Facultad de Medicina de Barcelona

Curso de

DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA

EN HOMENAJE AL PROF. DR. JAIME PEYRÍ ROCAMORA, CON MOTIVO DE SU JUBILACIÓN

Organizado por los médicos de su CLINICA UNIVERSITARIA Dres.: F. Alabart - E. Bassas, J. Bassedas, J. Capdevila, A. Castells, J. Colomer, F. de Dulanto, J. Finestres, A. Goday, J. M. Gómez-Ceballos, J. Mato, J. Mercadal Peyrí, G. Muntaner, J. Peyrí Dalmau, R. Pedragosa, J. Piñol, J. Reig, C. Romaguera, M. Trías Bertrán, R. Torrá Bassols, A. Valls Gil y J. Valls Serra.

IV.

ALOPECIAS

Dra. AMPARO VALLS GIL

La palabra *alopecia* significa caída del cabello. Deriva esta palabra de la griega ἀλωπήξ, que significa zorra, por su semejanza con lo que ocurre con las mudas de estos animales: caída del pelo del verano durante el otoño y del invernal durante la primavera.

Los ingleses llaman a la alopecia, pelada, y en la Edad Media se designaba con este nombre a las alopecias difusas. Más tarde se empleó, y así lo empleamos nosotros, para designar a la alopecia circunscrita alopecia areata.

Capítulo éste difícil de clasificar y aun más de ordenar, pues en él se engloban una serie de afecciones que sólo tienen de común la caída del cabello.

División: Alopecias congénitas o prenatales y alopecias adquiridas.

Alopecias congénitas

a) *Generalizada*: Es excepcional; se trata de recién nacidos que a las seis semanas de nacer (como sucede en la mayor parte de niños normales) pierden el cabello y no vuelve a reaparecer. Suele ir acompañada de malformaciones ungueales definitivas (la uña está representada por una delgada película córnea; falta el reborde ungueal) y de malformaciones dentarias idénticas a las heredo luéticas (FOURNIER). Estos signos tienen importancia diagnóstica. Ningún tratamiento es eficaz.

b) *Localizada.*

Triángulo de alopecia temporal congénita: Triángulo isósceles de unos dos centímetros, cuya base se apoya sobre el borde temporal del cuero cabelludo hundiéndose sobre la sién, entre la sién y la frente. Su hallazgo es casual.

c) *Monilletrix.* — Puede presentarse como malformación aislada, pero más frecuentemente se presenta en forma familiar. El niño nace con cabellos que pierde a las seis semanas, apareciendo en su lugar una serie de elevaciones foliculares rodeadas de una areola enrojecida. Se localiza, principalmente, en la región occipital, aun cuando puede generalizarse, apareciendo entonces el cuero cabelludo sembrado de puntitos rojos, acuminados, de los que puede salir un cabello muy atrofiado. Se trata de una queratosis con distrofia papilar, separada por lo tanto de las queratosis pilares.

En ocasiones puede invadir la región axilar.

Si intentamos depilar el cabello se nos rompe siempre a nivel de una extran-

gulación. En el pelo extirpado se observan alternancia de zonas de extrangulación, con abultamiento. Cuando la malformación no es tan importante, existe sólo aclaramiento del cabello. Los cabellos aparentemente sanos, están también afectos, presentan también el aspecto monoliiforme

Al cabo de algún tiempo, los folículos desaparecen, dejando cicatrices. Van aumentando poco a poco las superficies desnudas y lisas, y en el viejo, el cuero cabelludo presentará una superficie decalvada y llena de cicatrices parecidas a las del favus.

Anatomopatológicamente se hallan folículos tortuosos, deformes, ocupados por un tapón córneo en el que se incluye el cabello distrófico. Atrofia relativa de las glándulas sebáceas.

Es una enfermedad congénita que se transmite por herencia directa.

El único medicamento útil es el aceite de enebro en forma de glicerolados o pomadas. Hay que proscribir los lavados con jabón. El tratamiento es largo.

Alopecias adquiridas

Se dividen en cicatriciales y no cicatriciales. Alopecias sintomáticas, alopecia seborreica, alopecia prematura, alopecia senil y alopecia areata.

1.º ALOPECIAS CICATRICIALES. — Todas las heridas cutáneas que dejan una cicatriz no muy superficial pueden considerarse alopécicas. Ej., una herida contusa. como es natural la placa alopécica depende de la extensión de la cicatriz. Ej., las heridas por arrancamiento.

Las peores son las cicatrices por quemadura: irregulares y queloideas.

El favus deja una cicatriz indeleble con alopecia.

El impétigo scabida. Cuando dura largo tiempo deja alopecia.

El acné decalvante de Quinquaud, cuyas lesiones activas están reducidas a un círculo rojo que rodea cada orificio pilar, ligeramente deprimido, presentando en el centro una cicatriz de dos centímetros de ancho que puede dejar alopecia.

El acné queloidiano de la nuca, que asienta en esta región formando un reborde saliente de consistencia leñosa, dejando por debajo del mismo una superficie cicatricial.

El lupus eritematoso. Deja una cicatriz en forma de manchas atróficas, blancas o rosadas; es también una alopecia definitiva.

Alopecia preliminar frontal. Empieza delante de las orejas en las jovencitas de 15 años, precedida de costras semejando el eczema seborreico de Unna, dibujando la alopecia, una cinta de un dedo de ancho situada algo por encima de la separación entre el cuero cabelludo y la frente. El tratamiento puede detener la evolución del proceso en sus comienzos, pero cuando se ha producido, la alopecia es definitiva. Tratamiento a base de azufre y aceite de enebro.

Erisipela flegmonosa. Deja cicatriz alopécica.

Herpes zóster. Dejan cicatriz las formas gangrenosas, fáciles de diagnosticar porque las lesiones siguen el trayecto de la rama oftálmica del trigémino.

Brotes de foliculitis orificiciales. Son producidos por el estafilococo dorado y dejan cicatriz alopécica. Las foliculitis de la nuca de la gente bien nutrida son diminutos forúnculos que dan lugar a cicatrices estrelladas.

Goma sifilítico frontal acompañado de secuestro. El enfermo conserva un recuerdo del tratamiento de su enfermedad anterior.

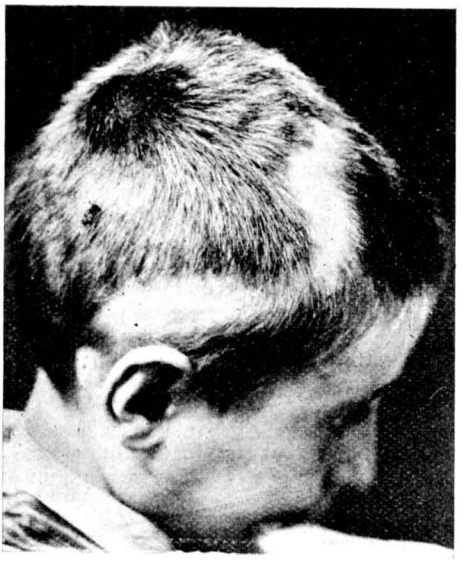
Acné necrótico de Bazin. Produce alopecias en descarga de fusil cargado de plomo. Las formas benignas no dejan cicatriz; las malignas producen unas cicatrices variólicas huecas (de dos centímetros de ancho) alopécicas. Es raro no encontrar algún elemento activo que oriente el diagnóstico.

