



ORIGINAL ARTICLE

[Artículo traducido] Características clínicas y sociodemográficas de la alopecia areata en 5 ciudades colombianas: un análisis del RENAAC

J.C. Pineda^{a,b}, N.R. Alvis-Zakzuk^{a,c}, L. Moyano-Támara^{a,c}, J. Fierro-Lozada^d, C. Cera-Coll^d, W. Celorio-Murillo^e, N.J. Alvis-Zakzuk^{f,g,*}, J. Zapata-Ospina^h, J.F. Ruiz-Gómezⁱ, J. Zakzuk^j, N. Alvis-Guzmán^j y D. Castillo-Molina^d

^a ALZAK Foundation, Cartagena de Indias, Bolívar, Colombia

^b Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia

^c Grupo de Investigación ALZAK, Cartagena de Indias, Bolívar, Colombia

^d Fundación Para la Investigación en Dermatología (FUNINDERMA), Bogotá, Colombia

^e Universidad Libre, Grupo de Investigación Grínder, Cali, Valle del Cauca, Colombia

^f Universidad de la Costa, Grupo de Investigación Gestión Hospitalaria y Políticas de Salud, Barranquilla, Atlántico, Colombia

^g Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, Brazil

^h Hospital Alma Máter de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia

ⁱ Instituto Científico Pfizer, Bogotá, Colombia

^j Universidad de Cartagena, Grupo de Economía de la Salud, Cartagena de Indias, Bolívar, Colombia

Recibido el 31 de octubre de 2023; aceptado el 6 de febrero de 2024

PALABRAS CLAVE

Alopecia areata;
Alopecia;
Epidemiología;
Enfermedades autoinmunes;
Dermatología;
Colombia

Resumen

Antecedentes: La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la pérdida de cabello no cicatrizante y la preservación de los folículos pilosos. La información disponible sobre el curso de la enfermedad y sus características clínicas es escasa en todo el mundo y prácticamente ausente en Colombia.

Objetivo: Determinar las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de AA que acudieron a una consulta de dermatología en 5 ciudades colombianas.

Métodos: Estudio multicéntrico y retrospectivo con datos del Registro Nacional de Alopecia Areata en Colombia (RENAAC) en Bogotá, Cali, Cartagena, Barranquilla y Medellín entre marzo de 2022 y abril de 2023. Los datos fueron registrados en forma estandarizada por médicos entrenados. Las variables se describieron con medidas de tendencia central y dispersión, y por frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Se incluyeron 562 pacientes, el 59,4% mujeres, con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años (63,9%), con un tiempo medio de evolución de 1,7 años. El tipo de placa más frecuente fue múltiple (53,2%), el subtipo de AA predominante fue parches (71,4%), el 29,5%

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.02.018>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nalvis1@cuc.edu.co (N.J. Alvis-Zakzuk).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.09.001>

0001-7310/© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: J.C. Pineda, N.R. Alvis-Zakzuk, L. Moyano-Támara et al., [Artículo traducido] Características clínicas y sociodemográficas de la alopecia areata en 5 ciudades colombianas: un análisis del RENAAC, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.09.001>

de los pacientes tenían antecedentes dermatológicos, el 18,3% antecedentes endocrinológicos y el 8,9% antecedentes psiquiátricos. Los tratamientos más utilizados fueron las inyecciones de esteroides (76,4%), el minoxidil tópico al 5% (46,4%) y los corticoides de alta potencia (42,5%). **Conclusiones y limitaciones:** La AA fue ligeramente predominante en las mujeres. Como se observó en otras poblaciones, esta enfermedad tuvo un inicio más temprano en los varones en comparación con las mujeres. La presentación en edad pediátrica fue infrecuente. Se observaron antecedentes de otras afecciones dermatológicas en casi un tercio de los pacientes. El análisis de la comorbilidad de la AA con otras enfermedades autoinmunes está sesgado por la exclusión de pacientes con lupus eritematoso sistémico del estudio.

© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Alopecia areata;
Alopecia;
Epidemiology;
Autoimmune
diseases;
Dermatology;
Colombia

Clinical and Sociodemographic Features of Alopecia Areata in Five Colombian Cities: An Analysis of the RENAAC Registry

Abstract

Background: Alopecia areata (AA) is an autoimmune disease characterized by non-scarring hair loss and preservation of hair follicles. The information available on disease course, and clinical features of AA is scarce worldwide, and almost nonexistent in Colombia.

Objective: To determine the clinical and sociodemographic characteristics of patients diagnosed with AA who presented to a dermatology consultation in five Colombian cities.

