

LA ENTREVISTA AL EXPERTO

ROSA ORTEGA DEL OLMO:

Cómo tratar las alopecias en el anciano



Rosa Ortega del Olmo

Madrileña de nacimiento y granadina de adopción, es profesora titular de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología en la Universidad de Granada desde 1987. Ha desempeñado distintos cargos en la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), desde académica de número en sus comienzos hasta presidenta de la Sección Andaluza durante varios años. Sus intereses científicos discurren por diversos aspectos de la especialidad, que se han manifestado de forma oficial en su actividad como miembro fundador del Grupo Español de Cirugía Dermatológica de la AEDV y coordinadora de dicho Grupo de 1988 a 1992, miembro del Grupo Español de Tricología de la AEDV y coordinadora nacional desde 2002 hasta 2006, y miembro del Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica de la AEDV hasta la actualidad. Además de lo ya reseñado, ha publicado numerosos artículos y dado conferencias, como la recientemente impartida acerca de la alopecia en los pacientes ancianos. Aprovechando este escenario, hemos realizado la siguiente entrevista.

Unificando dos de sus intereses, la tricología y la geriatría, hemos querido que la profesora Ortega del Olmo nos hable acerca de cómo tratar las alopecias en el anciano.

¿A qué edad se considera anciana a una persona?

Actualmente se considera anciano, a efectos administrativos y estadísticos, a las personas mayores de 65 años. Desde el punto de vista médico, el paciente geriátrico se define, en esencia, como aquel que cumple las siguientes características: es una persona mayor de 75 años, con pluripatología relevante, alto riesgo de dependencia con o sin patología mental acompañante o predominante. Por otra parte, la OMS ha hecho una clasificación en diferentes grupos de edad: se denomina personas de la **tercera edad** a

los mayores de 60 años; de **edad avanzada** a los que se encuentran entre los 60 y los 74 años, **viejos** —o **ancianos**—, entre los 75 y los 90 años; y **muy ancianos** a los mayores de 90 años. En plena crisis de la COVID-19, hoy más que nunca, los conceptos de *anciano*, *tercera edad*, *personas mayores*, *abuelos*, etc. necesitan de una objetivación social que nos permita, además de ser «políticamente correctos», definir debidamente al grupo social que representan dichos conceptos.

De todas formas, no siempre coinciden los años que tenemos (**edad cronológica**) con el estado funcional de nuestros órganos en comparación con un estándar biológico (**edad biológica**), sin olvidar lo que podríamos considerar la **edad «existencial»**.

¿Cuáles son los cambios que ocurren en el cabello a lo largo de la vida?

Al ir aumentando la edad de las personas, el cabello sufre diferentes cambios:

1. **Cambio de color.** Los folículos producen menos melanina, apareciendo las canas. El encanecimiento suele empezar hacia los 30 años de edad, aunque este fenómeno está condicionado genéticamente. Las canas tienden a aparecer de manera más temprana en personas de raza blanca y de manera más tardía en las razas asiáticas.
2. **Cambios en el grosor del cabello.** Ocurren por la disminución de la tasa de crecimiento del cabello por los cambios físicos propios de la vejez.
3. **Pérdida de densidad.** A medida que una persona envejece, la tasa de crecimiento del cabello disminuye, es decir, los folículos no permiten el crecimiento del cabello tan rápido como antes. Con el paso del tiempo, hay una menor producción de colágeno y una renovación celular más lenta.

En el momento en que un hombre llega a los 60 años, el 80 % tiene algún grado de calvicie o un adelgazamiento sustancial del cabello. Las mujeres mayores también se ven afectadas. Con la llegada de la menopausia, se produce un desequilibrio hormonal en la mujer, que, en algunos casos, afecta al

folículo, provocando una reducción drástica del crecimiento del cabello. Si a esto le sumamos alguna **carencia** (de hierro, potasio, proteínas, ácido fólico, cinc, vitaminas del grupo B), las posibilidades de que haya una pérdida notable de pelo crecen y, entonces, ya sí estaríamos hablando de **alopecia**, que se considera la pérdida anormal del cabello y que puede afectar no solo al cuero cabelludo, sino a cualquier zona donde haya pelo, como las cejas, las pestañas, la barba, las axilas o la región genital.