Varicela. Deja pequeñas cicatrices alopécicas. Orientaremos el diagnóstico por las cicatrices del rostro.

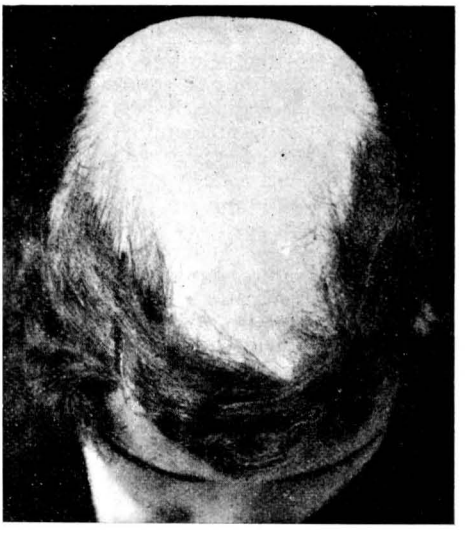
Pseudopelada de Brocq. — Afección del cuero cabelludo caracterizada por una serie de placas pequeñas oblongas, diseminadas por el cuero cabelludo con tendencia a confluir y con alopecia irreparable; son de un centímetro de largo por medio de ancho. El número de placas puede ser muy reducido o muy grande. Puede empezar por una o varias placas que por confluencia formarán una placa grande.

La evolución de la pseudopelada varía según los casos; si bien afortunadamente

Pseudopelada de Brocq



Alopecias Post-Röntgen



Pelada

para los enfermos afectos, es a veces de curso lento (tardan diez años para formar treinta placas); en otros de curso rapidísimo aparecen éstas en un año. A veces rodeando a la placa grande existen otras menores (semejan un archipiélago alrededor de un continente). Las placas son atróficas con piel blanca y sin escamas.

Es una afección temible, ya que conduce fatalmente en un plazo más o menos largo a la alopecia irreparable.

Mecanismo alopécico. — Se ha querido comparar con la alopecia por foliculitis o con la del acné decalvante; sin embargo, no se encuentran en la pseudopelada a diferencia del acné decalvante de Quinquaud reacción folicular inflamatoria. Si depilamos algunos cabellos de los bordes de una placa, veremos que la raíz es negra. Segun SABOURAUD este cabello, que no es normal, presentaría un ligerísimo grado de inflamación, el punto rosa de las foliculitis citadas. Este punto es negado por BROCQ y otros. La depilación es fácil e indolora. Este cabello que cae, examinado al microscopio, no muestra ningún parásito y su bulbo es hueco, lo que indica una muerte rápida. Histológicamente: en el tejido conjuntivo elástico del dermis hallamos fascículos enormes de tejido conjuntivo nuevo que atraviesan y se entrecruzan por toda la preparación. Ante este desarrollo del tejido conjuntivo, quedan comprimidos y desaparecen los folículos, las glándulas sebáceas anejas y las glándulas sudoríparas. Se trata, pues, de una afección distinta de las otras dos y cuya causa es desconocida.

Diagnóstico diferencial. — Por ser la placa atrófica se distingue bien de la pelada. Sólo es posible la confusión con las otras alopecias cicatriciales, por ejemplo, con el lupus eritematoso, pero en éste, las pequeñas manchas aisladas son siempre satélites de manchas que están formadas, a diferencia de las de la pseudopelada, por extensión periférica de una sola. En todos los casos para diferenciarlas nos será útil la anamnesis.

Trat. — Es poco eficaz: azufre, antisépticos (precipitado blanco), Rayos ultravioleta, etc. Con estas terapéuticas sólo detendremos en ciertos casos su evolución.

Alopecias por Rayos X. — La acción depiladora terapéutica de los Rayos X es conocida. Si se utilizan defectuosamente ocasionan alopecias definitivas e irreparables, en forma de placas circulares o semilunares, pero con mayor frecuencia producen alopecias difusas. La piel presenta lesiones de radiodermitis, es decir, piel atrófica con telengiectasias y a veces verdaderas neoformaciones venosas; si se ha producido ulceración mostrará tractus rectilíneos bajo la piel. El contorno de la placa irregular está cubierto más o menos de cabellos distróficos alterados, unos plateados rectos, otros gruesos ásperos, y puede verse un vello más o menos abundante. Estas placas son asiento de pruritos violentos causantes de rascados que empeoran las lesiones.

Trat. — Debe hacerse teniendo en cuenta que se trata de tejidos muy poco resistentes y que las telengiectasias que no aparecen inmediatamente pueden hacerlo después de los seis meses o tardíamente a los dos años, por lo que el pronóstico es siempre reservado. Se utiliza el engrasado a base de linimientos con calamina, vaselina, etc. Actualmente se emplean mucho los preparados a base de las hojas de Aloe vera (planta americana). Pero los preparados más activos son los de las mismas hojas.

Si pasados cinco meses no ha salido cabello nuevo, la alopecia es definitiva.

2.º ALOPECIAS NO CICATRICIALES. — A diferencia de las cicatriciales, son susceptibles de curación con un tratamiento adecuado.

Alopecia occipital del recién nacido. — Alopecia de la nuca de forma semilunar y de concavidad inferior: es una alopecia traumática por roce del cabello sobre la almohada. Es una alopecia pasajera.

Impétigo (estreptocócico). — Produce alopecia temporal.

Foliculitis orificiales. — (Constituyen el impétigo estafilocócico de los alemanes). Son pequeños puntos alopécicos. Es sólo parcialmente alopécico.

Depilaciones accidentales. — Que puede sufrir un niño, por ej., durante una pelea. En estos casos la salida de los cabellos se produce siempre.

Tricoptilomanía. — El niño depila sus cabellos durante el sueño o mientras trabaja. El diagnóstico se hace por la situación de las placas, en regiones situadas fuera del alcance de sus manos, por ej., sienes.

Trat. — Afeitar la cabeza para evitar estas depilaciones, o ponerle unos guantes sin dedos durante la noche.

Alopecias traumáticas. — Pueden tener lugar después de desaparecido el hematoma. Evitar confusión con una pelada, pero la forma lineal o angular del traumatismo las diferencian.

Tricoclasia idiopática. — En realidad no alopecia. El cabello está sólo cortado.

ALOPECIAS SINTOMÁTICAS. — Pueden ser generalizadas o localizadas y aparecen como síntoma o secuela de otra enfermedad.

a) Pueden ser debidas a factores externos, Rayos X o a un factor interno. En el defluvio por Rayos X el cabello presenta una atrofia muy parecida al cabello peládico, sobre todo si la acción depilatoria ha sido insuficiente. En éstas, lo mismo que en las producidas por el acetato de talio, el cabello cae a los doce o quince días de su aplicación (defluvium rápido).

b) Existe otro tipo de defluvium capillorum, en el que la depilación no tiene lugar hasta pasados dos meses y medio; en cuanto se inicia es rapidísima (unas cinco semanas). Comprendemos dentro de este tipo los siguientes casos:

Alopecia postoperatoria. — Se presenta después de las intervenciones quirúrgicas graves, en los grandes traumátitcos, sobre todo en las intervenciones peritoneales, alopecias por shock (repercusión sobre la economía general de un grave traumatismo).