Material and methods: This was a retrospective and multicenter study on data from an ongoing National Registry of Alopecia Areata in Colombia (RENAAC) collected in Bogotá, Cali, Cartagena, Barranquilla, and Medellín, Colombia from March 2022 through April 2023. Data was recorded in a standardized form by trained physicians. The variables were expressed as measures of central tendency and dispersion, and absolute and relative frequencies.

Results: A total of 562 patients were included, 59.4% of whom were women, aged between 15 and 49 years (63.9%) with a mean disease course of 1.7 years. The most common finding was multiple plaque (53.2%), the predominant AA subtype was patchy (71.4%), and 29.5% of the patients had a past dermatological history, 18.3% had a past endocrinological history, and 8.9% had a past psychiatric history. The treatments most widely used were steroid injections (76.4%), 5% topical minoxidil (46.4%), followed by high-potency corticosteroids (42.5%).

Study limitations and conclusions: AA was slightly predominant in women. As seen in other populations, this disease had an earlier onset in men vs women. Presentation in pediatric age was uncommon. The previous history of other dermatological diseases was checked in almost one third of the patients. Analysis of the co-presentation of AA with other autoimmune diseases is biased due to excluding patients with systemic erythematous lupus from the study.

© 2024 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmune multifactorial caracterizada por la pérdida no cicatricial del cabello y la conservación de los folículos pilosos¹. La AA suele ser recurrente o persistente, especialmente cuando la pérdida de cabello es extensa. La pérdida de cabello adoptará la forma de ≥ 1 placas redondeadas u ovaladas bien delimitadas. La AA afectará al cuero cabelludo o al cuerpo. Si la AA compromete todo el cuero cabelludo se conoce como AA *totalis*, y si compromete todo el cuerpo, se denomina AA *universalis*. Las afecciones que comúnmente se asocian a la AA son el asma, la rinitis alérgica, la dermatitis atópica, la enfermedad tiroidea y las enfermedades autoinmunes, como la tiroiditis y el vitíligo².

La AA afecta a casi el 2% de la población mundial en algún momento de la vida³. Se calcula que la prevalencia aproximada de la enfermedad oscila entre el 0,1 y el 0,2%, con una edad media de aparición de 31,5 años en los varones y de 36,2 años en las mujeres⁴. En los EE. UU., la tasa de incidencia estimada de la AA es de 20,9 por 100.000 personas/año, con una tasa de incidencia acumulada a lo largo de la vida de 2,1%⁴. Los

datos epidemiológicos sobre la AA en Latinoamérica son escasos, con tasas de prevalencia que oscilan entre el 0,2 y el 3,8% dependiendo de los centros dermatológicos⁵.

No existe una predisposición determinada por edad o raza, con resultados contradictorios en cuanto a la predisposición por sexo⁶. La carga de enfermedad estimada por el estudio de carga global de enfermedad (GBD) de 2019 es de 3580 (2296-5371) años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debidos a la AA en el mundo⁷.

Se han realizado algunos estudios descriptivos en la población colombiana acerca de la distribución de los diferentes tipos de alopecia⁸⁻¹⁰. Un estudio realizado en una sola ciudad indicó que la AA representa el 2,5% de todas las consultas dermatológicas entre las mujeres. Otro estudio multinacional que incluyó 256 pacientes colombianos y en el que solo se incluyeron datos de países latinoamericanos, se demostró que la AA representa cerca del 13% de todos los tipos de consultas por alopecia. En Colombia no se han reportado datos sobre el comportamiento clínico de esta enfermedad. Este estudio presenta los primeros resultados de un Registro Nacional de Alopecia Areata en Colombia (RENAAC) en curso, cuyo objetivo principal es determinar

las características clínicas y sociodemográficas de las personas diagnosticadas con AA que acudieron a la consulta de dermatología en Colombia.

Métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio multicéntrico y retrospectivo realizado con información obtenida a partir de las historias clínicas de pacientes con AA que acudieron a consulta de dermatología en cinco ciudades colombianas. El protocolo de investigación fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación del Instituto Médico de Alta Tecnología Oncomédica S.A. (Código de Autorización ONC-CEI-CEI-159.2022) y del Hospital Alma Mater de Antioquia (Código: IN32-2022).

Prestadores de servicios de salud y ciudades donde se recogieron los datos

En Colombia, el sistema general de seguridad social en salud comprende regímenes de afiliación obligatoria: contributivo, subsidiado y especial. El régimen contributivo se financia con aportes de empleadores, trabajadores y pensionados, el subsidiado con recursos públicos para atender a la población pobre y el régimen especial cubre a pocos trabajadores sindicalizados y miembros de las fuerzas armadas. Al mismo tiempo, existe un sector privado al que acceden las personas que pueden pagarlo y lo utilizan por falta de cobertura de salud o bien buscando mejores condiciones de acceso¹¹. En este registro, aunque todas las personas están afiliadas a alguno de los regímenes obligatorios, la información proviene de consultas de centros privados.

