

ISBN 978-958-57331-9-0

# Guía clínica y de tratamiento del efluvio telógeno

Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica

A.

Gener Alejandro Mancilla Díaz. MD<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dermatólogo. MSc. Ciencias Clínicas. Máster en Tricología y Trasplante capilar. Grupo de Investigación dermatológica (GRID) Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

## Nombres de la enfermedad

- Efluvio telógeno
- Efluvio telógeno crónico

## Códigos CIE-10 relacionados

- L650 Pérdida capilar telógena
- L659 Pérdida no cicatricial del pelo, sin otra especificación

## EPIDEMIOLOGÍA

### EPIDEMIOLOGÍA EN COLOMBIA

En la literatura revisada en bases de datos (PUBMED, EMBASE y LILACS), no se encontraron estudios que estimen la incidencia y prevalencia del efluvio telógeno (ET) y del efluvio telógeno crónico (ETC) en Colombia.

### EPIDEMIOLOGÍA EN OTROS PAÍSES

Aunque la mayoría de los autores se refieren al ET como una de las principales causas de alopecia no cicatricial en la consulta, no se encontraron estudios que estimen su incidencia. Lo mismo sucede con el ETC; sin embargo, en una serie, realizada por Sinclair y colaboradores, en 2004, se reportó que corresponde al 18 % de las mujeres que consultan por caída de pelo de más de 6 meses de evolución (1). En general, el ETC se encuentra en mujeres de mediana edad (2-3), con muy pocos reportes de casos en hombres (3-5).

## ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS

Tradicionalmente, el ET ha sido considerado como un patrón de reacción inespecífico debido a la terminación prematura del anágeno. En 1993, Headington propuso una clasificación funcional del efluvio telógeno de acuerdo con los mecanismos fisiopatológicos subyacentes:

1. Liberación inmediata del anágeno
2. Liberación tardía del anágeno
3. Liberación inmediata del telógeno
4. Liberación tardía del telógeno
5. Fase anágena corta (6).

Recientemente, Reborá, en 2016, propuso una nueva clasificación:

1. Teloptosis prematura, que se refiere a un exógeno anticipado, secundario a causas externas o internas.
2. Teloptosis colectiva, que se refiere a la sincronización del ciclo de varios folículos.
3. Entrada prematura en la fase telógena (7).

A pesar de estas propuestas, la fisiopatología del ET aún no está clara. Con respecto al ETC, Gilmore y Sinclair proponen que puede ser secundario a una disminución en la variabilidad de la duración del anágeno y sugiere que este estado patológico representa un nuevo tipo funcional de caída recurrente del pelo (8). Por su parte, Bittencourt y colaboradores proponen que corresponde al mecanismo de liberación inmediata del telógeno, que lleva a la sincronización del ciclo (9).

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El ET se caracteriza por la caída excesiva del pelo, de forma difusa, con un inicio abrupto. Esta pérdida es autolimitada y generalmente aparece de 2 a 4 meses después de un evento desencadenante. En el examen físico, se observa una disminución difusa del volumen del pelo, más intensa en las regiones temporales, y la prueba (o test) de tracción es positiva, con obtención de pelos en telógeno (10).

El ETC se caracteriza por el aumento marcado de la caída del pelo durante un período mayor a 6 meses, en mujeres de mediana edad, sin despoblamiento de la región superior ni miniaturización aparente. La intensidad de la pérdida tiende a ser fluctuante por años y con períodos alternantes de remisiones espontáneas y recaídas (2, 11). En el ETC no se ha identificado ninguna asociación con trastorno orgánico o nutricional o uso de medicamentos antes del inicio de la pérdida de pelo.

### ENFERMEDADES ASOCIADAS

El ETC se considera idiopático por definición y no está relacionado con ningún trastorno. El ET, por su parte, es secundario a múltiples desencadenantes, tales como: enfermedades febriles, cirugía, hospitalización, hemorragia y estrés emocional intenso; un gran número de medicamentos, entre ellos: retinoides orales (principalmente etretinato y acitretín), antitiroideos, anticonvulsivantes, hipolipemiantes, metales pesados, betabloqueadores, captopril y anfetaminas; suspensión de los anticonceptivos orales combinados, dietas intensas con pérdida mayor de 5 kg de peso, hiper e hipotiroidismo, posparto, efluvio actínico inducido por luz solar y radiación ultravioleta; y efluvio estacional al final del verano (11).

### DIAGNÓSTICO

En general, el diagnóstico de ET se hace con la historia clínica. El antecedente de un evento desencadenante 2-3 meses antes, el inicio súbito de la caída del pelo y la forma difusa con despoblamiento en regiones temporales hacen probable el diagnóstico. Aunque es ampliamente aceptado, no existe evidencia que soporte el uso de exámenes de laboratorio en el estudio de ET y ETC. El diagnóstico de ETC se realiza por exclusión de otras causas, principalmente alopecia androgénica. La historia clínica puede sugerir el diagnóstico en las mujeres que presentan un aumento de la caída del pelo mayor de 6 meses, con un comportamiento fluctuante, pero sin despoblamiento en la región superior.

En mujeres con aumento de la caída del pelo mayor de 6 meses, en ausencia de despoblamiento frontal, en quienes se tenga la sospecha de ETC, se sugiere el uso de 1 a 3 biopsias del cuero cabelludo frontal que demuestren ausencia de miniaturización, con una relación de pelos terminales:vellosos normal (mayor o igual a 8:1). Calidad global de la evidencia: baja (1, 2, 4).

### DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

En el ET, el principal diagnóstico diferencial es la *alopecia areata* difusa. Para el ETC, el principal diagnóstico diferencial es la alopecia androgénica femenina.