2) *Alopecia postinfecciosa.* — Se presenta en las grandes pisexias (39'5º) de las enfermedades infecciosas: fiebre tifoidea, gripes graves, escarlatina, sarampión, etc.

3) *Alopecia postpartum.* — Aun en ausencia de puerperio febril puede presentarse esta alopecia, aun cuando no se presenta en todas las mujeres.

Estas tres alopecias presentan la característica de ser mucho más pronunciadas alrededor y detrás de las orejas, regiones que precisamente conservan su cabello, en las alopecias banales, y este detalle, junto con la anamnesis, nos orientará para el diagnóstico.

Etiología y patogenia. — Se ha invocado como causa de las postinfecciosas una acción tóxica sobre la papila. Así como la teoría de shock para las post-traumáticas. Actualmente se consideran las postinfecciosas, lo mismo que las postpartum, debidas a alteraciones de las glándulas endocrinas

Trat. — Aun cuando la reaparición del cabello en estas alopecias tiene lugar espontáneamente, pueden prescribirse, sobre todo para tranquilizar a las enfermas, las llamadas *lociones tónicas* del cabello: lociones alcohólicas con pilocarpina, nitrato potásico, etc., que ayudarán a la salida del cabello.

Alopecias por endocrinopatías.

Tiroides. — Se presentan tanto en el hipertiroidismo (Bassedow) como en el hipotiroidismo, mixedema, y aun en los hipotiroidismos.

En el primer caso el pelo es fino y sedoso. Se presenta la alopecia en forma de placas (alopecia areata). A veces en forma de alopecia difusa.

En el mixedema el cabello es grueso, sin brillo, la piel edematosa típica; da una alopecia difusa más intensa y evidente en las regiones temporales, que sería debida a la infiltración mucoidea que se presenta en estos enfermos alrededor de los folículos pilosos.

Hipófisis. — La alopecia generalizada es una afección debida a la falta de uno de los genes y producida por la falta del hormón adrenotrópico de la hipófisis. En esta alopecia es de mal pronóstico la caída del pelo de las cejas. En la acromegalia la alopecia toma la forma de calvicie del vértex.

Hipoparatiroidismo. — Cuando dura mucho tiempo, produce la caída del cabello como una manifestación más de los trastornos tróficos de la disfunción.

La rareza con que se observa la calvicie en la mujer ha sugerido la posibilidad de que exista una conexión entre ésta y la función testicular.

Ovarios. — Se presentan también en las mujeres no sólo en las insuficiencias grandes, sino también en las pequeñas disfunciones.

Alopecia sifilítica. — Entre las de origen infeccioso ocupa el primer lugar debido no sólo a su causa productora, sino a la circunstancia de que a veces es el primer síntoma de una afección hasta entonces ignorada. El paciente consulta

por una caída del cabello. Es la alopecia en claros, se presenta en gran número de placas en las sienes y regiones parietales. Es tan característica que permite hacer en seguida el diagnóstico. No obstante, debe éste confirmarse con una buena exploración del enfermo y, sobre todo, comprobada con los exámenes serológicos correspondientes

Trat. — El tratamiento específico es el que nos lo resolverá. Como en todas las alopecias infecciosas, la curación tendrá lugar con una restitución ad integrum.

Enfermedades crónicas. — Pueden producir también alopecias las enfermedades crónicas, como la diabetes, tuberculosis, leucemias, enfermedades mentales depresivas, las enfermedades del intestino y del hígado. Todas estas alopecias se presentan en forma difusa.

El doctor GRANDE DE ESPAÑA describe una alopecia difusa que se presenta en sujetos con carencia de sustancias azufradas que curan con la administración de cistina.

ALOPECIA SEBORREICA. — Es la más importante, no por su gravedad, pero sí por su extensión, ya que es causa en el hombre de la forma clásica de calvicie del vértex, y afectando a una parte de las mujeres, si bien no presenta en éstas nunca una gravedad equivalente.

Comienzo de la calvicie. — Es una enfermedad crónica que empieza de un modo solapado y en la mayor parte de los casos, no es más que la extensión al cuero cabelludo de la seborrea de la cara: empieza en el hombre por las sienes y su modo más frecuente de comienzo es el siguiente: El niño a los doce o quince años presenta una descamación cada vez más acusada, tiene caspa, y durante años observa que sus vestidos se llenan de un polvo fino blanco, y para corregir este defecto su cuero cabelludo es lavado frecuentemente y con estos lavados empeora la afección, pero durante este período el cabello no cae y por ello no se da importancia a la afección. A partir de los dieciséis o diecisiete años, aproximadamente, desaparecen aparentemente estas escamas, ya no caen sobre sus vestidos, quedan adheridas al cabello y no presentan el mismo aspecto; aquéllas eran brillantes, blancas y secas, éstas, en cambio, son amarillentas o grisáceas, menos finas y menos secas. Forman sobre el cuero cabelludo una capa que se disocia al depilar el cabello. Si aplastamos estas escamas, veremos que son untuosas al tacto. La primera fase era la de una *pitiriasis seca*, la segunda es la de una *pitiriasis grasa*. La pitiriasis grasa cubre el vértice de la cabeza, las regiones parietales, en conjunto una gran superficie de límites mucho más extensos que los de la calvicie que más tarde se instaurará. En la mujer este estado pitiriásico puede persistir sin pasar al tercer período. Otro síntoma, siempre muy marcado, que se encuentra en esta segunda pitiriasis, es el prurito. En la pitiriasis grasa, la alopecia nunca es tan importante como en la alopecia seborreica. Pronto el vértex se hace menos escamoso, se llena de grasa que cada vez es más flúida; pero por fuera de esta región se encuentran aun los elementos pitiriásicos. Poquito a poco, también estas regiones serán invadidas por este exudado de la seborrea. La pitiriasis se agrava según SABOURAUD por un mecanismo de sobreinfección, como veremos más tarde al hablar de la etiología y patogenia de las distintas formas de alopecia. Y así persisten las dos enfermedades durante largo tiempo. Finalmente, la pitiriasis casi desaparece y sólo encontramos la seborrea; pero aun en estos casos persiste la descamación en las regiones temporo-occipitales.

En ciertos individuos se instaura a partir de los diecisiete años y sin previo período descamativo, el flujo seborreico, o por lo menos en estos casos ha sido la fase de descamación tan discreta y de tan poca duración, que pasó desapercibida para el enfermo.

Sintomatología. — Presenta tres síntomas capitales:

a) *Seborrea.* — La palabra seborrea quiere decir: flujo de sebo, y el sebo es el líquido segregado por las glándulas sebáceas de la piel. La palabra seborrea tiene dos acepciones diferentes. En su sentido propio designa de un modo concreto el flujo de sebo mismo como síntoma; pero por extensión se aplica a la enfermedad misma de la cual este síntoma es el más característico. La seborrea así definida es una enfermedad de las regiones glabras y de las regiones pilares. En las regiones

pilares encontramos, además de los dos síntomas, aumento del tamaño de los poros sebáceos y aumento del flujo sebáceo, otro tercer síntoma: depilación.

