

LA ENTREVISTA AL EXPERTO

AURORA GUERRA-TAPIA: la alopecia de la mujer



Aurora Guerra-Tapia

Es dermatóloga, profesora titular de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología de la Universidad Complutense de Madrid y exjefa de la Sección de Dermatología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Ha sido secretaria general de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), presidenta de la Sección Territorial Centro de la AEDV y de la Sociedad de Dermatología de la Comunidad Autónoma de Madrid. Ha publicado un centenar de libros y numerosísimos artículos en revistas de la especialidad sobre diversos aspectos de la patología cutánea. Dirige la revista disponible en internet Más Dermatología. Actualidad y Avances desde 2006 hasta la actualidad. Posee numerosas distinciones como el Premio Extraordinario de la Licenciatura o los otorgados por la European Academy of Dermatology and Venereology y la AEDV. En octubre de 2021, ha sido distinguida con el título de «Maestra de la Dermatología Estética y Terapéutica» por sus méritos y dedicación. Poeta y escritora de reconocido prestigio, ha recibido premios literarios que avalan su calidad. Sus proyectos de investigación actuales están centrados en la alopecia de la mujer y en la repercusión psicológica que provoca. Dedicaremos nuestra entrevista a estos temas.

La presencia de Jada Pinkett Smith exhibiendo su alopecia sin disimulos en la 94.ª ceremonia de los Óscar celebrada en marzo de 2022 ha puesto de moda en los ambientes mediáticos la alopecia de la mujer. Pero a usted, como dermatóloga, hace tiempo que le interesaba ya este tema. ¿No es así?

Efectivamente. Todos los aspectos de la dermatología me parecen atrayentes, pero algunas parcelas, como la tricología o la dermatología psiquiátrica, tienen mi preferencia. Por otra parte, como mujer, cualquier tema que afecte a la condición femenina merece mi mayor atención. En la alopecia de la mujer, se dan las tres circunstancias favorables para ser objeto de mi favor: afecta al cabello (tricología), repercute emocional-

mente y en la calidad de vida (dermatología psiquiátrica), y la sufre la mujer con mayor detrimento emocional que la mayoría de los hombres. De hecho, el cabello es el único parámetro físico ornamental que es fácilmente modificable a placer por el propio sujeto, siendo la mujer la que utiliza los recursos con mayor profusión. La alopecia dificulta el placer o la necesidad de teñirlo, moldearlo, alisarlo o recortarlo, utilizando esta arma de seducción para aumentar su autoestima.

¿Cuál es el prototipo de mujer con alopecia que ve en sus consultas?

No existe un modelo único. A menudo, acude la mujer joven, en edad fértil, en la que la alopecia androgénica está infradiagnosticada o tratada con pocos medios. «Ese cabello es normal. Tiene una preocupación excesiva» es la respuesta que algunas mujeres reciben cuando consultan. Pero es en los comienzos cuando el tratamiento tiene más eficacia, evitando que lleguen las situaciones terminales, en las que es más difícil avanzar. Además, en muchas ocasiones, la alopecia es el banderín que señala enfermedades ocultas y trascendentes, como el síndrome del ovario poliquístico, la resistencia a la insulina, el síndrome metabólico, carencias nutricionales, hábitos insalubres... Salvar el cabello puede suponer salvar la salud.

Otro gran grupo es el de mujeres algo más mayores, en las que aparece la alopecia frontal fibrosante —enfermedad cicatricial y, por tanto, devastadora—, en cuyo caso, es imprescindible iniciar la terapéutica cuanto antes, al menos, para no empeorar. El cabello retrocede, y la zona frontal es cada vez más amplia, llegando a un punto en que el camuflaje es imposible.

No es despreciable la cantidad de mujeres con alopecia areata, que puede aparecer a cualquier edad y evolucionar de forma impredecible. Es una enfermedad autoinmunitaria, en la que los factores psicológicos desempeñan un gran papel como desencadenantes de la clínica. Pero también, muy a menudo, esos trastornos —depresión, ansiedad, insomnio, angustia— surgen más como consecuen-

cia que como causa. Las formas leves se recuperan muchas veces de forma espontánea. Pero las más intensas —la alopecia areata universal— pueden ser para toda la vida.