## TRATAMIENTO CON NIVELES DE EVIDENCIA

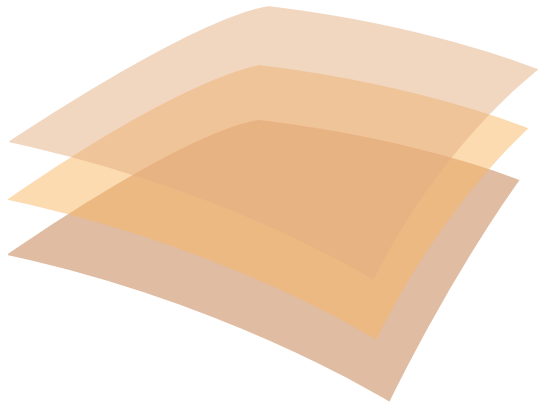
- A todos los pacientes con ET se les debe proveer información sobre el carácter autorresolutivo de la enfermedad. Punto de buena práctica.
- En pacientes con ET, se sugiere corregir las deficiencias nutricionales que se encuentren. Punto de buena práctica.
- A todos los pacientes con ET y ETC que manifiesten afectación psicosocial debida a la pérdida de pelo, se les debe sugerir evaluación por psicología o psiquiatría. Punto de buena práctica.
- A pesar de que es ampliamente aceptado su uso, la evidencia disponible hasta el momento sobre eficacia y seguridad es insuficiente para recomendar o desaconsejar el uso de minoxidil tópico al 2 %-5 % en mujeres con ETC (3, 12).

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

El ET es autolimitado y se resuelve espontáneamente en un promedio de 6 meses, si el evento desencadenante está resuelto. El ETC tiene un curso crónico y fluctuante, con remisiones espontáneas y recaídas. Se ha reportado seguimiento por más de 7 años (14 años) en pacientes con ETC, sin resolución definitiva (2, 8, 13).

## REFERENCIAS

1. Sinclair R, Jolley D, Mallari R, Magee J. The reliability of horizontally sectioned scalp biopsies in the diagnosis of chronic diffuse telogen hair loss in women. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51(2):189-99.
2. Whiting DA. Chronic telogen effluvium: increased scalp hair shedding in middle-aged women. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35(6):899-906.
3. García-Hernández MJ, Camacho FM. Chronic telogen effluvium: incidence, clinical and biochemical features, and treatment. *Arch Dermatol.* 1999;135(9):1123-4.
4. Whiting DA. Update on chronic telogen effluvium. *Exp Dermatol.* 1999;8(4):305-6.
5. Thai KE, Sinclair RD. Chronic telogen effluvium in a man. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47(4):605-7.
6. Headington JT. Telogen effluvium. New concepts and review. *Arch Dermatol.* 1993;129(3):356-63.
7. Rebora A. Proposing a Simpler Classification of Telogen Effluvium. *Ski Appendage Disord.* 2016;2(1-2):35-8.
8. Gilmore S, Sinclair R. Chronic telogen effluvium is due to a reduction in the variance of anagen duration. *Australas J Dermatol.* 2010;51(3):163-7. doi: 10.1111/j.1440-0960.2010.00654.x.
9. Bittencourt C, Ferraro DA, Soares TC, Moraes AM, Cintra ML. Chronic telogen effluvium and female pattern hair loss are separate and distinct forms of alopecia: a histomorphometric and immunohistochemical analysis. *Clin Exp Dermatol.* 2014;39(8):868-73. doi: 10.1111/ced.12406.
10. Grover C, Khurana A. Telogen effluvium. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013;79(5):591-603. doi: 10.4103/0378-6323.116731.
11. Harrison S, Sinclair R. Telogen effluvium. *Clin Exp Dermatol.* 2002;27(5):389-5.
12. Shrivastava SB. Diffuse hair loss in an adult female: approach to diagnosis and management. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2009;75(1):20-7; quiz 27-8.
13. Sinclair R. Chronic telogen effluvium: a study of 5 patients over 7 years. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52(2 Suppl.1):12-6.



**AsoColDerma**®  
Asociación Colombiana de Dermatología  
y Cirugía Dermatológica



**Por el reconocimiento y proyección de la dermatología**  
Junta Directiva 2016 - 2018

**Presidente Nacional**

Natalia Hernández

**Vicepresidente**

Juan Esteban Arroyave

**Presidente Honorario**

Juan Guillermo Chalela

**Presidente del Congreso**

Evelyne Halpert

**Secretaria General**

Claudia Marcela Arenas

**Tesorera**

Mónica Helena Rivera

**Vocales Principales**

Carolina Ivette Cortés

Claudia Juliana Díaz

Esperanza Meléndez

**Vocales Suplentes**

Julia Inés Mesa

Adriana Motta

Martha Susana Ramírez

**Fiscal Honorario**

Adriana Arrunátegui

INFORMACIÓN GENERAL: La Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica no asume ninguna responsabilidad por cualquier daño o injuria a personas u objetos resultantes de la utilización o aplicación de cualquier producto, procedimiento, cirugías, instrucciones o ideas contenidos en el material publicado en esta guía. Ningún procedimiento, prueba o terapia debe ser llevado a cabo a menos que a juicio del lector se justifique el riesgo. Debido a los constantes cambios y adelantos en la ciencia médica, se recomienda que se haga una verificación independiente de diagnósticos y

dosificaciones de medicamentos. Los productos mencionados y sus dosis no son responsabilidad de los autores.

Aunque todo el material publicitario se espera que esté conforme con la ética médica y los estándares actuales, su inclusión en esta publicación no es una garantía o apoyo de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica o de los editores, a la calidad de cualquier producto anunciado.

**Diseño y diagramación:** Juan Camilo Gómez y Manuel Galindo

**Corrección de estilo:** Andrés Mantilla Meluk