Si se examina un cuero cabelludo seborreico, aparece untado de grasa. Si quitamos ésta con un enjabonado el aspecto brillante ha desaparecido, pero veremos que de cada poro sebáceo surge de nuevo la grasa. Los individuos afectos de seborrea se quejan de que manchan de grasa las almohadas, viéndose obligados a lavarse la cabeza con mucha frecuencia: lavados cotidianos o bicotidianos.

b) *Hiperhidrosis.* — Es un aumento de la secreción sudoral. ¿Cuál es la causa de ésta? Se ha querido encontrar en este exceso de sudoración una causa de calvicie, pero no es así. Secreción seborreica y sudoral se presentan juntas, debido a que las glándulas sudoríparas y las sebáceas, si bien no se encuentran juntas, tienen una vascularización e inervación comunes, y por ello las glándulas sebáceas segregan más grasa y las sudoríparas más sudor. Estos dos fenómenos se exageran por la influencia de la misma causa que tiende a exagerar la tensión vascular cutánea y estas crisis de secreción coincidirán con las crisis de depilación, que se intensifican en el verano por la influencia del calor.

c) *Depilación.* — Es el síntoma más sensible y aparentemente el más importante, ya que es el productor de la calvicie.

Si examinamos los cabellos de un calvo y depilamos un cabello sano y otro enfermo para establecer comparaciones, veremos que el cabello sano es todo él del mismo calibre e igual coloración, terminando en su parte inferior por un punto negro más grueso (bulbo pilar) de forma redondeada. El tallo es rígido mientras el bulbo terminal y la parte inferior radicular son blandos. En cambio, en el cabello enfermo su calibre es desigual, ya que a un centímetro por encima de la raíz empieza a adelgazarse en punta de aguja hasta ser de un diámetro casi imperceptible, se decolora (bulbo blanco) y tiene forma naviforme; en resumen, el cabello enfermo está atrofiado, atrofia progresiva que proseguirá hasta llegar al estado de vello. Su bulbo lleno es producido por la desaparición de la papila, que ha desaparecido de una manera progresiva y lenta. Todo pelo caído espontáneamente presenta las mismas alteraciones, cualquiera que sea la causa de la alopecia; toxi-infecciosa, pitiroide o peládica, difiriendo sólo de éstas en la mayor o menor rapidez de la muerte papilar.

Marcha regional de la calvicie. — La calvicie verdadera comienza por la frente, retrocediendo por los dos lados de la línea frontal de demarcación del cabello. Empieza la denudación en dos puntos simétricos y laterales que separan la frente de las sienes, son los ángulos *fronto-temporales* que se prolongan cada vez más hacia el vértex. Estos dos golfos de denudación dejan entre ellos un promontorio frontal que conservará durante largo tiempo cabellos sólidos. Luego la depilación se anuncia también alrededor de la cima de la sutura lamboidea, es la llamada típica *tonsura* de los calvos. Muy a menudo se dibuja en esta época, por encima y alrededor de las orejas, un triángulo curvo de alopecia incompleta que es un signo premonitorio de calvicie grave.

Más tarde se pronuncian más los dos ángulos de depilación fronto-temporales, así como aumenta la tonsura del vértex, pareciendo como si las regiones alopécicas fueran al encuentro unas de otras.

Los dos ángulos fronto-temporales tienden a reunirse, quedando en la frente sólo un mechón de cabellos (tupé). Más tarde se hace completa la alopecia de la parte de scalp situada por encima del hueso frontal.

Continúa la evolución, alrededor de la tonsura y hacia adelante, quedando separados los cabellos de las dos regiones parietales por una banda alopécica media. La calvicie está constituída, persistiendo aun por la superficie del cuero cabelludo algunos cabellos aislados. El trabajo de denudación no se detiene, mostrando una resistencia a la depilación el mechón de cabellos del vértice de la frente. En este período aun puede nacer otro centro alopécico en un punto occipital por debajo y detrás de la tonsura, de forma semilunar y de concavidad superior, que pronto se reunirá a la tonsura misma. En los tipos más completos y perfectos pueden caer todos los cabellos y dejar la cabeza desnuda.

Evolución de la seborrea. — Se presenta con una extraordinaria unicidad, pues a pesar de las variedades de comienzo, en su evolución regional, respeta siempre unas mismas regiones.

Cuanto más seborreica es una alopecia, tanto más rápida es su evolución; las calvicies de larga evolución son menos seborreicas.

Cualquiera que sea la forma, benigna o grave de la enfermedad, su depilación y reemplazamiento del cabello son los mismos y su marcha evolutiva más o menos progresiva e implacable conducen al período terminal.

Esta enfermedad se presenta en forma de paroxismos, de los que es el más constante el de la estación canicular. Los cueros cabelludos normales presentan también uno o dos períodos de muda anual más o menos marcados (la muda primaveral y la otoñal) de intensidad y épocas variables según los sujetos. Este fenómeno se presentaría mucho más acentuado en los calvos. Aparte de estos períodos, pueden presentarse otras crisis alopécicas de causa indeterminada.

Evolución de la calvicie según la edad. — El número de paroxismos varía mucho, así como la intensidad de los mismos, decreciendo con la edad. El paciente pierde durante los mismos de 200 a 300 cabellos diarios y durante los intervalos de 15 a 30 (número normal). Hay que tener, no obstante, en cuenta, que así como un cuero cabelludo normal que pierde 30 cabellos diarios, éstos son reemplazados integralmente, no sucede lo mismo en un cuero cabelludo seborreico, en el que el reemplazo no tiene lugar o se hace mal.

En cuanto al pronóstico, puede decirse en términos generales que cuanto más joven empieza la alopecia, más rápida es. Son, pues, de mejor pronóstico las alopecias de la edad avanzada, claro que con excepciones, pues una alopecia que empezó a los veinte años puede detenerse y seguir un curso lento.

Calvicie en la mujer. — La mujer, que presenta mucho más frecuentemente una tendencia a la seborrea del rostro, no presenta, por decirlo así, casi nunca la calvicie del vértex y, no obstante, la mujer pierde muchos cabellos. La edad de su máxima cabellera es la de los quince a los diecisiete años, y raramente conservará éstos más tarde. En ella encontramos mucho más que en el hombre, pitiriasis secas y grasas como también mucho más persistentes y frecuentes las alopecias difusas.

Dos clases de pitiríasis se presentan en la mujer: la seca y la grasa. La primera, con escamas secas y blancas, no es alopécica y en su grado extremo recuerda la tiña amientácea de Alibert, no es más que una acentuación de la descamación fisiológica de la piel del cuero cabelludo, no nos vamos a ocupar de ella. La segunda, la pitiríasis grasa, se presenta en forma de escamas grasas y amarillentas como barro que asientan en una piel de coloración normal, en su grado más extremo, constituye la pitiríasis esteatoide. En esta última se encontrarían, entre otros gérmenes, el morococo de UNNA y el microbacilo de la seborrea de SABOURAUD, acompañada de prurito y a veces de sensibilidad dolorosa acentuada.