Más fácil es el caso de las alopecias difusas, agudas o crónicas —es decir, el efluvio telógeno—, en las que un estrés físico o psíquico es la causa detonadora. El pronóstico es muy bueno, y la recuperación suele ser habitual una vez superada la causa estresante, pudiendo ser mejorada con tratamientos específicos en función del origen reconocido.

No hay que dejar en el tintero las alopecias que comienzan tardíamente, en la posmenopausia, fruto de la involución senil, pero también, muchas veces, favorecidas por el tratamiento con fármacos que producen caída de pelo: retinoides, citotóxicos, anticoagulantes, y otros muchos con acción nefasta sobre el cabello. La historia clínica rigurosa, como siempre, es fundamental.

Y no quiero olvidar los restantes tipos de alopecia —decenas de diagnósticos—, que, no por ser menos frecuentes, requieren menor atención. Muy al contrario. Dan para escribir todo un tratado.

¿Cuáles son los principales tratamientos para la alopecia androgénica de la mujer?

Los tratamientos médicos para la alopecia androgénica femenina son complejos, porque siempre están implicadas las hormonas sexuales, tanto por su exceso como por un mayor aprovechamiento por parte de los receptores. Esta implicación existe aun con cifras normales de andrógenos circulantes en los análisis de sangre. Esa situación, a veces, es poco comprendida por las pacientes. «Si mis análisis son normales, ¿por qué ese efecto negativo de los andrógenos en mi pelo?», me preguntan. Y de forma sencilla les respondo que, igual que entre dos personas que comen la misma cantidad de alimento, solo una de ellas lo aprovecha más que la otra y engorda, así ocurre con las hormonas: se aprovechan más debido a los receptores que las reciben. La inducción de pelo terminal a veloso y, finalmente, atrófico está mediada por los andrógenos, en las zonas del cuero cabelludo donde existen mayor nú-

mero de receptores para ellos, gracias a la acción de la 5-alfa-reductasa de tipo II. Además, en la mujer, la 17-beta-deshidrogenasa y la delta-3-beta-hidroxisteroide-deshidrogenasa se encuentran aumentadas, y la aromatasas, que transforma la dihidrotestosterona en estrona y la testosterona en estradiol, disminuida.

A esta complejidad del tratamiento hormonal, se suma la posibilidad de embarazo presente o futuro. Además, como hemos dicho, es frecuente encontrar un cuadro de resistencia a la insulina, un síndrome metabólico, un ovario poliquístico e, incluso, patología cutánea asociada como el exceso de vello (hirsutismo), de grasa (seborrea), o el acné. Así que, en el tratamiento, siempre habrá antiandrógenos de una u otra forma. Y, a la vez, promotores tópicos u orales del crecimiento del pelo, como el minoxidil, que es un activador de la prostaglandina-sintetasa I, que prolonga el período de crecimiento del cabello; o, incluso, mesoterapia con factores de crecimiento obtenidos de las plaquetas del plasma sanguíneo. La ventaja global de estos algoritmos terapéuticos es que no solo mejorará el cabello, sino la situación hormonal y metabólica que estaba alterada. No se puede olvidar el microinjerto, aunque, en la mujer, el resultado depende de la forma clínica con que se manifiesta la alopecia. La mejor candidata a trasplante es la forma de distribución similar a la masculina (el patrón de Hamilton), con recesión de la línea de implantación frontal y alopecia en el vértex en distintos grados, pero con una buena zona dadora en el rodete hipocrático de la nuca. Sin embargo, las formas de Ludwig y de Olsen, más difusas, requieren una valoración mucho más estricta a la hora de pensar en la cirugía.

En la alopecia en general, y en la androgénica femenina en particular, yo comparo el tratamiento con un abanico: para que dé aire, debe tener muchas varillas. Para que la alopecia mejore, cuantas más «varillas» —es decir, tratamientos—, mejor.

