

ALOPECIA AREATA UNIVERSAL TRATADA CON CICLOSPORINA VIA ORAL

Descripción de un Caso

Abreu Vélez, Ana María
Restrepo, Rodrigo

RESUMEN

Se describe un hombre de 46 años, con episodio súbito de alopecia areata universal, con compromiso ungueal. No se detectó factor psicossomático desencadenante. Los estudios paraclínicos fueron normales. Se manejó con ciclos de corticoesteroides sistémicos. Debido a la no respuesta clínica, se inicia tratamiento con ciclosporina oral con excelente respuesta terapéutica. A los dos meses de tratamiento, se suspende por cuadro de colitis aguda diagnosticada por biopsia. No se pudo llegar a un diagnóstico preciso de este episodio.

Palabras Clave: Alopecia areata universal, Ciclosporina.

HISTORIA CLINICA

Hombre blanco de 46 años, obrero en fábrica licorera, sin contacto con sustancias tóxicas.

Motivo de consulta y enfermedad actual:

Pérdida del cabello a nivel de la cabeza, (Fig. No. 1) cejas, axilas, pestañas, vello púbico, de seis meses de evolución, acompañado de distrofia ungueal en las manos. Tratamiento previo con esteroides intramusculares y antimicóticos, entre otros.

Revisión de Sistemas:

No hay traumas físicos ni psicológicos recientes.
Niega ingesta consciente de talio u otros tóxicos.

Antecedentes Personales:

Ocho años atrás, cuadro de colitis de tipo amibiano, comprobada por biopsia de mucosa rectal, tratado con múltiples drogas, entre otras, sulfapirina y antiamibianos. Asintomático desde entonces.

Antecedentes Familiares:

Sin importancia.

Ana María Abreu Vélez M.D. Dermatóloga. Profesora Dermatología Universidad Pontificia Bolivariana (U.P.B.)
Rodrigo Restrepo M.D. Patólogo, Profesor Patología Universidad Pontificia Bolivariana (U.P.B.)
Correspondencia: Ana María Abreu Vélez, Carrera 80 A No. 28-117, Medellín - Colombia.

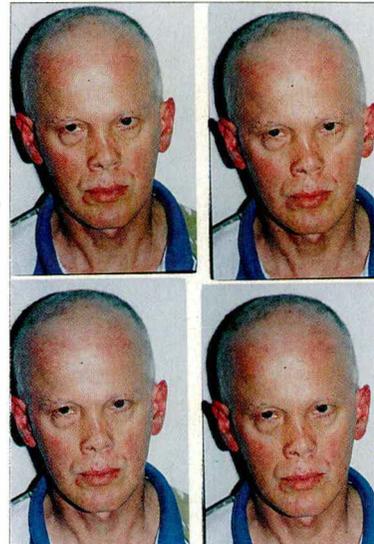


Fig. No. 1.

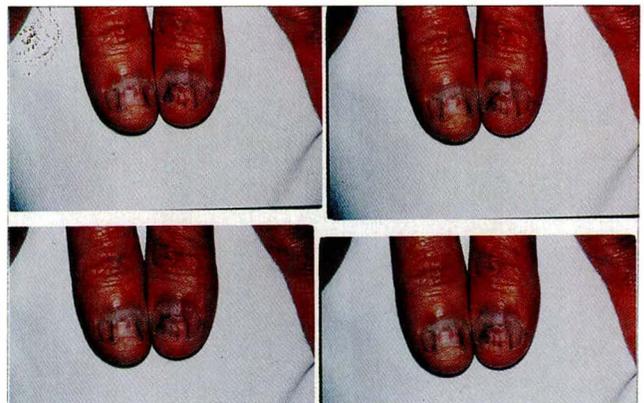


Fig. No. 2.

Examen Físico:

Pérdida del cabello en áreas descritas, con presencia de leucotriquia y reemplazo por cabello de características similares al lanugo.

A nivel ungueal hay cambios distróficos en las diez uñas de las manos; leve hiperqueratosis subungueal y "pitting" en algunas de ellas (Fig. No. 2).

Estudio Histopatológico:

Disminución en la densidad de folículos pilosos, la mayoría de tipo anagénico, de corta longitud, rodeados por corion con escaso infiltrado linfocitario (Fig. No. 3).

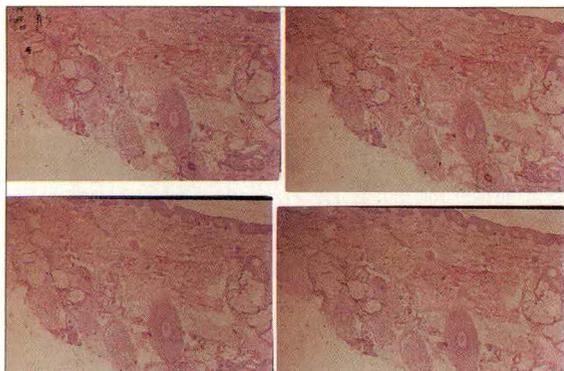


Fig. No. 3.



Fig. No. 4.