¿Se puede evitar que salgan las canas? ¿Hay algún tratamiento? ¿Cómo debe cuidarse el pelo canoso?

Los cambios del color del pelo pueden considerarse fisiológicos. Los suplementos nutricionales, las vitaminas y otros productos no detienen ni disminuyen la velocidad de dicho proceso de encanecimiento.

Puede ocurrir que, cuando el pelo se vuelve blanco, se ponga amarillo por acción de diferentes factores externos y ambientales, sobre todo, si tienen en su composición sulfato de cobre. Entre los factores ambientales que con más frecuencia contribuyen a poner amarillo el pelo blanco, están los residuos de champú, las sustancias químicas de productos capilares sobreprocesados, la aplicación de aceites naturales en el cuero cabelludo, los depósitos minerales del agua de la ducha, el humo ambiental del tabaco o los tubos de escape de los automóviles y el cloro de la piscina. Pueden hacerse diferentes tratamientos, como utilizar de vez en cuando un champú de color azul o violeta, que neutraliza el color amarillo (hay muchos en el mercado), o un remedio casero, que consiste en aclarar el pelo con una solución de zumo de limón después de lavar la cabeza con un champú neutro.

¿Qué tipos de alopecia suelen verse en el anciano?

La alopecia en personas mayores es una situación bastante común, que no debe pasarse por alto. Más allá de los cambios físicos asociados al envejecimiento, la pérdida de cabello puede estar relacio-

nada con otras causas que deberían ser diagnosticadas y tratadas por el dermatólogo. La causa más frecuente de pérdida de cabello en hombres y mujeres mayores es la **alopecia androgénica**, comúnmente conocida como *calvicie*. En su etiopatogenia, existen dos factores fundamentales: una **herencia poligénica** autosómica dominante, de expresividad y penetrancia variables, y la actuación de los **andrógenos** sobre los receptores de las células de la papila dérmica, del epitelio del bulbo y de la vaina epitelial externa. Ocurre una miniaturización progresiva de los cabellos, que provoca un retroceso de la línea frontoparietal —sobre todo, en el varón—, aclaramiento del vértex y pérdida difusa del cabello en las áreas parietales.

Pero la pérdida de cabello en las personas mayores también puede tener una relación directa con el padecimiento de alguna enfermedad aguda o crónica, o con alguna otra alteración de la salud. Por otro lado, los medicamentos utilizados también pueden desencadenar la caída del cabello. Estamos hablando de los **efluvios**, que son alopecias difusas generalizadas, de etiología muy diversa y patogenia a veces difícil de precisar, que se presentan de forma aguda o con carácter crónico y que, dependiendo de en qué fase del ciclo se desprenda el pelo, veremos un **efluvio anágeno** (pelos distróficos) o un **efluvio telógeno** (pelos normales). Si el proceso que lo causa es muy agudo, también puede perderse pelo en otras zonas del cuerpo, como las cejas, las pestañas... Es lo que ocurre, por ejemplo, con algunas quimioterapias para el tratamiento de ciertos tumores malignos.

Si la alopecia comienza a los dos o tres meses de haber padecido fiebre, o del tratamiento con algunos fármacos, estaremos ante un **efluvio telógeno agudo**. También puede ocurrir un **efluvio telógeno crónico**. En estos casos, se trata, sobre todo, de mujeres cercanas a los 60 años, que tienen una alopecia difusa de larga evolución, con períodos de remisión espontánea, seguidos de otros períodos de exacerbación, que puede coincidir o no con una hipovitaminosis de vitamina B₁₂ o de vitamina D, una ferropenia, el antecedente de una intervención quirúrgica, el padecimiento de una enfermedad

crónica, como la diabetes de tipo 2, el hipotiroidismo o la existencia de un estrés intenso. En otras ocasiones, este tipo de alopecia difusa es idiopática. Por último, podemos encontrar un **efluvio anágeno agudo**, que aparece a los pocos días de ocurrir la posible causa desencadenante, como una enfermedad sistémica grave, o la ingesta de algunos medicamentos o de tóxicos. En este caso, la caída del pelo remite al eliminar la causa desencadenante.