Los datos fueron recogidos por médicos generales específicamente entrenados para este fin en los consultorios de 3 dermatólogos que participaron en el estudio ubicados en Bogotá, D.C., Cali, Barranquilla y Cartagena, todos en Colombia.

Adicionalmente, se incluyeron pacientes del Hospital Alma Mater de Antioquia ubicado en Medellín, Colombia, un hospital de alta complejidad que cuenta con una unidad de dermatología.

La información se recolectó de las historias clínicas de las personas diagnosticadas con AA desde marzo de 2022 hasta abril de 2023, utilizando un formulario de reporte de casos (FRC) diseñado en la plataforma Kobotoolbox®. Se recopiló información sobre las variables sociodemográficas y clínicas de las personas con AA, incluidos los patrones de tratamiento.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en el estudio personas de todas las edades, de ambos sexos (sexo asignado al nacer), con diagnóstico de AA (Códigos CIE-10: L638 y L639) según consta en su historia clínica, mientras que los casos con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (CIE-10: M320, M321, M328 y M329), alopecia androgénica (CIE-10: L640, L648 y L649), alopecia cicatricial (CIE-10: L66) e infecciones como sífilis (CIE-10: A50-A539) o tiña de la cabeza (CIE-10: B350) fueron excluidos.

Análisis estadístico

Las variables continuas se expresaron como medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas. Al calcular los tratamientos recibidos, se eliminó del número total de pacientes analizados un centro privado al que no se le permitió acceder a la información de prescripción para calcular las frecuencias relativas (n = 478). Todos los análisis se realizaron con

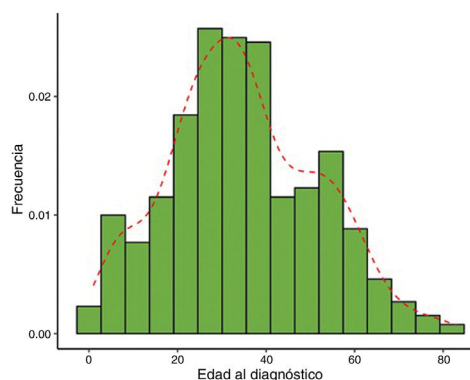


Figura 1 Frecuencia (en porcentaje) del diagnóstico de AA en años por un período de 5 años y la línea de tendencia.

el proyecto R para la computación estadística, versión 4.3.0 del lenguaje.

Resultados

Se incluyeron 562 personas con AA, con una proporción mujer/varón de 1,5:1 y una edad media de 39,2 años (desviación estándar [DE]: 17,1) (tabla 1). La mayoría residía en zonas urbanas (76,2%) y pertenecía a un régimen contributivo (42,2%). Sin embargo, algunos pacientes consultaron de forma privada, lo que dificultó distinguir el tipo de plan de salud en el 31,3% de los casos y entraron en la categoría de «sin información». Se recogieron datos de 5 ciudades colombianas: Bogotá (47,9%), Barranquilla (16,0%), Cali (14,9%), Medellín (14,8%) y Cartagena (6,4%).

La tabla 2 ilustra las características clínicas de las AA observadas en los registros de salud estudiados. La edad media al diagnóstico fue de 35,0 años (DE: 17,0) y fue notablemente menor en los varones (31,7 años; DE: 15,1) frente a las mujeres (37,3 años; DE: 17,9). La mayoría de los casos se diagnosticaron entre los 25 y los 30 años, lo que evidencia que el diagnóstico de la AA suele producirse antes de los 50 años (77,4%), aunque también se registró un 2.º pico entre los 50 y los 56 años (fig. 1). El curso de la enfermedad en la 1.ª consulta osciló entre un mes y 40 años, y la mayoría (57,5%) consultó en un tiempo < 1 año después del inicio de las lesiones.

El fototipo predominante de los pacientes fue del tipo III. Las placas múltiples (53,2%) fueron más prevalentes que las placas únicas (37,5%). El subtipo de AA más frecuente fue el parcheado (71,4%), y las localizaciones de AA registradas con mayor frecuencia fueron el cuero cabelludo (95,0%) y la cara (17,4%). El compromiso ungueal fue infrecuente (solo 8,2%).

En cuanto a los antecedentes de salud, 37 personas (6,6%) tenían antecedentes familiares de AA. Además, el 7,5% tenía antecedentes personales de atopia con, al menos, una comorbilidad alérgica (rinitis: 4,8%; asma: 0,7%; conjuntivitis alérgica: 0,2% o dermatitis atópica: 2,6%). Cabe destacar que casi un tercio de los pacientes (29,5%) tenían antecedentes de enfermedades cutáneas (n = 166) (tabla 3).

