

# Alopecia por tracción identificación de un motivo de consulta en dermatología

TRACTION ALOPECIA: IDENTIFICATION OF A REASON IN A DERMATOLOGY ROUTINE CONSULT



Abr - Jun 2016 | Vol. 97 N°2

Caso clínico patológico  
Rev. argent. dermatol. 2016; 97 (2): 08 – 13.  
Publicado en línea 2016, Junio / Published online June 2016.  
Alopecia por tracción identificación de un motivo de consulta en dermatología

## Autores | Contacto

AD Pérez-Elizondo \* y RE Achenbach \*\*

\* Dermato-Oncólogo. Hospital para el Niño del Instituto Materno-Infantil. Estado de México.

\*\* Profesor Regular Adjunto de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Jefe de Unidad Dermatología. Hospital General de Agudos «Dr. Ignacio Pirovano». Argentina.

E-mail: [antoniodavid64@gmail.com](mailto:antoniodavid64@gmail.com)

Los autores no declaran conflicto de interés económico.

Recibido: 28-03-2016

Aceptado para su Publicación: 02-05-2016

## RESUMEN

La alopecia por tracción es un padecimiento muy frecuente en niñas en edad escolar y mujeres jóvenes, condicionado por el hábito sociocultural de recoger el pelo, de manera que se ejerce una fuerte acción tensora en la piel del cuero cabelludo. En etapas iniciales es reversible y en fases tardías, llega a ocasionar una alopecia cicatricial permanente. Los peinados modernos tienen como característica el tensionar y tirar el pelo, ocasionando áreas de alopecia desde temprana edad.

## PALABRAS CLAVES

Alopecia por tracción; Alopecia; Alopecia cicatricial.

## SUMMARY

Traction alopecia is more common in school-age girls and young women, conditioned by the cultural habit of collecting hair so that it exerts a strong tensile action on the scalp skin. In early stages it is reversible, and in later stages cause permanent scarring alopecia. Modern hairstyles are characteristic stress and pull the hair causing areas of alopecia from an early age.

## KEY WORDS

Traction alopecia; Alopecia; Cicatricial alopecia.

## CONCEPTO

La denominada alopecia por tracción, es una de las causas más frecuentes de alopecia en niños y jóvenes adultos, muchas veces no reconocida como principal motivo de consulta médica. La pérdida de pelo, transitoria o permanente, resulta de la constante y firme fuerza tensora sobre los folículos pilosebáceos de la piel cabelluda; se considera un hallazgo secundario de importancia estética, consecuencia de prácticas socioculturales e incluso religiosas. Trebitsch dermatólogo austríaco durante su viaje a Groenlandia, comunicó el primer caso en 1907 al observar el peinado tradicional de las mujeres nativas en “cola de caballo”, acuñando el término “alopecia groenlandica”. Años más tarde, Sabouraud describió la conocida como alopecia luminaris, la pérdida parcial de pelo a nivel del vértex por usar un moño ajustado entre las orientales. Alguna vez se aprecia en bailarinas de ballet, hindúes sikh que portan turbante todo el día fijado con pinzas en el área frontal y de barba larga y trenzada con la consecuente alopecia. De igual manera, las diminutas trenzas y arreglos muy apretados, dispuestos en cordones o figuras geométricas en la población afroamericana, condicionan numerosas placas alopécicas aisladas y dispersas en la piel cabelluda. Las mujeres del norte del Sudán, emplean largas extensiones firmemente entrelazadas en el pelo, que algunas veces llegan a pesar casi 500 gr, ocasionando placas alopécicas mixtas de progresión periférica a partir de la zona central del cuero cabelludo. Recientemente, se ha documentado que la prevalencia del padecimiento oscila entre 8.6 a 22% en niños de 6 a 15 años de vida; alrededor del 18% de niñas afroamericanas muestran datos clínicos evidentes de alopecia por tracción; motivo por el que no es una dermatosis que debería pasar desapercibida por el médico, a pesar de no representar el motivo principal de consulta <sup>1,2,3</sup>.

## CLÍNICA – EVOLUCIÓN

La alopecia por tracción marginal involucra la línea de implantación pilosa fronto-témporo-periauricular (**Figs 1 y 2**) y la conocida no marginal en la zona occipital, por efecto tensor repetido ocasionado por la “cola de caballo”. Existen formas mixtas (**Fig 3**). A temprana edad comienza a desarrollarse una foliculitis crónica progresiva con remisiones y exacerbaciones, cursando con pequeñas pápulas y ocasionales pústulas foliculares, con descamación furfurácea blanquecina y eritema circundante; existen numerosos pelos quebrados y/u otros envueltos por delgados cilindros queratinosos blandos, fácilmente desplazables de escasos milímetros de diámetro de tinte blancoamarillento, cuya presencia bien puede simular una pediculosis. Si la tensión mecánica persiste, provocará desprendimiento de los folículos pilosos con alopecia cicatrizal irreversible.