Esta pitiríasis grasa es alopécica, con abundante caída de cabellos que verdaderamente preocupan a las mujeres que las sufren; a pesar de ello, esta alopecia no conduce a la verdadera calvicie.

Es, en cambio, excepcional en la mujer la alopecia seborreica, como si verdaderamente ésta fuera sólo una afección del sexo masculino.

Pueden, no obstante, presentarse algunos casos, afectando entonces las formas graves del sexo masculino unidas siempre a hipertricosis patológicas; pero aun en estos casos la evolución de esta forma alopécica en la mujer es más remediable que en el hombre, obteniéndose mejores resultados con una terapéutica bien dirigida, constituyendo casos contra los que debemos luchar.

Etiología de la calvicie. — Es la más extendida de las alopecias. Se trata de una enfermedad cuya etiología ha sido objeto de múltiples estudios; se han invocado causas locales como son el uso de sombreros más o menos pesados, el número exagerado de fricciones alcohólicas, los repetidos enjabonamientos, la longitud de los cabellos, etc. Otras de orden general como las malas condiciones higiénicas (la vida al aire libre evitaría la calvicie), el trabajo intelectual excesivo, el régimen alimenticio inadecuado, los trastornos nerviosos, el alcoholismo, el sexo y la herencia.

No vamos a entretenernos en el estudio de estas causas y sólo diremos que pueden tener cierta importancia, como causas predisponentes de la enfermedad. Es evidente que la calvicie es una enfermedad de la edad sexual y del sexo masculino y que influyen en su producción, además de la herencia, las condiciones generales

de mala higiene observadas sobre todo en los habitantes de las grandes capitales; además, el exceso de trabajo cerebral podría ser causa de una neurastenia que contribuiría a aumentar la calvicie.

Para SABOURAUD la seborrea es fundamentalmente una enfermedad microbiana producida por el microbacilo de la seborrea. En estado normal, las glándulas sebáceas se encuentran en casi todo el organismo con los cabellos. El microbacilo llega al orificio pilar, allí se desarrolla y multiplica la colonia seborreica. Ante la infección, la epidermis folicular reacciona y produce una lámina córnea de exfoliación, detrás de ella nacerá otra colonia y otra y otra. La glándula sebácea aumenta su secreción expulsando con ésta parte de los gérmenes, pero ellos son tan abundantes, que se extienden por toda la piel yendo a sembrar otros folículos sebáceos: cada folículo sebáceo afectado da lugar a los tres síntomas: de flujo seborreico, caída del cabello e hiperhidrosis.

¿Pero cómo tiene lugar la muda pilar? El órgano que fabrica el pelo, la papila, se encuentra en el interior del folículo y cuando el pelo es arrancado o muere tiene la forma de un fondo de botella como un ovoide saliente constituído por tejido conjuntivo, vasos y nervios. En su superficie se encuentran una fila de células epidérmicas que recubren la papila cuya función diferenciada produce el pelo en vez de producir la epidermis; si una causa suspende la función papilar, observaremos que la emergencia papilar desaparece gradualmente, entonces el fondo del folículo toma la forma de fondo de saco. El cabello vivo presentaba un bulbo hueco, ahora la extremidad adherente del pelo se ha alargado tomando la forma de un nabo. Una vez desprendido el cabello no cae en seguida, quedando unido por su inserción profunda; va ascendiendo poco a poco por el folículo, hasta que es expulsado al exterior al cabo de algunas semanas de su muerte. Un frote, una tracción mínima, acaban de desprenderlo. Mientras tanto, la pared epidérmica del folículo se reduce para llenar el pozo folicular inútil, las células, llegando casi a la coalescencia, forman un cordón lleno, de diámetro más reducido. El mamelón epitelial sufre a veces regresión y atrofia.

Por debajo del folículo antiguo terminando en fondo de saco, un mamelón epitelial lleno, nace oblicuamente de la extremidad profunda, el cual, rehaciendo el folículo, formará un pelo nuevo. La extremidad de este mamelón presenta una diferenciación de sus células para formar una papila nueva de la semiesfera superior; mientras las del casquete inferior, alargándose indefinidamente, se convertirían en un pelo nuevo. Lo importante es saber que el pelo que cae con su bulbo no ha muerto totalmente, como erróneamente así lo cree el vulgo. El único órgano generador del pelo es la papila, ésta desaparece en todas las alopecias, pero en la seborreica este proceso se repite una serie de veces hasta cien, pero llega un momento en que la papila ha pasado al estado regresivo y los cabellos que cada vez eran más finos no son más que pelos atrofiados (vello).

Según DARIER, las pitiríasis secas, las grasas, la alopecia seborreica, el acné juvenil y el eczema seborreico serían estados morbosos de la piel, que a menudo coincidirían y se sucederían formando formas complejas como manifestaciones de una enfermedad general: la querosis.

La querosis tendría, pues, como síntomas propios: tinte amarillento de la piel o grisáceo, poros cutáneos acentuados y una tendencia marcada al estado grasiento o furfuráceo de la piel; afectando una distribución regional, que es precisamente la de la seborrea; sería, pues, un terreno de predisposición a las alteraciones funcionales y orgánicas de las seborreas, pitiríasis, etc.

La querosis sería, pues, una predisposición en relación con las disendocrinias principalmente sexuales, así como con los trastornos gastrointestinales. Los agentes microbianos actuarían sólo de agente provocador.

Influye también sobre la etiología, la raza, siendo esta afección de comienzo distinto en la raza aria y semítica. SABOURAUD afirma que la calvicie seborreica es tanto más benigna y fácilmente influenciable por la terapéutica en la raza anglosajona que entre los franceses, y en éstos menos grave que en los españoles e italianos. Se presenta verdaderamente con cierto carácter familiar.

Juega también un gran papel en su producción el metabolismo del fósforo. JOULIE, a fines del siglo pasado, pudo ya demostrar que la hipofosfaturia urinaria era un síntoma constante de los grandes calvos.

Ocupan también un lugar importante las glándulas de secreción interna:

El lóbulo anterior de la hipófisis que actúa sobre la caducidad del cabello. El

cuerpo tiroides. Sabemos que el cuerpo tiroides proporciona a la piel el agua que precisa, una circulación adecuada y una actividad normal de las glándulas sudoríparas. Si la actividad tiroidea está disminuída, la piel se presenta fría, seca, engrasada por una infiltración de sustancia gelatinosa alrededor de los folículos que puede ser, no sólo causa de dermatosis, sino que falto de nutrición, el pelo se haga seco, áspero y caiga.

Las hiperfunciones tiroideas sabemos que también pueden influir en las alopecias.

En el sexo femenino ya hemos citado la influencia de las disfunciones ováricas, sobre todo los hipo-ovarismos. Actualmente se da también importancia a la perturbación del metabolismo graso.

Diagnóstico diferencial de la alopecia seborreica. — Lo haremos teniendo en cuenta sus síntomas propios, su localización, su marcha progresiva difusa con un buen estado general, la ausencia de todo conmemorativo de infección general y local. En los casos dudosos el examen microscópico bacteriano del cilindro grasoso. El diagnóstico puede hacerse con todas las alopecias.