Además, se diagnosticó un trastorno endocrinológico en el 18,3% de los casos, siendo el hipotiroidismo la afección más frecuente (12,3%), especialmente en las mujeres, con una proporción de 3,3:1 frente a los varones. Este antecedente se observó principalmente en pacientes mayores de 15 años y se distribuyó por grupos de edad de la siguiente manera: 41,7% de 15 a 49 años, 38,8% de los 50 a 65 años y 17,5% > 65 años.

Los antecedentes psiquiátricos fueron frecuentes (n = 50, 8,9%), siendo la ansiedad y la depresión las afecciones más comunes (n = 46), con datos similares referidos en ambos sexos, y centrados principalmente en los grupos de edad entre los 15 a los 49 años (60,9%) y de los 50 a los 65 años (28,3%).

Tabla 1 Características sociodemográficas de los casos de AA

	Mujer n = 334	Varón n = 228	Total n = 562
Edad			
0-14	32 (9,6%)	14 (6,1%)	46 (8,2%)
15-49	183 (54,8%)	176 (77,2%)	359 (63,9%)
50-65	87 (26,0%)	28 (12,3%)	115 (20,5%)
> 65	32 (9,6%)	10 (4,4%)	42 (7,5%)
Lugar de residencia			
Urbana	262 (78,4%)	166 (72,8%)	428 (76,2%)
Rural	39 (11,7%)	34 (14,9%)	73 (13,0%)
Desconocida	33 (9,9%)	28 (12,3%)	61 (10,9%)
Plan de salud			
Contributorio	131 (39,2%)	106 (46,5%)	237 (42,2%)
Subsidiado	37 (11,1%)	20 (8,8%)	57 (10,1%)
Especial	39 (11,7%)	53 (23,2%)	92 (16,4%)
No hay información	127 (38,0%)	49 (21,5%)	176 (31,3%)
Ciudad de consulta			
Bogotá, D.C.	158 (47,3%)	111 (48,7%)	269 (47,9%)
Barranquilla	36 (10,8%)	54 (23,7%)	90 (16,0%)
Cali	72 (21,6%)	12 (5,3%)	84 (14,9%)
Medellín	43 (12,9%)	40 (17,5%)	83 (14,8%)
Cartagena	25 (7,5%)	11 (4,8%)	36 (6,4%)

AA: alopecia areata.

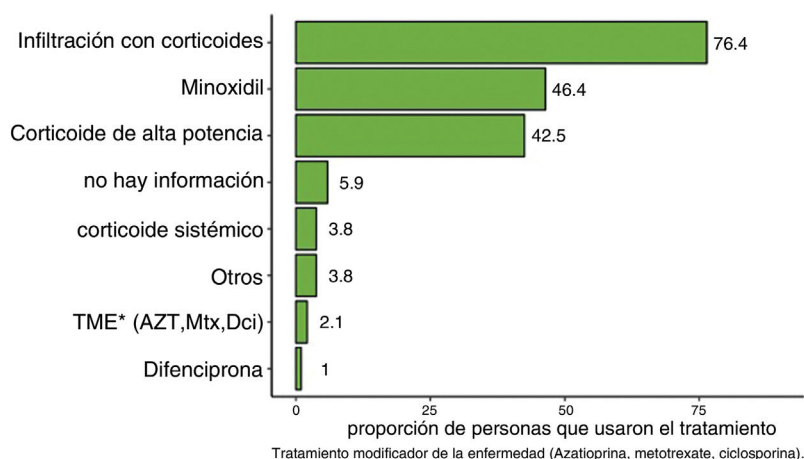


Figura 2 Terapias recibidas en algún momento del curso de la enfermedad.

En cuanto al tipo de tratamiento, las inyecciones de corticoides (76,4%), y más concretamente la triamcinolona, el minoxidil tópico al 5% (46,4%) y los corticoides de alta potencia (42,5%) fueron los regímenes terapéuticos más utilizados para tratar la AA (fig. 2).

Se observó una recurrencia de la AA en el 13,9% de los pacientes, con una relación mujer/varón de 1,1:1. Estas recurrencias oscilaron entre una y 5 a lo largo de la evolución de la enfermedad, siendo una y 2 recurrencias el patrón más frecuente. En función de los años de evolución de la enfermedad, el número máximo de recurrencias fue de 3 por año.

Discusión

Este estudio describe las principales características clínicas y sociodemográficas de las personas con AA que acudieron a

consulta de dermatología en 5 ciudades principales de Colombia. Se observó una mayor frecuencia en las mujeres, con una concentración en cuanto a la edad de diagnóstico en la tercera década de la vida y con 2 picos diagnósticos importantes, así como antecedentes familiares de AA, y antecedentes personales de otras comorbilidades, como el hipotiroidismo o la enfermedad mental. Se identificaron los tratamientos utilizados con mayor frecuencia en la AA y se describieron los patrones generales de recaída. Dada la escasa literatura disponible sobre las características de la AA en Latinoamérica, este estudio pionero contribuye a la comprensión clínica de cómo se comporta la enfermedad en nuestra región.