¿Tienen tratamiento estas alopecias, a pesar de la edad del paciente?

Aunque las alopecias tengan un tratamiento, nunca se volverá a recuperar la melena que se tenía con menor edad. En cuanto al tratamiento de los efluvios, son de utilidad diferentes actuaciones, como el **minoxidil** tópico, la **finasterida** (inhibidor de la isoenzima 2 de la 5 alfa-reductasa), así como algunos otros vasodilatadores como el **nicotinato de tocoferol**. Ciertas sustancias naturales y extractos vegetales parecen actuar como factores de crecimiento y poseer un supuesto efecto antiandrogénico; son el **acetato de cinc**, *Serenoa repens* y *Serenoa serrulata* (estas dos últimas con una acción inhibidora sobre la 5 alfa-reductasa). Otras posibilidades terapéuticas son las inyecciones de plasma rico en plaquetas, la **mesoterapia**, el **ácido hialurónico**, el **láser de baja potencia**, etc.

¿Los tipos de alopecia y sus tratamientos son iguales en el anciano que en la anciana?

La alopecia androgénica en el anciano tiene un aspecto diferente al de la anciana, lo mismo que en el adulto no anciano. En el anciano, la pérdida de pelo se localiza, principalmente, en las zonas frontal y parietal. Inicialmente, hay un retraso progresivo de la línea de implantación anterior del pelo, provocando las entradas. Posteriormente, la pérdida del pelo ocurre en la región del vértex o coronilla. Esto sucede en menor o mayor grado y existen diferentes clasificaciones. Es importante tener presente que, en estos pacientes, puede existir cierta comorbilidad que debemos explorar. Los perfiles lipídicos anormales (que, a veces, asocian alguna

enfermedad cardiovascular), la hipertensión, el tabaquismo y el índice de masa corporal alto se han investigado en varios estudios asociados a alopecia androgenética.

El 50 % de las mujeres de edad avanzada tienen una alopecia androgenética, pero la distribución de la alopecia de patrón femenino es diferente. Puede verse una **forma difusa**, no hay calvicie total y queda respetada la línea de implantación anterior; no existen entradas. Hay una **forma de distribución masculina**, en la que sí hay un retroceso de la línea de implantación frontal y alopecia en el vértex; esta forma se aprecia en el 37 % de las mujeres posmenopáusicas. Y una tercera **forma en árbol de Navidad**, que empieza en el centro de la cabeza y progresa hacia la frente: que se observa en el 70 % de los casos. En este tipo de alopecia, la pilotracción es negativa y las mujeres que la padecen suelen asociar ansiedad y alexitimia. En el 40 % de los casos, hay hiperandrogenismo y, si es grave y ha aparecido después de la menopausia, habrá que descartar la existencia de un tumor ovárico o un adenoma suprarrenal.

Con respecto al tratamiento, entre los **locales** con eficacia científicamente demostrada, está el **minoxidil** en solución al 2, al 3 y al 5 %, o en espuma al 5 %. Puede provocar efluvio telógeno a las 2-8 semanas del inicio del tratamiento (efecto *shedding*) o hipertrichosis. También da buenos resultados la **finasterida** en solución al 0,5 o al 1 %, y se potencia su actividad al asociarlo al minoxidil. Cada vez hay más publicaciones en las que se asocian a la solución con estos dos fármacos otros con diferente actividad, en algunos casos, no muy comprobada: el **17 alfa-estradiol** al 0,1-0,2 % (que inhibe la 5 alfa-reductasa), la **17 alfa-hidroxiprogesterona** al 0,5 % (un antiandrógeno con efecto antiseborreico), la **canrenona** al 2 % (metabolito de la espironolactona con actividad antiandrogénica tópica), y el **acetónido de triamcinolona** al 0,1 % (con efecto antiinflamatorio). Localmente también se realizan tratamientos con **plasma rico en plaquetas**, que mejora el resultado si se asocia a otros tratamientos tópicos (como el minoxidil) u orales; la **mesoterapia con dutasterida**, abordaje novedoso con sus defensores y

detractores, el **roller con microagujas**, que ayuda a la introducción transdérmica de productos activos que regulen el funcionamiento folicular; o el **auto-trasplante de unidades foliculares** en forma de tira o FUE, pero este tratamiento tan eficaz en edades más tempranas, no suele ser de elección en el anciano.

