

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

# Alopecia difusa en una niña de dos años de edad

M.L. García-Melgares y A. Martínez-Aparicio

Clínica Dermatológica Dr. Aliaga. Valencia. España.

### Historia clínica

Niña de dos años de edad, sin antecedentes personales de interés, remitida a la consulta porque los padres referían la presencia de un cabello escaso y de muy lento crecimiento desde el nacimiento, que nunca había alcanzado la longitud suficiente para sobrepasar el nivel de la nuca. La madre de la niña presentó un cabello de características similares durante su infancia, cuyo aspecto había mejorado con la edad.

### Exploración física

Se apreciaba un cabello rubio, fino, corto y escaso, con una pérdida difusa de densidad capilar de predominio parietal y ausencia de fragilidad capilar o alteraciones del cuero cabelludo (fig. 1). La pilotracción de un penacho de 10 pelos resultó completamente indolora. Las uñas, cejas, pestañas, ojos y dientes no mostraban ninguna anomalía.

### Exploraciones complementarias

Se realizó un tricograma que demostró que la totalidad de los cabellos desprendidos carecían de vainas epiteliales y presentaban bulbos distróficos en fase de anagén, cutícula enrollada en la porción del tallo piloso más proximal al bulbo (figs. 2 y 3) y ausencia de alteraciones del tallo.

### ¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Correspondencia:  
M.<sup>ª</sup> Luisa García-Melgares.  
C/ Amadeo Desfilis 9-16.  
46025 Valencia.  
magarlider@hotmail.com

## Diagnóstico

Síndrome del cabello anágeno suelto.

## Evolución y tratamiento

Se informó a los padres de la mejoría espontánea del proceso con la edad y de la conveniencia de evitar traumatismos sobre el cabello. Se instauró tratamiento adyuvante con solución hidroalcohólica de minoxidil al 2% (1 ml/día) y aportes orales de L-cistina (500 mg/día) y biotina (5 mg/día).

## Comentario

El síndrome del cabello anágeno suelto (SCAS) es una displasia pilosa descrita por primera vez por Zaun en 1984<sup>1</sup>. Se produce por una falta de adhesión del pelo al folículo piloso, lo que conlleva una pérdida indolora de cabellos a la mínima tracción<sup>2,3</sup>, sin observarse aumento de la fragilidad capilar.

El SCAS ha sido descrito únicamente en la raza blanca. Predomina en niñas de 3 a 6 años de edad, con cabello rubio, fino y más bien escaso, aunque suficiente para que no se aprecien áreas claras de alopecia<sup>4</sup>. Debido a que el crecimiento del cabello es muy lento y se detiene al alcanzar cierta longitud, las niñas no necesitan que se les corte el pelo, ya que éste no suele sobrepasar la altura de los hombros. Las áreas del cuero cabelludo principalmente afectadas son el vértex y la zona occipital.

El SCAS aparece generalmente de forma esporádica, aunque existen algunos casos familiares<sup>3</sup>. Este síndrome no ha sido consistentemente asociado con ninguna otra alteración, aunque se han comunicado casos en pacientes que padecen otros procesos, como el síndrome de Noonan, el síndrome uña-rótula, los síndromes tricorriofalángicos y otras displasias ectodérmicas<sup>2,4</sup>.

En relación con la patogenia se postula que existen alteraciones en las moléculas de adhesión folicular, como la desmogleína de los desmosomas o la cadherina E<sup>4</sup>, lo que produciría un anclaje piloso débil y un crecimiento lento del cabello.

El diagnóstico es principalmente clínico, y se basa en la comprobación del signo del arrancamiento positivo e indo-

loro en un paciente con una historia clínica compatible. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este signo varía con el tiempo, con períodos en los cuales la prueba de pilotracción es negativa y no es posible extraer cabellos; en estos casos, si el diagnóstico clínico es sugestivo, debe repetirse la pilotracción a intervalos regulares o realizar un tricograma de cabellos extraídos forzosamente. La confirmación diagnóstica la ofrece el tricograma, en el que se observa la mayoría de cabellos en fase de anágeno, carentes de vainas epiteliales, con bulbos distorsionados y angulados respecto al tallo piloso y una cutícula enrollada o desflecada (*ruffling*) en la porción del tallo más proximal al bulbo<sup>5,6</sup>.

El diagnóstico diferencial se plantea principalmente con la alopecia areata difusa, la tricotilomanía, las hipotricosis simples hereditarias y la alopecia androgenética de patrón femenino<sup>3,4</sup>.

No existe ningún tratamiento eficaz para el SCAS, aunque el grosor, la longitud y la pigmentación del cabello mejoran espontáneamente con la edad. Se recomienda evitar cualquier tipo de traumatismo sobre el cabello, como los peinados a tensión o el cepillado enérgico, y parece también conveniente añadir un aporte oral extra de 5-10 mg al día de biotina y 500 mg al día de cistina levógira<sup>2-6</sup>.

### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Zaun H. Syndrome of loosely attached hair in childhood. En: Happle R, Grosshans E, editors. *Pediatric Dermatology: advances in diagnosis and treatment*. New York: Springer Verlag; 1984. p. 64-5.
2. Camacho F, Moreno JC. Síndrome del cabello en anágeno suelto. *Diagnóstico tricológico*. *Actas Dermosifiliogr*. 1994; 85:731-6.
3. Gómez S, Manjón JA, Pérez N. Síndrome del cabello anágeno suelto. *Actas Dermosifiliogr*. 2002;93:337-9.
4. Muñoz C, Carrera C, Grimalt R, Ferrando J. Síndrome del cabello anágeno suelto. En: Ferrando J, editor. *Casos clínicos en tricología*. Madrid: Grupo Aula Médica; 2005. p. 41-4.
5. Price VH, Gummer CL. Loose anagen syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 1989;20:249-56.
6. Price VH, Camacho F. Síndrome del cabello en anágeno suelto. En: Camacho F, Montagna W, editores. *Tricología. Enfermedades del folículo pilosebáceo*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1996. p. 397-402.