Como se mencionó anteriormente, durante esta primera fase de recolección de datos, se encontró una mayor frecuencia de casos en las mujeres frente a los varones. Estos resultados son similares a los reportados por otros autores^{12,13}; sin embargo, también se ha encontrado un predominio en los varones¹⁴, por

Tabla 2 Características clínicas de los casos de AA incluidos en el estudio

Variable	Mujer n = 334	Varón n = 228	Total n = 562
<i>Edad al diagnóstico</i>			
0-14	45 (13,5%)	23 (10,1%)	68 (12,1%)
15-49	192 (57,5%)	175 (76,8%)	367 (65,3%)
50-65	77 (23,1%)	23 (10,1%)	100 (17,8%)
> 65	18 (5,4%)	6 (2,6%)	24 (4,3%)
No hay información	2 (0,6%)	1 (0,4%)	3 (0,5%)
<i>Evolución de la enfermedad</i>			
< 1 año	190 (56,9%)	133 (58,3%)	323 (57,5%)
1 año	45 (13,5%)	39 (17,1%)	84 (14,9%)
2 años	26 (7,8%)	18 (7,9%)	44 (7,8%)
≥ 3 años	48 (14,4%)	25 (11,0%)	73 (13,0%)
No hay información	25 (7,5%)	13 (5,7%)	38 (6,8%)
<i>Fototipo</i>			
1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
2	21 (6,3%)	14 (6,1%)	35 (6,2%)
3	178 (53,3%)	105 (46,1%)	283 (50,4%)
4	51 (15,3%)	49 (21,5%)	100 (17,8%)
5	3 (0,9%)	1 (0,4%)	4 (0,7%)
No hay información	81 (24,3%)	59 (25,9%)	140 (24,9%)
<i>Placas</i>			
Múltiples	161 (48,2%)	138 (60,5%)	299 (53,2%)
Única	127 (38,0%)	84 (36,8%)	211 (37,5%)
No hay información	46 (13,8%)	6 (2,6%)	52 (9,3%)
<i>Subtipo</i>			
Placas	220 (65,9%)	181 (79,4%)	401 (71,4%)
Multifocal	23 (6,9%)	19 (8,3%)	42 (7,5%)
Difusa	34 (10,2%)	4 (1,8%)	38 (6,8%)
Ofiásica	27 (8,1%)	0 (0,0%)	27 (4,8%)
Universalis	6 (1,8%)	6 (2,6%)	12 (2,1%)
Totalis	5 (1,5%)	1 (0,4%)	6 (1,1%)
No hay información	19 (5,7%)	17 (7,5%)	36 (6,4%)
<i>Localización de las lesiones</i>			
Cuero cabelludo	327 (97,9%)	207 (90,8%)	534 (95,0%)
Cara	29 (8,7%)	69 (30,3%)	98 (17,4%)
Miembros superiores	8 (2,4%)	9 (3,9%)	17 (3,0%)
Miembros inferiores	5 (1,5%)	7 (3,1%)	12 (2,1%)
Torso	2 (0,6%)	6 (2,6%)	8 (1,4%)
Pubis	3 (0,9%)	0 (0,0%)	3 (0,5%)
<i>Compromiso de uñas</i>			
No	312 (93,4%)	204 (89,5%)	516 (91,8%)
Sí	22 (6,6%)	24 (10,5%)	46 (8,2%)

AA: alopecia areata.

lo que la relación entre la AA y el sexo no es concluyente en términos de evidencia⁶. Nuestros hallazgos también pueden explicarse por la diferencia en la frecuencia de acudir a la consulta médica, la cual, según la literatura científica disponible, tiende a ser mayor en las mujeres¹⁵.

En esta cohorte, las mujeres en promedio tenían una mayor edad que los varones, y los varones fueron diagnosticados a una edad más temprana, lo que coincide con lo informado por Lundin et al. en 2014¹³. La AA pediátrica no se observó con una frecuencia elevada, como se evidenció en estudios previos. El inicio tardío se registró en el 22,1% de los casos, con una mayor prevalencia en las mujeres, lo que también coincide con lo observado en otros estudios¹⁶.

Con relación a la frecuencia en el diagnóstico de la AA, junto con otras enfermedades autoinmunes, debemos aclarar que la presencia de la mayoría de las enfermedades autoinmunes estaba entre los criterios de exclusión, lo que constituye una limitación para esta parte del análisis. Además, la etiología de la AA no se conoce del todo, pero se sabe que es multifactorial, teniendo a la inflamación crónica y a las infecciones como factores desencadenantes, junto con la predisposición genética y los factores ambientales¹.