Tratamiento. — Depende del estado en el que empecemos éste.

a) *General.* — El azufre, el arsénico y el yodo pueden ser útiles en algunos casos, pues son elementos que se encuentran en las faneras. El empleo del azufre en el tratamiento de las afecciones seborricas es ya clásico.

Teniendo en cuenta la intensa fosfaturia de algunos seborreicos se ha aconsejado el empleo del ácido fosfórico, pero es preferible utilizar el ácido inosito-fosfórico que es el factor del crecimiento; con él mejoraremos la astenia que acompaña a las depilaciones seborreicas (puede emplearse en todas las alopecias).

Si existen trastornos endocrinos, deberemos tratarlos con los preparados opoterápicos correspondientes a la disfunción hallada. Cualquier trastorno endocrino debe pues ser corregido. Debemos de insistir en la eficacia de los preparados ovóricos (foliculinas, estilbenos) en las alopecias pitiriásicas y seborreicas de la mujer.

Vitaminoterapia. — Modernamente el arsenal terapéutico de las seborreas se ha enriquecido con la aplicación de ciertas vitaminas.

En el año 1927 fué descubierta por BOAS con el nombre de factor X, y en 1931 fué reconocida por GYORGY como componente dietético importante para el hombre la vitamina H, factor cutáneo, biotina. Se acumula en el hígado y riñones de los animales y se le encuentra también en la levadura. Se diferencia de las demás vitaminas por sus propiedades y su acción fisiológica. Es una vitamina indispensable para la asimilación de las grasas y de algunas albúminas, y como un hombre adulto necesita diariamente unas 3.500 u. y esta vitamina abunda poco en la naturaleza, se comprende que las disvitaminosis de biotina sean muy frecuentes. En las seborreas existiría una perturbación del metabolismo de las grasas probablemente debida a una avitaminosis *H*. La acción de esta vitamina se refuerza con una dieta pobre en grasas. Como no disponemos de preparados comerciales de esta vitamina tendremos que prescribir regímenes abundantes en hígado y riñones con los que se han obtenido algunos éxitos alentadores. El ácido *pantoténico* se le encuentra formando parte del complejo vitamínico *B*; puede también prescribirse en el tratamiento de las alopecias. Su acción es reforzada con la asociación de la riboflavina. La vitamina *A* xeroftol o vitamina protectora de los epitelios. Se forma a expensas de los carotenos o provitamina *A*. Se le encuentra en la leche y mantequilla y en el hígado, sobre todo en el de bacalao. Por la acción de la tirosina del cuerpo tiroides sobre el caroteno se forma la vitamina *A*. Este medicamento puede ensayarse también en esta alopecia, ya que la avitaminosis *A* ocasiona caída del cabello. Puede también ensayarse el ácido p. amino benzoico factor H', de acción eficaz en las alopecias.

b) *Tratamiento local.* — Teniendo en cuenta que la alopecia seborreica es una infección crónica, el tratamiento no puede ser pasajero, sino permanente.

Tenemos tres grupos de medicamentos para luchar contra las afecciones pitiriásicas y seborreicas del cuero cabelludo.

1.° *El azufre y sus compuestos.* — El azufre es de entre todos ellos el más activo, puede utilizarse en lociones azufradas o bien en pomadas; además, hay que mencionar los sulfuros (el monosulfuro sódico, el trisulfuro sódico, trisulfuro potásico, etc.)

2.° grupo. *Los alquitranes y sus derivados* — Los principales son: el coaltar

(alquitrán de hulla), el alquitrán ordinario, el aceite de enebro y el aceite de cedro; en este grupo podemos también incluir el ictiol. El coaltar saponificado es el único alquitrán saponificado que se encuentra en el comercio. Puede emplearse al 5,1 por 100 y hasta a concentraciones superiores

El más usado es el aceite de enebro, que sería un medicamento ideal si se pudiese desodorizar, ya que su olor es muy desagradable. Lo mejor es emplearlo en forma de emulsión D/ Aceite de enebro, 100 gr.; Decocción de quilaya, 30 gr.; Yema de huevo, núm. 1; Agua destilada, c. s. para 200 gr. Es el medicamento más empleado en las pitiríasis, puede asociársele el ictiol y el óxido amarillo de mercurio.

Entre los derivados pirogenados de este grupo tenemos: el ácido pirogálico que mancha la piel de negro y pone los cabellos negros rubios, de acción eficaz sobre las pitiríasis. El ácido crisofánico de efectos parecidos, pero más irritante; en cambio no es irritante la hidroquinona, otro reductor del mismo grupo.

3.º grupo. *Los mercuriales.* — Su acción es casi nula sobre la seborrea; son de utilidad para reforzar la acción del azufre. El mejor de ellos es el *sulfuro de mercurio,* puede también añadirse el aceite de enebro. el sublimado, los calomelanos (fase de descamación).

Primer estadio de las afecciones seborreicas del cuero cabelludo. — Emplearemos un reductor, por ej., el aceite de enebro, al que podemos añadir para aumentar su eficacia un reductor débil como el ácido salicílico y un mercurial que puede ser el sublimado, el óxido amarillo de mercurio o el sulfuro de mercurio. Podemos usarlos en forma de pomada, pero en las mujeres será mejor el empleo de una loción.

D/
Vaselina ... ... 50 grs.
Aceite de enebro ... ... 5 »
Ácido salicílico ... ... 1,50 »
Cinabrio... ... ... 1,50 »

D/
Alcohol de 90º ... ... 70 grs.
Acetona anhidra ... ... 20 »
Aceite de enebro ... ... 20 »
Sublimado ... ... 0,10 »
Acido salicílico ... ... 3 »

2.º *estadio.* — Es el de la *alopecia seborreica propiamente dicha.* En ésta el medicamento de preferencia es el azufre; podemos prescribirlo en solución en sulfuro de carbono; pero también en excipiente graso:

D/
Sulfuro de carbono ... ... 300 grs.
Azufre octaédrico ... ... 9 »
Uso externo

D/
Sulfuro de carbono ... ... } aa
Tetracloruro de carbono ... ... } 50 grs.
Acetona ... ... }
Azufre precipitado a saturación
Uso externo

D/
Aceite de almendras dulces 40 grs
Manteca de cacao ... ... 20 »
Azufre precipitado ... ... 3 »
Cinabrio ... ... 4 »
Resorcina ... ... 1,50 »
Uso externo

Es éste un tratamiento que requiere una gran constancia por parte del enfermo; además, las aplicaciones del azufre en solución son dolorosas, por lo que previamente hay que advertir al mismo.

Pueden también utilizarse las radiaciones ultravioletas locales sobre aplicaciones previas de colesterina de cinco a diez minutos de duración, en sesiones diarias.

Alternando con las aplicaciones antiseborreicas pueden prescribirse también las llamadas lociones tónicas del cabello:

D/	
Alcohol de 90°	200 grs.
Clorhidrato de pilocarpina ...	1 »
Coaltar saponificado	30 »
Sublimado	0,20 »
Ácido salicílico	3 »
D/	
Clorhidrato de quinina	1 grs.
Éter sulfúrico oficinal	40 »
Tintura de jaborandi	20 »
Alcohol de 90°	60 »

ALOPECIA PREMATURA. — Es la caída del cabello en la edad adulta y que no parece depender de ninguna enfermedad general ni local bien caracterizada.