Fig 1: alopecia por tracción marginal.



Fig 2: alopecia frontal localizada con extensión posterior.



Fig 3: alopecia fronto-parietal en banda lineal.

El diagnóstico de esta patología se fundamenta en los patrones distributivos morfológicos de la alopecia.

Los hallazgos histopatológicos descritos en la etapa temprana, incluyen un aumento de pelos en catágeno, cilindros peripilares pigmentados y bulbos pilosos distorsionados; en la fase tardía existe una evidente disminución del número total de pelos, ausencia de infiltrado inflamatorio activo y reemplazo progresivo de los folículos pilosos por tejido fibroso, que bien semeja una alopecia cicatrizal por quemadura<sup>4,5</sup>.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las presentaciones clínico-morfológicas características de la alopecia por tracción, pueden llegar a simular una alopecia areata de una o varias placas o alguna vez la variedad ofiásica propia de la niñez; tricotilomanía, efluvio telógeno o tiña de la cabeza. Rara vez, se debe distinguir de una alopecia androcronogenética, aplasia cutis congénita, lupus eritematoso discoide crónico o morfea en “golpe de sable”, entre otras entidades. La detenida observación del tipo de peinado que tiene el paciente y sus actividades cotidianas (ballet, enfermería por uso de cofias y anudamiento del pelo o el reglamento obligatorio de recoger y estilizar el pelo en escolares) es de gran ayuda para orientar la impresión diagnóstica<sup>6</sup>.

## MANEJO

En fases tempranas cuando es evidente la foliculitis reaccional y los pequeños espacios pseudo alopécicos frontales, mediales u occipitales se debe recomendar evitar estilizaciones del peinado que traccionen de manera firme y constante el pelo, además de usar objetos fijadores del mismo. Puede ser de utilidad el empleo de antibióticos locales o sistémicos en cursos terapéuticos cortos, doxiciclina o tetraciclina; se aconseja el empleo de lociones a base de corticoides solas o en combinación con minoxidil al 2 ó 5%, una o dos veces al día durante por lo menos tres a seis meses, con lenta repoblación pilosa al transcurrir el tiempo. En la fase tardía, cicatrizal, la mejor opción es el trasplante de unidades foliculares<sup>7,8</sup>.

## COMENTARIO

De acuerdo con Suro Reyes, una de cada diez niñas latinoamericanas en edad escolar por influencia cultural de moda, recogen su pelo en trenzas muy apretadas; la alopecia consecuente ocupa el tercer lugar de frecuencia entre las causas de alopecia. Las extensiones de pelo artificial, fijadores, gorras, pañoletas, ligas, casco de motocicleta, entre otros objetos, son factores coadyuvantes en la causa de esta patología. Sería prudente informar a los padres de familia y pacientes mediante sistemas educativos de salud, incluso reglamentando la manera de peinar el pelo sin provocar un daño irreversible. Es preferible padecer una pediculosis de tanto en tanto que una alopecia cicatrizal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Basil M, Hantash PhD, Schwartz RA. Traction alopecia in children. *Cutis* 2003; 71: 18-20.
2. Hjorth N. Traumatic marginal alopecia. A special type: Alopecia groenlandica. *Br J Dermatol* 1957; 69: 319-322.

3. James J, Saladi RN, Joshua LF. Traction alopecia in sikh male patients. *J Am Board Fam Med* 2007; 20: 497-498.
4. Ferrando J. Alopecias. Guía de diagnóstico y tratamiento. 2da ed. Barcelona: Pulso. 2002; 63-76.
5. Suro Reyes JA. Alopecia por tracción: su ausencia en la mujer indígena mexicana. *Dermatología CMQ* 2010; 8 (1): 13-16.
6. Callender VD, McMichael AJ, Cohen GF. Medical and surgical therapies for alopecias in black women. *Dermatol Ther* 2004; 17 (2): 164-176.
7. Khumalo NP, Ngwanya RM. Traction alopecia: 2% topical minoxidil shows promise. Report of two cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21 (3): 433-434.
8. Mirmirani P, Khumalo Nonhlanhla P. Traction Alopecia How to Translate Study Data for Public Education-Closing the KAP Gap? *Dermatol Clin* 2014; 32: 153-161.