La AA puede coexistir con otras enfermedades autoinmunes como la enfermedad celíaca, la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la enfermedad tiroidea; de hecho, padecer una AA aumenta el riesgo de sufrir este tipo de

Tabla 3 Otros antecedentes médicos relevantes en la población de estudio

Condición	Mujer n = 334	Varón n = 228	Total n = 562
Enfermedades cutáneas	94 (28,1)	72 (31,6)	166 (29,5)
Trastornos endocrinos	71 (21,3)	32 (14,0)	103 (18,3)
Atopia	27 (8,1)	15 (6,6)	42 (7,5)
Antecedentes familiares de AA	19 (5,7)	18 (7,9)	37 (6,6)
Trastorno psiquiátrico	26 (7,8)	24 (10,5)	50 (8,9)
Cardiovascular	45 (13,5)	28 (12,3)	73 (13,0)
Gastroenterológicas	20 (6,0)	20 (8,8)	40 (7,1)
Enfermedades reumáticas	22 (6,6)	5 (2,2)	27 (4,8)
Cáncer	13 (3,9)	2 (0,9)	15 (2,7)
Otros	47 (14,1)	17 (7,5)	64 (11,4)

Se indica el número absoluto de pacientes y la frecuencia relativa entre paréntesis (%).

AA: alopecia areata.

enfermedades¹⁷. Se ha encontrado que los genes asociados a la AA están implicados en el desarrollo de otras enfermedades autoinmunes como son la diabetes tipo 1, la esclerosis múltiple, la psoriasis, la enfermedad inflamatoria intestinal o las enfermedades tiroideas autoinmunes^{1,17}.

En cuanto a los antecedentes médicos, la historia familiar de AA concuerda con otros estudios realizados en México, Singapur y China, en los que se encontró en el 0-8,6% de los casos^{12,18,19}. Además de indicar la probable influencia genética, la historia familiar positiva puede ser un factor pronóstico relevante durante la anamnesis de los pacientes.

En cuanto a los antecedentes de atopia, la asociación a la rinitis fue lo que se presentó con mayor frecuencia. Sin embargo, esta tasa es inferior a la observada en la población general en estudios realizados en Colombia (32%)²⁰. A pesar de que en estudios publicados previamente se ha informado que la AA aumenta el riesgo de dermatitis atópica y que está vinculada a la atopia, sobre todo basándose en las observaciones de una mayor presentación de esta entidad en casos de AA frente a controles pareados²¹, en el presente estudio no observamos una tasa de frecuencia superior a las tasas informadas en Colombia (14%)²⁰. Además, la creciente evidencia que relaciona la microbiota intestinal con la AA sugiere que las bacterias intestinales pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de enfermedades autoinmunes, aunque los resultados no son concluyentes y se requiere más investigación^{1,22}.

En cuanto a los antecedentes endocrinológicos, el hipotiroidismo fue la enfermedad más frecuentemente referida. Existen evidencias de la relación existente entre valores anormales de la hormona estimulante del tiroides (TSH) y la AA²³, y un mayor riesgo de desarrollar AA al presentar enfermedades tiroideas como son la tirotoxicosis, la enfermedad de Graves y la tiroiditis, lo que sugiere que existen mecanismos fisiopatológicos compartidos entre la AA y la enfermedad tiroidea²⁴. En una revisión de 2019, Kinoshita et al. sugirieron que la AA se asocia con mayor frecuencia a los anticuerpos antiperoxidasa tiroidea (TPO-Ab) y a los anticuerpos antitiroglobulina (TG-Ab) que al hipo e hipertiroidismo. No obstante, debido a ciertas limitaciones de la revisión, esta afirmación no es del todo concluyente²⁵.

El estrés también puede ser un factor desencadenante de la AA, aunque este tema es controvertido, ya que algunos estudios informan de que no se ha encontrado dicha asociación²⁶. Sin embargo, cierta evidencia sugiere que existen factores biológicos que relacionarán al sistema nervioso central (SNC) con el estrés agudo en la AA¹. Lo que es innegable es que la AA modifica el aspecto físico, lo que puede tener un profundo impacto psicológico en los pacientes. Algunos estudios informan una mayor prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en personas con AA, en particular ansiedad, depresión, trastorno por déficit

de atención con hiperactividad y trastornos psicóticos, lo que conlleva a un deterioro de la calidad de vida tanto de los pacientes como de su familia, con consecuencias psicosociales principalmente en mujeres y niños^{23,27}. Debido a la importante carga psicosocial asociada a la AA, el éxito del tratamiento integral es fundamental, más allá de los resultados clínicos.