A la cabeza de los **tratamientos orales** y también con una eficacia con evidencia científicamente comprobada, están la **finasterida**, en dosis de 1 mg/día en los varones y de 2,5-5 mg en las mujeres; la **dutasterida** (inhibidor de las isoenzimas 1 y 2 de la 5 alfa-reductasa) a 0,5-1 mg/día (en mujeres), al menos, durante 1 año y, en varones, empezar por 0,5 mg/día; el **acetato de ciproterona** (progestágeno y antiandrógeno), que se utiliza en mujeres con hiperandrogenismo; y la **espironolactona** (antagonista de la aldosterona y antiandrógeno), que se emplea en mujeres, teniendo en cuenta que puede provocar hipercalcemia, poliuria, polidipsia o aumento de peso, entre otros efectos secundarios.

Es habitual que los ancianos tengan alguna enfermedad concomitante; ¿se pueden hacer los mismos tratamientos orales en los ancianos que en una persona joven y sana?

Es importante tener en cuenta que tanto la finasterida como la dutasterida, al reducir la síntesis de 5 alfa-dihidrotestosterona, provocan deficiencia de andrógenos específicos de los tejidos, independientemente de los niveles de testosterona, y se podría desencadenar o **agravar** alguna patología que estuviera silente: enfermedad del hígado graso no alcohólico, resistencia a la insulina/diabetes de tipo 2, enfermedad del ojo seco o disfunción renal potencial. También se ha detectado que puede aparecer **proteinuria** entre las personas que toman finasterida, especialmente, **en los hombres, de 60 años o más**, que han estado tomando el medicamento **durante de 2 a 5 años**. Hay un estudio clínico de fase IV, realizado por eHealthMe de la FDA, basado en informes de 29 441 personas que toman finasterida y tienen proteinuria, y se actualiza regularmente. Existen datos controvertidos acerca de la

fisiopatogenia de la alteración renal a que pueden dar lugar los inhibidores de la 5 alfa-reductasa y se están realizando diferentes estudios en animales.

La infección por COVID-19 ha causado muchos problemas en diferentes órganos; el pelo también puede verse afectado. ¿Se puede tratar? ¿Cómo ha influido la COVID-19 en la pérdida de cabello en personas mayores?

Se ha observado un efluvio posinfeccioso donde el inicio y la agudeza de la caída dependen de la gravedad de la infección. Las manifestaciones cutáneas de la COVID-19 pueden ser marcadores útiles de la enfermedad e indicadores del pronóstico. Vemos un efluvio telógeno de inicio **temprano**, antes de 4 semanas (el 62,5 %) y de inicio tardío, después de 12 semanas (el 47,8 %). También se ha observado **tricotodinia** (es decir, sensación dolorosa del pelo) asociada a efluvio en el 42 %, a anosmia en el 66,1 %, y a ageusia. El pelo se cae por la inflamación generalizada del cuerpo como consecuencia de la infección.

La alopecia androgenética está presente en la mayoría de pacientes hospitalizados con COVID-19 (lo que se conoce como *signo de Gabrin*). Entre los hombres hospitalizados con COVID-19, el 79 % presentó alopecia en comparación con el **31-53 % que se esperaría** en una población de edad similar. Un segmento clave del gen del receptor de andrógenos parece influir tanto en la gravedad de la COVID-19 como en la propensión de los hombres a padecer de alopecia. Ciertas diferencias estructurales en el gen del receptor de andrógenos tendrían más posibilidades de desarrollar COVID grave. Podría usarse como un biomarcador para ayudar a identificar a los pacientes masculinos con coronavirus con mayor riesgo de ingresar en la UCI. Por último, el confinamiento, con lo que ha supuesto de estrés y menor exposición al sol (y, por lo tanto, de déficit de vitamina D), ha provocado gran número de pacientes con alopecia.

Entrevista realizada por: **Aurora Guerra-Tapia**