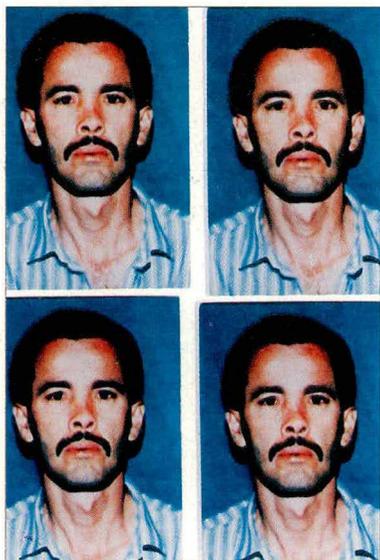


Fig. No. 5.

Estudios Paraclínicos: Hemoleucograma, glicemia, T3, T4, TSH, electroforesis de proteínas, creatinina, úrea, fosfatasas, transaminasas normales. Se apreció un ligero aumento de los triglicéridos: 190 (10-160mg/dl); el resto del perfil lipídico fue normal.

Se encontró leve aumento en C3 del complemento: 144 (55-120mg/dl), pero con C4 normal. El estudio toxicológico para talio fue normal.

Conducta: Se realizó ciclo con prednisolona a la dosis de 1mg/kg/día, reduciendo la dosis 5 mgs. cada tres días, previa desparasitada del paciente, tanto para amibas como para helmintos. Se formuló, además, minoxidil tópico al 3%, en loción de ácido retinoico al 0.1% en áreas pilosas, y en las uñas se aplicó betametasona con ácido retinoico en gel al 0.1%, sin mejoría.

Ante la poca respuesta clínica, se inició ciclosporina vía oral a la dosis de 4mg/kg/día, realizando controles semanales de transaminasas y de creatinina.

Se apreció rebrote de cabello, pero con leucotriquia (1) (Fig. 4) desde los quince días de tratamiento; además crecimiento normal de las uñas. A los dos meses de tratamiento, se suspende la droga por cuadro de colitis aguda. El estudio endoscópico mostró gastritis leve antral. En la rectosigmoidoscopia el colon sigmoides se apreció engrosado y recubierto por exudado fibrinoide, sin evidencias de lesiones ulcerosas, con sangrado fácil. Se apreció secreción mucosida moderada; lo anterior fue compatible con colitis ulcerativa. Se realizó un colon por enema, mostrando espasticidad e irritabilidad, con ondas peristálticas en el ciego. La biopsia de colon mostró ulceración superficial glandular y disminución en número y espesor. La lámina propia se apreció densamente infiltrada por PNN, monocitos y eosinófilos llevando a la formación de microabscesos en el epitelio. Hay además fibrosis. El cuadro anterior es compatible con colitis ulcerativa inflamatoria.

Simultáneamente con la ciclosporina, se inició apoyo psicológico al paciente, por la pérdida de su imagen corporal. Un año después, el paciente presentó regeneración completa ungueal y del cabello, pero en su mayoría con leucotriquia. (Fig. No. 5).

COMENTARIOS

La mejoría clínica del paciente posiblemente fue debida a la ciclosporina, pues en la alopecia areata existe un fenómeno de autoinmunidad, posiblemente mediado por linfocitos T, sin compromiso de la respuesta inmune mediada por anticuerpos, ni del complemento.^{2,3} La ciclosporina actúa básicamente a nivel de la inhibición de la inmunidad mediada por células.^{4,5} El compromiso clínico del paciente fue severo, especialmente por el daño ungueal, pero la mejoría clínica fue realmente muy buena. Son pocos los casos de alopecia areata universal reportados en la literatura con tal mejoría.

Elucubrando sobre la colitis del paciente, pudo haberse presentado por tres opciones: la primera, por colitis de tipo parasitaria, que es la opción más probable (a pesar de la desparasitada); la segunda, por colitis de tipo ansiedad (por su cuadro clínico, por la droga etc) y la tercera por colitis ulcerativa idiopática, aunque la ciclosporina, por el contrario, debió mejorar esta patología.

SUMMARY

The case of a 46 year old male, who presents an episode of Alopecia areata universals with nail involvement is described. A psychosomatic trigger factor could not be detected. The paraclinic studies were normal. He was managed with cycles of systemic corticosteroids. Due to the lack of clinical response, he was started on oral cyclosporine, with excellent therapeutic response. Two months later the treatment was stopped because of an acute colitis diagnosed by biopsy. The cause of this episode could not be clearly ascertained.

BIBLIOGRAFIA

1. HELM F., MILGROM H. Can scalp hair suddenly turn white? Arch Dermatol. 1990; 102: 162-167.
2. HAPPLE R. Antigenic competition as therapeutic concept for alopecia areata. Arch Dermatol res 1980; 267: 109-114.
3. FRIEDMAN PS. Clinical and immunologic association of alopecia areata. Dermatol 1987; 4: 9-24.
4. GUPTA A.K., ELLIS C.N., COOPER K.D., et al. Oral cyclosporine for the treatment of alopecia areata. J Acad Dermatol Res 1990; 22: 242-8.
5. DE PROST Y, TEILLAC D, PLAQUEZ F. et al. Placebo controlled trial of topical cyclosporin in severe alopecia areata (corresp). Lancet 1986; ii: 803-804.