Las opciones terapéuticas actuales son beneficiosas para resolver los episodios agudos. Sin embargo, no existe ningún tratamiento que resuelva de manera definitiva la AA. Los tratamientos varían en función de la formación del dermatólogo y de aquellos factores como son la edad del paciente, la extensión y la duración de la enfermedad, o el estado del cuero cabelludo, entre otros²⁸. La mayoría de los tratamientos, incluidos los corticoides, la inmunoterapia tópica, el minoxidil tópico, la antralina y los inmunosupresores, se centran en inhibir la autoinmunidad y revertir la AA, aunque los resultados serán variables de un paciente a otro, así como variarán en función de la terapia que se utilice²⁸. Los regímenes de tratamiento mencionados anteriormente concuerdan con los resultados del RENAAC. En este registro no se reportó el uso de inhibidores de la Janus Kinasa (JAK) para el tratamiento de la AA, lo cual podría ser interesante para comparaciones posteriores de la efectividad de estas prometedoras terapias en los casos más severos²⁹. Actualmente, en Colombia, si bien el baricitinib y el tofacitinib están avalados para el tratamiento de varias enfermedades inflamatorias crónicas, estos aún no están autorizados para su uso en la AA. Por lo tanto, la inclusión de estos tratamientos innovadores en la lista de medicamentos autorizados en Colombia para la AA, junto con la actualización continua de este registro, permitirá generar evidencia real sobre su eficacia en los próximos años. Este enfoque facilitará los análisis comparativos de las tasas de recurrencia bajo diferentes escenarios de tratamiento.

Por último, en el presente estudio la afectación ungueal se reportó con escasa frecuencia; sin embargo, esto puede deberse a la ausencia de registro de esta información, ya que en trabajos anteriores se reportaron tasas de afectación de la lámina en el 9-64,1% de los casos³⁰. Esto subraya la importancia que tiene el registrar, de manera cuidadosa, toda la información en la historia clínica del paciente.

La limitación de este estudio se debe a su naturaleza retrospectiva. Además, los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas, lo que limita la exhaustividad de la información e impide profundizar en otros aspectos que podrían ser de interés. La versión actual de este registro no recogió de manera detallada la información acerca de las prescripciones (es decir, dosis o nombres específicos de las moléculas de las categorías de fármacos, como es el caso de los inmunosupresores). No obstante, dado que se trata de un proyecto que está en curso, las versiones posteriores de los formularios se mejorarán utilizando preguntas más detalladas.

Conclusión

La creación de este primer registro de personas con AA contribuye al conocimiento del comportamiento clínico de la enfermedad en Colombia y en la región latinoamericana. La AA fue ligeramente predominante en las mujeres con una relación de 1,5:1 frente a los varones, describiéndose un inicio más temprano en los varones. Fue frecuente la presencia de comorbilidades dermatológicas, endocrinas y psiquiátricas, las cuales deben ser incluidas en los protocolos de atención a los pacientes.

Financiación

Este trabajo fue realizado con el apoyo de una beca por el Instituto Científico Pfizer Colombia (ICPC).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a los dermatólogos que dieron acceso a las historias clínicas de sus pacientes, a los equipos administrativos de la Fundación ALZAK (Cartagena) y Funinderma (Bogotá), y al área de Investigación e Innovación del Hospital Alma Mater de Antioquia, Antioquia, Colombia.

