Disminuye la absorción de digoxina y ácido fólico.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco y a sus metabolitos, sulfonamidas o salicilatos, porfiria. Obstrucción intestinal y urinaria. Precauciones: Disfunción hepática o renal, asma bronquial.

## 6. GLOSARIO

**AA:** alopecia areata

**AT:** alopecia total

**AU:** alopecia universal

**DBEAE:** Dibutilester del ácido escuarico

**DFCP:** 2,3- difenilciclopropenona

**DNCB:** 1-cloro-2,4 dinitroclorobenceno

**IV:** intravenoso

**VO:** vía oral

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Aghaei S. An uncontrolled, open label study of sulfasalazine in severe alopecia areata. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74(6):611-3
2. Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, et al Alopecia areata update Part II. Treatment Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, McElwee KJ, Shapiro J. *J Am Acad Dermatol* 2010;62(2):177-88
3. Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, et al Alopecia areata update. Part I. Clinical picture, histopathology and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol* 2010;62:177-88
4. Bakar O, Gorbuz. Is there a role for sulfasalazine in the treatment of alopecia areata?. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:703-6
5. Broniarczyk-Dyla G, Wawrzycka-Kaflik A, Dubla-Berner M. et al Effects of psoralen-UV-A turban in alopecia areata. *Skinmed* 2006;5(2):64-68
6. Chu SY, Chen YJ, Tseng WCh, et al. Co morbidity profiles among patients with alopecia areata :The importance of onset age, a nationwide population-based study. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(5):949-56
7. Cipriani R, Perini G, Rampinelli S. Paroxetine in alopecia areata. *Int J Dermatol* 2001;40(9):600-1
8. Cotellessa C, Peris K, Caracciolo E, et al. The use of topical diphenylcyclopropenone for the treatment of extensive alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2001;44(1):73-6
9. Farshi S, Mansouri P, Safar F et al. Could Azathioprine be considered as a therapeutic alternative of alopecia areata?A pilot study. *Int J Dermatol* 2010;49(10):1188-93
10. Gilhar A, Etzioni A. et al Alopecia areata Review. *N Engl J Med* 2012;366:1515-25
11. Gülek A, Tanriverdi N, Duru C. et al The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol* 43:352-356
12. Hajheydari Z, Jamshidi M, Akbari J, Mohammadpour R. Combination of topical garlic gel and betamethasone valerate cream in the treatment of localized alopecia areata: a double-blind randomized controlled study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2007 Jan-Feb;73(1):29-32
13. Harries MJ, Sun J, Paus R- et al, Management of alopecia areata, *BMJ* 2010;23: 341:c3671
14. Joly P. The use of methotrexate alone or in combination with low doses of oral corticosteroids in the treatment of alopecia totalis or universalis. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Oct;55(4):632-6
15. Kar BR, Handa S, Dogra S, Kumar B. Placebo-controlled oral pulse prednisolone therapy in alopecia areata. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2005;52(2):287-90
16. Kim B, Min S, Park K. et al. Combination therapy of cyclosporine and methylprednisolone on severe alopecia areata. *J Dermatolog Treat* 2008;19(4):216-20
17. Kurosawa M, Nakagawa S, Mizuashi M et al. A Comparison of the Efficacy, Relapse Rate and Side Effects among Three Modalities of Systemic Corticosteroid Therapy for Alopecia Areata. *Dermatology* 2006;212:361-361

18. Lew BL, Shin MK, Sim WY. Acute diffuse and total alopecia: A new subtype of alopecia areata with a favorable prognosis. *J Am Acad Dermatol* 2009;60(1):85-93
19. MacDonald HSP, Wood ML, Hutchinson PE et al. *Br J of Dermatol* 2003;149(4): 692–699
20. Mancuso G, Balducci A, Casadio C. Efficacy of betamethasone valerate foam formulation in comparison with betamethasone dpropionate lotion in the treatment of mild to moderate alopecia areata: a multicenter prospective randomized controlled investigator blinded trial. *Int J Dermatol* 2003;42(7):572-5
21. Messenger A, McKillop J, Farrant P. et al British Association of Dermatologists' guidelines for the management of Alopecia Areata 2012. *Br J Dermatol* 2012;166(5):916-926
22. Messenger A. Management of alopecia areata. <http://www.uptodate.com/contents/management-of-alopecia-areata?view=print>. Abril 2012.
23. Misery L, Sannier K, Chastaing M, Le Gallic G. Treatment of alopecia areata with sulfasalazine. *J Eur Acad Dermatol.* 2007;21:547-8
24. Morales M, Morales SA, Rodas EA, Dermatoscopía en alopecia areata. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2009;18(3):87-91
25. Moreno G, Barberá J. Capítulo 7: Alopecia Areata. *Dermatología Ibero-Americana Online* Fuente: [piel-l.org/libreria/item/65](http://piel-l.org/libreria/item/65). Publicado: 21 octubre 2010
26. Mounsey AL, Reed SW, Diagnosing and treating hair loss. *Am Fam Physician* 2009;15 ;80 (4) 356-362
27. Rashidi T, Mahd A. Treatment of persistent alopecia areata with sulfasalazine. *Int J Dermatol* 2008;47(8):850-2
28. Sánchez R, Alonso PL, Zambrano CB, Alopecia Areata, *Semergen* 2002,28(4):212-5
29. Shaheedi-Dadras M, Karami A, Mollaei M. The effect of methylprednisolone pulse therapy plus oral cyclosporine in the treatment of alopecia totalis and universalis. *Arch Iranian Med* 2008;11(1):90-93
30. Springer K, Brown M, Stulberg D, Common hair loss disorders. *Am Fam Physician* 2003;68(1):93-102
31. Thiedke C, Alopecia in women. *Am Fam Physician.* 2003;67(5):1007-1014
32. Tosti A, Iorizzo M, Botta G, et al. Efficacy and safety of a new clobetasol propionate 0.05% foam in alopecia areata: a randomized, double-blind placebo-controlled trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20(10):1243-7
33. Wiseman M, Shapiro J, et al Predictive model for immunotherapy of alopecia areata with diphencyprone. *Arch Dermatol* 2001;137:1063-1068

## 8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano de Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el **Instituto Mexicano de Seguro Social** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Se agradece al Dr Fermín Jurado Santa Cruz Director del Centro Dermatológico “Dr Ladislao de la Pascua” al Dr. Daniel Alcalá Pérez Jefe de Enseñanza y a la Dra. Lourdes Alonso Jefe el Servicio de Dermatitis Reaccionaes del mismo centro por el apoyo incondicional que han brindado para la elaboración y validación de las GPC del área de dermatología

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. María Luisa Betancourt Falcó	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

## 9. COMITÉ ACADÉMICO.

### **Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE**

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dr. Ricardo Jara Espino	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador