

Alopecia androgenética femenina de patrón masculino tras automedicación prolongada con suplemento hormonal

Francisco Urbina, Moema Barrios* y Emilio Sudy

Unidad de Dermatología Occidente. Hospital San Juan de Dios.

* Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago de Chile.

Resumen.—Entre las diferentes causas de alopecia androgenética femenina debe considerarse el empleo de suplementos hormonales con efecto androgénico. Describimos una mujer de 72 años con una alopecia prominente de tipo masculino que se había estado automedicando con un suplemento de alto contenido androgénico durante más de 30 años.

Palabras clave: alopecia androgenética femenina, andrógenos, automedicación.

Urbina F, Barrios M, Sudy E. Alopecia androgenética femenina de patrón masculino tras automedicación prolongada con suplemento hormonal. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93(10):600-1.

MALE-TYPE FEMALE ANDROGENETIC ALOPECIA AFTER PROLONGED SELF-MEDICATION WITH A HORMONAL SUPPLEMENT

Abstract.—Among the different causes of female androgenetic alopecia, the employment of hormonal supplements with androgenic effect must be considered. We describe a 72-year-old woman with prominent male-type alopecia who had been self-medicating with a high-content androgenic supplement for more than 30 years.

Key words: female androgenetic alopecia, androgens, self-medication.

INTRODUCCIÓN

La alopecia androgenética femenina es una entidad relativamente frecuente que se observa principalmente después de los 40 años de edad, aunque suele comenzar una o dos décadas antes¹. Clínicamente se manifiesta por pérdida difusa de los cabellos de las regiones parietales o en el vértex, con persistencia de la línea de implantación frontal y sin llegar a la alopecia total; los cabellos se van haciendo progresivamente más finos, cortos y despigmentados. El trastorno se produce por un exceso de andrógenos centrales o periféricos, así como también por un incremento en la respuesta del folículo piloso a la acción de éstos en mujeres genéticamente susceptibles. Un 30% a 40% de las mujeres con alopecia androgenética presentan un problema endocrinológico de base, mientras que en las restantes el origen es idiopático².

En las mujeres, la alopecia androgenética de patrón masculino, es decir, con retraso de la línea de implantación, puede verse en estados de hiperandrogenismo como la hiperplasia suprarrenal congénita virilizante asociada a un tumor suprarrenal u ovárico, en los estados de hipoestrogenismo relativos que se ven tras una histerectomía, o bien puede ser de tipo involutivo³. En otras ocasiones puede deberse al

empleo de suplementos hormonales con efecto androgénico, que además de la alopecia pueden producir hipertrofia de glándulas sebáceas e hirsutismo⁴.

Presentamos un caso de alopecia androgenética femenina de patrón masculino tras automedicación prolongada con un suplemento hormonal de alto contenido androgénico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 72 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por alopecia y seborrea de larga evolución. Su menopausia se había producido alrededor de los 40 años de edad y por molestias propias de ésta su ginecólogo le prescribió una solución que contiene 5 mg de ésteres de estradiol en forma de 1 mg de benzoato de estradiol y 4 mg de fenilpropionato de estradiol, junto a 100 mg de ésteres de testosterona en forma de 20 mg de propionato de testosterona, 40 mg de fenilpropionato de testosterona y 40 mg de isocaproato de testosterona en dosis de una ampolla intramuscular mensual. Debido al alivio de su sintomatología y la reaparición de molestias subjetivas al intentar dejar este tratamiento, la paciente continuó usándola de forma ininterrumpida durante más de 30 años. No refería antecedentes de alopecia familiar.

A la exploración presentaba una alopecia importante, con evidente retraso de la línea de implantación frontoparietal, gran afectación supraauricular y en el

Correspondencia:

Francisco Urbina. Algeciras, 583. Las Condes. Santiago de Chile.

Aceptado el 16 de septiembre de 2002.

vértex (grado II de Ebling) (fig. 1), además de un discreto aumento de vello en las mejillas. Fue derivada al ginecólogo para completar su examen, constatándose hirsutismo en abdomen y muslos (no cuantificado). No se evidenció hipertrofia del clítoris ni tumor ovárico. Los exámenes realizados, que incluyen testosterona total y libre, dehidroepiandrosterona, estradiol, progesterona, 17 cetosteroides y 17 hidroxisteroides se encontraban dentro de límites normales.

Su terapia hormonal fue reemplazada por etinil-estradiol y medroxiprogesterona, con lo que a los 6 meses de tratamiento desapareció el vello de muslos, abdomen y mejillas, sintiéndose además muy bien. Conjuntamente se le indicó tratamiento con minoxidil tópico al 2%, sin que se objetivara crecimiento de pelo tras un año de uso, pero con mejoría subjetiva por parte de la paciente, que se mostraba conforme con los resultados cosméticos obtenidos.

DISCUSIÓN

La alopecia androgénica en la mujer se explica por una mayor actividad androgénica asociada a una predisposición genética para que los andrógenos actúen a nivel de los folículos pilosos. La mayor actividad androgénica puede deberse a una producción excesiva de andrógenos, a un aumento de los niveles de la enzima 5-alfa-reductasa que convierte la testosterona en dihidrotestosterona, o a una disminución de la enzima citocroma P450 aromataza que convierte andrógenos como la testosterona y 4-androtendiona en estradiol y estrona respectivamente⁵. Las diferencias entre el número y distribución de los receptores de andrógenos y los niveles de enzimas mencionados serían las responsables de las distintas manifestaciones clínicas⁶.

La alopecia androgénica femenina con patrón masculino puede tener distintos orígenes³. Los tumo-



Fig. 1.—Alopecia acentuada con patrón masculino.

res suprarrenales u ováricos, a consecuencia de una elevación androgénica, pueden originar alopecia, además de hirsutismo, amenorrea y cambios en el tono de la voz. En estos casos la alopecia es acentuada, a menudo grado IV o V de Ebling, mientras que en el grado I, es decir, sólo con retraso de línea de implantación frontoparietal, el origen es predominantemente funcional. Tras una histerectomía puede producirse una alopecia hipoestrogénica con patrón masculino por descompensación del cociente estrógenos/ andrógenos. La alopecia involutiva se relaciona con la atrofia cutánea y carencias alimentarias presentes en las últimas décadas de la vida y está genéticamente determinada. Finalmente, el empleo de suplementos hormonales con efecto androgénico puede ser causa de alopecia como en el caso presentado.

El diagnóstico se fundamenta en la historia clínica y el examen físico, debiendo profundizar en las posibles causas precipitantes o exacerbantes de la alopecia, incluyendo enfermedades crónicas, alteraciones nutricionales, trastornos metabólicos o endocrinos, estrés e ingesta de fármacos, principalmente andrógenos o esteroides anabolizantes⁷.

Asimismo, siempre es importante conocer la historia menstrual y los antecedentes familiares de alopecia androgénica y buscar signos de hiperandrogenismo como acné, seborrea e hirsutismo. Si no hay sospecha de hiperandrogenismo no se considera necesario realizar estudios hormonales extensos, aunque se recomienda medir los niveles de testosterona total, índice de andrógenos libres y adrostendiona. En aquellos casos con alopecia androgénica intensa se debe realizar un estudio más exhaustivo con el fin de descartar procesos tumorales ováricos o suprarrenales.

BIBLIOGRAFÍA

1. DeVillez RL, Jacobs JP, Szpunar CA, Warner ML. Androgenetic alopecia in the female. *Arch Dermatol* 1994;130:303-7.
2. Sawaya ME, Shapiro J. Androgenetic alopecia. New approved and unapproved treatments. *Dermatol Clin* 2000; 18:47-62.
3. Ludwig E, Montagna W, Camacho F. Alopecia androgénica femenina. En: Camacho F, Montagna W, editores. *Tricología. Enfermedades del folículo pilosebáceo*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1996. p. 343-55.
4. Scott MJ, Scott AM. Effects of anabolic-androgenic steroids on the pilosebaceous unit. *Cutis* 1992;50:113-6.
5. Sawaya ME. Advances in clinical research. *Clinical updates in hair*. *Dermatol Clin* 1997;15:37-43.
6. Price VH. Treatment of hair loss. *N Engl J Med* 1999; 341:964-73.
7. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GH, Hordinsky MK. Academy guidelines. Guidelines of care for androgenetic alopecia. *J Am Acad Dermatol* 1996;35:465-8.