Bibliografía

1. Simakou T, Butcher JP, Reid S, Henriquez FL. Alopecia areata: A multifactorial autoimmune condition. *J Autoimmun.* 2019;98:74–85.
2. Hordinsky MK. Overview of alopecia areata. *J Invest Dermatol Symp Proc.* 2013;16:S13–5.
3. Pratt CH, King LE, Messenger AG, Christiano AM, Sundberg JP. Alopecia areata. *Nat Rev Dis Primer.* 2017;3:1–17.
4. Mirzoyev SA, Schrum AG, Davis MDP, Torgerson RR. Lifetime incidence risk of alopecia areata estimated at 2.1% by Rochester epidemiology project, 1990–2009. *J Invest Dermatol.* 2014;134:1141–2.
5. Velásquez-Lopera MM, Hernández N, Jansen AM, García AL, Luna PC, Rico-Restrepo M, et al. Alopecia areata in Latin America: Where are we and where are we going? *Dermatol Ther.* 2023;13:95–114.
6. Fricke ACV, Miteva M. Epidemiology and burden of alopecia areata: A systematic review. *Clin Cosmetol Invest Dermatol.* 2015;8:397.
7. Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, Abdalalim A, Abdollahi M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020;396:1204–22.
8. Cifuentes-Tang L, Uribe-Caputi JC. Factores asociados a alopecia no cicatricial en mujeres adultas, estudio transversal entre enero diciembre 2013. *MedUNAB.* 2018;21:59–66.
9. Castrillon JJC, Urrego LYM, García MCB, Reyna FJB, Valbuena SMG, Díaz DAP. Estudio sobre la pérdida de cabello y las prácticas de cuidado entre los estudiantes de la Universidad de Manizales, Manizales (Colombia), 2016. *Arch Med Manizales.* 2019;19:374–86.
10. Vañó-Galván S, Saceda-Corralo D, Blume-Peytavi U, Cucchiá J, Dlova NC, Gavazzoni Dias MFR, et al. Frequency of the types of alopecia at twenty-two specialist hair clinics: A multicenter study. *Skin Appendage Disord.* 2019;5:309–15.
11. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública Mex.* 2011;53 Supl 2:S144–55.
12. Guzmán-Sánchez DA, Villanueva-quintero GD, Alfaro Alfaro N, McMichael A. A clinical study of alopecia areata in Mexico. *Int J Dermatol.* 2007;46:1308–10.
13. Lundin M, Chawa S, Sachdev A, Bhanusali D, Seiffert-Sinha K, Sinha A. Gender differences in alopecia areata. *J Drugs Dermatol.* 2014;13:409–13. Available from: <https://jddonline.com/articles/gender-differences-in-alopecia-areata-S1545961614P0409X/>.
14. Kavak A, Yeşildal N, Parlak AH, Gökdemir G, Aydoğan I, Anul H, et al. Alopecia areata in Turkey: Demographic and clinical features. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:977–81.
15. Gil-Lacruz M, Gil-Lacruz AI. Health perception and health care access: Sex differences in behaviors and attitudes. *Am J Econ Sociol.* 2010;69:783–801.
16. Lyakhovitsky A, Gilboa S, Eshkol A, Barzilai A, Baum S. Late-onset alopecia areata: a retrospective cohort study. *Dermatology.* 2018;233:289–94.
17. Lee S, Lee H, Lee CH, Lee WS. Comorbidities in alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80, 466–477.e16.
18. Tan E, Tay Y-K, Goh C-L, Giam YC. The pattern and profile of alopecia areata in Singapore – A study of 219 Asians. *Int J Dermatol.* 2002;41:748–53.
19. Yang S, Yang J, Liu JB, Wang HY, Yang Q, Gao M, et al. The genetic epidemiology of alopecia areata in China. *Br J Dermatol.* 2004;151:16–23.
20. Dennis RJ, Caraballo L, García E, Rojas MX, Rondon MA, Pérez A, et al. Prevalence of asthma and other allergic conditions in Colombia 2009–2010: A cross-sectional study. *BMC Pulm Med.* 2012;12:17.
21. Holmes S, Harries M, Macbeth AE, Chiu WS, de Lusignan S, Messenger AG, et al. Alopecia areata and risk of atopic and autoimmune conditions: Population-based cohort study. *Clin Exp Dermatol.* 2023;48:325–31.
22. Moreno-Arrones OM, Serrano-Villar S, Perez-Brocal V, Saceda-Corralo D, Morales-Raya C, Rodrigues-Barata R, et al. Analysis of the gut microbiota in alopecia areata: Identification of bacterial biomarkers. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34:400–5.
23. Alvarado López DE, Erazo Hidalgo ET, Lucero Tapia JL, Álvarez Morquecho JM. Alopecia areata y su relación con valores de tsh. *Rev Investig Talent.* 2019;6:111–21.
24. Dai YX, Tai YH, Chang YT, Chen TJ, Chen MH. Bidirectional association between alopecia areata and thyroid diseases: A nationwide population-based cohort study. *Arch Dermatol Res.* 2021;313:339–46.
25. Kinoshita-Ise M, Martínez-Cabriales SA, Alhusayen R. Chronological association between alopecia areata and autoimmune thyroid diseases: A systematic review and meta-analysis. *J Dermatol.* 2019;46:702–9.
26. Brajac I, Tkalc M. Roles of stress, stress perception and train anxiety in the onset of alopecia areata. *J Dermatol.* 2003;30:871–8.
27. Toussi A, Barton V, Le S, Agbai O, Kiuru M. Psychosocial and psychiatric comorbidities and health-related quality of life in alopecia areata: A systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2021;85:162–75.
28. Sterkens A, Lambert J, Bervoets A. Alopecia areata: A review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options. *Clin Exp Med.* 2021;21:215–30.
29. Phan K, Sebaratnam DF. JAK inhibitors for alopecia areata: A systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33:850–6.
30. Roest YBM, van Middendorp H, Evers AWM, van de Kerkhof PCM, Pasch MC. Nail involvement in alopecia areata: A questionnaire-based survey on clinical signs, impact on quality of life and review of the literature. *Acta Derm Venereol.* 2018;98: 212–7.