Etiología. — Intervienen en su aparición la herencia, mala higiene general, los trastornos endocrinos, principalmente los genitales, la defectuosa irrigación y la mala inervación del cuero cabelludo. Es una senilización precoz del cuero cabelludo, que a veces coincide con pitiríasis y seborrea. Comienza hacia los 25 años.

Sintomatología. — Alopecia que comienza por las sienes y que luego se extiende a todo el cuero cabelludo; los cabellos son cada vez más finos y caen.

Tratamiento. — Las medicaciones empleadas contra la seborrea son ineficaces. Lo único que en ciertos casos parece detener su evolución es la lámpara de Kromayer. Puede, no obstante, ensayarse la vitamina *A*, que en algunos casos ha dado buenos resultados, sobre todo en los enfermos con tireotoxicosis, en los que la alopecia es posiblemente debida a la falta de dicha vitamina.

ALOPECIA SENIL. — Aparece después de los 45 años, dependiendo de la atrofia cutánea sin seborrea y termina inexorablemente con la calvicie, en un plazo más o menos largo. Aparece también en el sexo femenino, aun cuando no se presenta en todas las personas. En los hombres aparece antes.

ALOPECIA CIRCUNSCRITA O AREATA. — Es una afección conocida desde BAZIN con el nombre de *Pelada.*

BATEMAN, en 1820, la define diciendo: «Esta singular enfermedad está caracterizada por placas alopécicas, que aparecen en el cuero cabelludo, rodeadas de cabellos normales en espesor.» Las placas son redondas u ovales, aumentando más o menos. Después de un cierto tiempo su desarrollo se detiene, saliendo el cabello.

Su comienzo es insidioso, no siendo el enfermo quien lo nota, es siempre un tercero. JACQUET señala un período premonitorio de prurito local y de hiperestesia. Lo cierto es que la pelada comienza sin ninguna clase de síntoma subjetivo.

Placa inicial. — Empieza por una mínima porción de cabellos que caen de una vez y así se forma una placa de configuración irregular, que va creciendo en extensión redondeando sus bordes hasta tener unos dos o tres centímetros de diámetro; los cabellos de su alrededor ya desde un principio se depilan sin dolor. La placa es de color blanco y no muestra ningún enrojecimiento ni descamación.

Cabello peládico. — En el contorno de la placa observamos una serie de pequeños cabellos rotos más cortos que los normales de medio a un centímetro. Tienen la forma de punto de admiración con la extremidad más fina que emerge de la piel. Su número es variable según los casos, algunas veces son muchos, formando alrededor de la placa una fila continua de una anchura de un centímetro. Es la pelada tricofitoide de BESNIER, pero generalmente no son tan numerosos; se encuentran también entre los cabellos sanos.

El hallazgo de los cabellos peládicos indica que la placa peládica no ha terminado su evolución; es, pues, un elemento importante no sólo de diagnóstico, sino también de pronóstico. No deben ser erróneamente interpretados como cabellos de salida.

Salida del cabello. — Una vez llegada la placa alopécica al término de su evolución, desaparecen los cabellos peládicos, quedando estacionaria durante un tiempo, semanas o meses. En ella iremos observando, sobre todo si lateralizamos la cabeza, un vello que poco a poco aumentará de tamaño y se coloreará, hasta constituir nuevos cabellos que serán del color y tamaño normales. En general la reaparición de los cabellos es íntegra.

Placas secundarias. — En los casos más benignos la placa es única, pero en otros casos, después de una primera placa aparecen unas escotaduras alrededor de la misma, formándose otras nuevas placas que evolucionarán como la primera. En todo instante de su evolución puede una placa regresar y curar. Pero siempre empieza por una placa única que crece, permanece luego estacionaria algunas semanas o meses y es después de este período de reposo, cuando pueden aparecer otras nuevas placas (período de incubación).

Pueden también aparecer otras placas a distancia, en diferentes puntos del cuero cabelludo hasta entonces sanas. Pero cada placa seguirá la misma evolución, fase de crecimiento, fase de reposo y fase de reparación. Estas diferentes fases son de duración variable, aun en un mismo cuero cabelludo, siendo la evolución de cada una independiente de las demás. En cuanto a la gravedad nos ocuparemos de ella al hablar del pronóstico; depende, entre otras cosas, del número de placas y de la extensión de las mismas.

Pelada decalvante. — Esta forma empieza también por una placa única, seguida a las tres o seis semanas de otras diversas en número, dimensión y situación hasta llegar por fusión de todas ellas a la decalvación completa. Si intentamos la depilación de los cabellos en cualquier punto del cuero cabelludo vienen a las manos. Aparentemente caen intactos, como en las alopecias post-infecciosas. Diagnóstico diferencial con la alopecia en claros específica. Una vez producida y completada, no queda un solo cabello en la cabeza, presentando una superficie lisa, brillante, y así puede permanecer durante unos meses. Es raro que la reaparición del cabello sea completa, ya que casi siempre queda una alopecia en la nuca.

Pelada de las cejas, barba y cuerpo. — La alopecia de las cejas, que en ciertos casos se presenta, agrava el pronóstico, es indicio de pelada rebelde. Puede también presentarse la pelada de la barba que a veces precede a la del cuero cabelludo. Pueden también caer las pestañas al acabarse de constituir la decalvante, pero también puede la enfermedad comenzar por las pestañas; entonces, como signo de comienzo, se presenta acantonada en la mitad externa de los dos párpados. La pelada del cuerpo no es tan rara como se dice, se le encuentra en forma de placas de unos siete u ocho centímetros en ambos muslos.

Pelada de las uñas. — Indican siempre una pelada grave, ya que muy raramente se presentan en las formas benignas. Puede presentarse en forma de *leuconixia,* en forma de estrías blancas transversales, o bien en forma de uñas frágiles que examinadas con cuidado presentan a la observación estrías longitudinales y fisuras muy numerosas y entre dos fisuras la uña está rota por su borde libre; si el proceso se repite varias veces se produce la uña *grenelé* (dentada). La más típica es la uña *grelé* (picada).

Signo de Jacquet. — Consiste en la posibilidad de plegar la piel del cuero cabelludo y movilizarla ampliamente sobre los planos subyacentes. Se considera debida a la hipotonia del cuero cabelludo o a una rarefacción del panículo adiposo subcutáneo. Este signo se presenta también en sujetos no peládicos y en cambio no lo encontramos en todas las peladas, por lo que ha perdido algo de su valor diagnóstico. No obstante, la concomitancia de la hipotonia en una pelada grave es demasiado frecuente para no darle un valor. Existiría, además, según JACQUET, una hiperexitabilidad del reflejo pilo motor.

Pelada de Celso. — Ha sido llamada por los griegos *Ofiasis* por su semejanza

con una serpiente. Empieza por el occipucio con una extensión no mayor de dos dedos de anchura. Se prolonga por encima de las orejas, por dos extremidades que se unirán por delante de la frente. Es más frecuente en los niños; pero también puede presentarse en los adultos. En los niños muchas veces se cura sola. Puede empezar por una placa media en el occipucio o bien por dos placas laterales simétricas que aumentando se fusionan por detrás y por encima de las orejas; con ello se constituye una banda alopécica de dos o tres dedos cuyo borde superior presenta unos arcos indicadores del número y disposición de las placas primitivas.