¿Le interesa también la alopecia masculina?

Por supuesto. Lo que ocurre es que, en general, es más sencilla de diagnosticar y de tratar. O, al menos, de saber lo que hay que hacer. En el hombre, por

ejemplo, una de las mejores soluciones es el microinjerto, aunque requiere de forma simultánea tratamiento médico. Eso algunos varones no lo tienen en cuenta. Y por eso, puede fracasar el trasplante.

Además de atender pacientes, ¿ha publicado trabajos sobre la alopecia de la mujer?

Sí, naturalmente. Yo creo que no solo hay que saber, sino que hay que enseñar lo que se sabe, a la vez que aprender de otros. He escrito desde libros con orientación divulgativa, con preguntas y respuestas que habitualmente le surgen a la paciente, hasta manuales y selecciones de casos clínicos para especialistas. Por otra parte, en la Academia Española de Dermatología y Venereología, existe un grupo de trabajo integrado por expertos tricólogos del que formo parte —el Grupo Español de Tricología y Onicología—, que da frutos muy relevantes en investigación y formación. Para seguir aprendiendo, no dejo de estudiar, e invito a escribir en la revista que dirijo (www.masdermatologia.com) a los que aportan y divulgan sus conocimientos generosamente.

¿Ha llevado a cabo últimamente alguna investigación sobre la alopecia de la mujer?

Señalaré dos relativamente recientes: una intentando juzgar el valor de los suplementos alimenticios y su efecto sobre la alopecia, de sumo interés, dada la frecuencia de su prescripción, a veces, excesiva e inmotivada. El conocimiento cierto de las ventajas de las distintas composiciones permite elegir la adecuada para cada indicación y momento.

La otra investigación publicada es útil, sobre todo, para el diagnóstico y seguimiento del componente emocional que acompaña a la alopecia femenina, validando al español la escala de calidad de vida Hair Specific SKINDEX-29. De este último trabajo, ha surgido una página web de manejo común y sencillo (www.escalacalidadvidaalopecia.com), abierta en internet para todos los que tratan la alopecia femenina. De su uso, se obtienen datos que pueden con seguridad aportar luz a investigaciones futuras.

Recientemente, ha publicado un libro titulado *Las calvas ilustres*. ¿A qué hace referencia?

Con este libro, sigo avanzando en mi faceta de escritora. Es una mezcla de relatos, historia, ciencia y arte, que tiene como protagonistas a aquellas mujeres con distintos tipos de alopecia que han sido reflejadas en la literatura, la pintura, la escultura, la fotografía, el cine... Un viaje literario en el que se admira, se aprende, se comprende, se sonríe... Por ejemplo, se expone y relata el mito de la aparición de la canicie brusca de María Antonieta cuando salió de la cárcel hacia la guillotina. Comprender el origen de esta creencia es una de las lecturas amenas del libro. Y para que no quede en misterio, diremos que María Antonieta, probablemente, sufrió una *alopecia areata* para pelos pigmentados, con lo que se cayeron los cabellos oscuros, quedando solo las canas, y dando la impresión de una canicie brusca. Casi todos los mitos tienen explicación en su origen. Descubrirla es a veces sorprendente y tranquilizador.

¿Qué le diría a la mujer con alopecia?

Le diría, le digo, que no deje pasar el tiempo sin pedir ayuda. La tricología, como el resto de la dermatología y la medicina en general, ha cambiado extraordinariamente a mejor en las últimas décadas. Que los tratamientos tempranos dan mejores resultados. Que acuda al dermatólogo especialista en tricología, porque siempre tendrá respuesta basada en la ciencia, no en fantasías y mitos, sin falsas promesas, con honestidad y conocimientos. Que tenga optimismo, porque el mundo de la alopecia de la mujer ha cambiado, es más científico, más eficaz y, sobre todo, más comprensivo. Le diría, le digo, que no está sola.

Entrevista realizada por: **Elena González-Guerra**