Los cabellos peládicos no se presentan en ésta con la misma constancia que en las otras formas de pelada banal. Los cabellos que van a desaparecer se presentan rotos, cortos, grises y deformes, permaneciendo muertos largo tiempo en el folículo. Se presentan formas graves que producen la decalvación total de la cabeza, pero pueden también como en la pelada banal curar, persistir, o curar completamente.

Pelada universal. — Puede llegar a producirse no sólo una caída de todo el cabello, sino también del pelo de todo el cuerpo. Estas peladas son de mal pronóstico.

Diagnóstico. — El diagnóstico lo haremos con la pseudopelada, pero en ésta las placas son atróficas y no presentan los cabellos peládicos. Por estos mismos elementos, así como la ausencia de todo proceso inflamatorio, nos servirán para diferenciarla de los procesos alopécicos en general.

Pronóstico. — Depende del número de placas, de su extensión y de la rapidez de su evolución. Ensombrecen el pronóstico la pelada de las cejas y, sobre todo, la pelada total. Con la edad se observa una mejoría.

Etiología. — En un principio se pensó en una *causa bacteriana* por la frecuencia que se presentaba en forma parecida a las epidemias (escuelas, cuarteles). JACQUET demostró la no contagiosidad de la pelada.

Teoría distrófica de JACQUET. — Para JACQUET, la alopecia areata es una afección distrófica que no reconoce como causa un solo factor etiológico, sino que puede ser producida por muchos estados internos algo indefinidos, pero sobre todo provocados frecuentemente por una espina irritativa próxima al cuero cabelludo, oculta, pero activa (foco de osteo periostitis peri dentario, muela careada, quiste dentario apicular, etc.), que actuaría, pues, de foco; en realidad no es más que la teoría focal actualmente aceptada y ampliada.

Heredolues. — Desempeña un gran papel en la etiología de la pelada, sobre todo en las peladas de los niños, en los que se presenta en una proporción de siete sobre diez. Encontrando, pues, en la mayoría de peladas de la infancia alteraciones dentarias típicas de heredo lues (incisivos estriados, imbricados, molares desprovistos de dentina, paladar ojival, prognatismo de la mandíbula, etc.). En el adulto la frecuencia de la sífilis como productora de peladas típicas es mucho menor. No obstante, un examen serológico debe de ser practicado a todos los enfermos afectos de alopecia areata, con el fin de despistar una posible lues.

Trastornos endocrinos. — BASSEDOW ya en su primera descripción de la enfermedad que lleva su nombre describe la pelada como un síntoma más de la misma, es decir, formando parte de la citada afección, tan frecuente es la coincidencia del bocio exoftálmico y pelada. LEVY FRANCKEL y sus colaboradores creen que la lesión de los nervios simpáticos produciría alopecia e hipertiroidismo.

Es rarísima la aparición de la pelada en el mixedema. También la alopecia areata se presenta asociada a los trastornos de los órganos genitales femeninos. El embarazo es considerado como causa de alopecia. Así se cita algún caso en el que se presentó alopecia areata, seguida de alopecia total durante la pupertad, no teniendo lugar el renacimiento del cabello hasta el primer embarazo, cayendo de nuevo cinco meses después del parto. Lo mismo le ocurrió en un embarazo posterior. También se presenta a veces en la menopausia, aun cuando en forma benigna. La alopecia areata es mucho menos frecuente en la mujer que en el hombre.

Teoría trofo-neurótica. — Ha tenido muchos partidarios. MAC JOSEPH secciona el ganglio cervical de un gato y obtiene de los 5 a los 27 días una alopecia alrede-

dor de las orejas. Más tarde WRIGHT secciona el nervio cervical en el hombre no obteniendo ninguna alopecia. Repite las experiencias cortando otros nervios cervicales sin ningún resultado, por lo que llega a la conclusión de que la alopecia sería debida a *trastornos vasomotores* más bien que a una influencia nerviosa. Pero BEESON y PICKET repiten las experiencias de JOSEPH y obtienen la alopecia en un tercio de los gatos operados. La influencia de un shock nervioso en su producción es bien evidente.

Inestabilidad neurocirculatoria. — Es esta evidentísima en los individuos afectos de alopecia universal, y aun cuando no tan evidente en las formas más benignas de la enfermedad; el interrogatorio de estos enfermos siempre nos mostrará una cierta inestabilidad. Puede, pues, ser incluída la pelada entre las neurodermatosis. Recordemos que JACQUET incluía las afecciones focales entre las diferentes causas internas de alopecia areata. Esta teoría de que las infecciones focales eran causantes fué sostenida también por DANYSZ y BARBER, así como por CHIPMAN.

Histología. — Al examen microscópico encontramos en los primeros períodos de la afección un grado variable de infiltración de células redondas alrededor de los folículos y de los vasos sanguíneos y linfáticos ligeramente dilatados. Los folículos algo dilatados también están vacíos o bien contienen materia sebácea y células epiteliales alrededor de un pelo de vello. En ciertos casos la papila está normal, pero en otros desaparece. Las células de la matriz pilosa cesan en su crecimiento y se dividen convirtiéndose en una masa desorganizada. En los procesos de larga duración, la epidermis y los folículos están atrofiados y el tejido conjuntivo aparece esclerosado; las glándulas sebáceas son normales o hiperplásicas.

Tratamiento general. — Dependerá de la causa etiológica. Si se encuentran antecedentes específicos, una vez comprobados instituiremos el tratamiento pertinente. Trataremos también los trastornos endocrinos cuando se presenten aun cuando se trate de uequeñas disfunciones. Extirpación de los focos en las paladas rebeldes y sobre todo en las recidivantes. Prescribireemos a estos enfermos un régimen de trabajo ordenadoy sobre todo con períodos de descanso; unas vacaciones de unos días alejado del medio en que vive serán de un efecto excelente para la mejor curación de la enfermedad. Son también de acción eficaz los preparados de azufre (cistina). Se recomiendan también el arsénico, la estrignina y el fósforo.

Tratamiento local. — Lo que se persigue con el tratamiento local es producir una irritación, eritema, edema y hasta ligera vesiculación; rara vez se emplea en otras regiones que en la del cuero cabelludo.

El mejor tratamiento local de la pelada es el tratamiento por los rayos ultravioleta hasta conseguir un eritema de segundo grado; lo mejor es hacerlo con la lámpara fría de cuarzo, o también con la de arco de carbón; las aplicaciones pueden hacerse semanales. También se utilizan las corrientes de alta frecuencia. Según SABOURAUD, el tratamiento tópico, sobre todo a base del aceite de enebro, es de los mejores tratamientos locales. Se emplea en forma de pomada. Se prescriben también las pincelaciones con crisarrobina al 2 por 100 en cloroformo.

D/
Vaselina ... ... } aa
Lanolina ... ... } 20 grs.
Aceite de enebro ... ... }
Uso externo. M. s. a.

D/
Cloroformo ... ... 25 grs
Crisarobina ... ... 0,50 »
Uso externo. Pincelaciones.

Pueden también ser empleadas las fricciones con nieve carbónica.