

Alopecia por presión, informe de un caso

Alopecia caused by pressure. A case report

MIGUEL ÁNGEL ALLEVATO*, AGUSTINA COPPA OLIVER**, HUGO CABRERA***

*Jefe de la División de Dermatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín"

**Médico Residente. División Dermatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín"

***Profesor Titular. División Dermatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín"

RESUMEN

LA ALOPECIA POR PRESIÓN ES UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE POR CIRUGÍAS PROLONGADAS. SU ORIGEN SE DEBE A LA HIPOXIA TISULAR OCASIONADA POR LA PRESIÓN CONTINUA. SE REPORTA SOBRE TODO EN ADULTOS, AFECTA TÍPICAMENTE EL OCCIPUCIO Y LA MAYORÍA DE LAS VECES ES DE CARÁCTER TRANSITORIO.

PRESENTAMOS UN CASO DE ALOPECIA POR PRESIÓN EN UN VARÓN DE 12 AÑOS QUE FUE SOMETIDO A UNA CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA Y DESARROLLA EL PARCHES ALOPÉCICO A NIVEL OCCIPITAL, ÁREA QUE HABÍA ESTADO EN CONTACTO CON EL ARO DE REPOSO CEFÁLICO USADO DURANTE LA CIRUGÍA. SE REALIZÓ EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LA LESIÓN EVIDENCIANDO LA PRESENCIA DE FOLÍCULOS EN FASE CATÁGENA Y UNO DE ELLOS CON TRICOMALACIA. EL PACIENTE PRESENTÓ REPOBLACIÓN COMPLETA A LOS SEIS MESES.

PALABRAS CLAVE: ALOPECIA, PRESIÓN, POSTOPERATORIA

ABSTRACT

PRESSURE ALOPECIA IS AN UNCOMMON COMPLICATION OF LONG SURGERIES. IT IS DUE TO THE HYPOXIA ON TISSUES CAUSED BY CONTINUOUS PRESSURE. IT IS USUALLY TRANSIENT AND AFFECTS MAINLY THE OCCIPITAL AREA IN ADULTS. WE REPORT A 12 YEAR-OLD MALE WITH AN OCCIPITAL PRESSURE ALOPECIA DUE TO THE CONTACT WITH A CEPHALIC LATEX RING USED IN AN OTOLARYNGOLOGY SURGERY. THE HISTOPATHOLOGY SHOWED CATAGEN FOLLICLES AND TRICHOMALASIA. SIX MONTHS LATER A COMPLETE REGROWTH OF HAIR WAS OBSERVED.

KEY WORDS: ALOPECIA, PRESSURE, POSTOPERATIVE

Introducción

La aparición de áreas alopécicas en zonas de presión fue descrita por R. Abel y G. Lewis en 1960, en el posoperatorio de ocho cirugías ginecológicas.¹ Con posterioridad se informaron otros casos en pacientes sometidos a cirugías de diversos órganos.^{2,3} En 1967 se comunica acerca del primer paciente con alopecia posoperatoria permanente.^{2,3,4} Entre

1971 y 1973, el servicio de cirugía cardiotorácica de la *Ochsner Clinic* reporta 65 casos de alopecia por presión.^{2,5,6} Desde 1976 se han descrito muchos casos en la literatura, aunque pocos en publicaciones dermatológicas.⁵

Caso

Varón de 12 años, evaluado por un área alopécica en cuero cabelludo evidenciada al décimo quinto día después de una cirugía de nasofaringe. El procedimiento había sido bien tolerado, con una duración de seis horas. La posición adoptada: apoyo cefálico en hiperextensión sobre un aro tipo "dónut" (foto 1). El paciente debió adoptar el decúbito lateral hasta el cuarto día posoperatorio debido a la intensa inflamación que manifestó en la región occipital. Durante el examen físico presentaba en dicha zona una placa alopécica de 7 × 4 cm, de disposición anular —sin despoblación

CORRESPONDENCIA:

Miguel Ángel Allevato
Hospital de Clínicas "José de San Martín"
Departamento de Dermatología
Av. Córdoba 2351. C P 1120; Capital Federal, Argentina
Tel: (005411) 5950-8818 Fax: 5950-8818/17
Correo electrónico: dermatología@hospitaldeclinicas.uba.ar



Foto 1. Aro utilizado para la inmovilización cefálica en cirugía otorrinolaringológica.

en el centro— homologando a la superficie de presión. El cuero cabelludo era de características normales (foto 2). Presentaba tracción positiva dentro y alrededor de la placa. La histopatología (doctor G. Casas) reveló la presencia de cinco estructuras foliculares: cuatro se encontraban en periodo catágeno y la quinta presentaba un pelo de contorno irregular, con distribución anómala del pigmento melánico (tricomalacia) (foto 3). Se indicó tratamiento con minoxidil 5%, evolucionó con repoblación total a los seis meses (foto 4).



Foto 2. Placa alopécica en la región occipital que homologa la superficie de presión utilizada.

Discusión

La alopecia por presión —clásicamente referida como alopecia posoperatoria— es una complicación infrecuente por diversas cirugías.¹⁻⁹ En general se desarrolla luego de una anestesia o intubación prolongadas (mayor de cuatro y 24 horas, respectivamente). También se ha reportado su aparición en comatosos, quemados, en pacientes con vinchas o dispositivos tipo “dónut” para el reposo cefálico, así como en neonatos, *breakdancers* y gimnastas que usan apoyacabezas.⁴⁵ Se presenta comúnmente en adultos, aunque también se le describe en niños.⁴⁷

Típicamente, compromete el área posterior del cuero cabelludo en la región del vértex.⁴⁷ Son placas circulares u ovaladas, de 2-5 cm de diámetro.² Suelen aparecer entre el tercer y el treintavo día después de la cirugía.⁴ Ocasionalmente los pacientes refieren dolor en el cuero cabelludo en el postoperatorio inmediato, apareciendo a las 24-48 horas eritema, costra y exudación en el sitio doloroso.^{2,3,5}

Alrededor de dos de cada tres casos evolucionan con repoblación completa en pocos meses (cuatro meses en promedio).^{3,4,5} Sin embargo, recientemente se ha informado un aumento en el número de pacientes que evolucionan a la alopecia cicatrizal.⁴

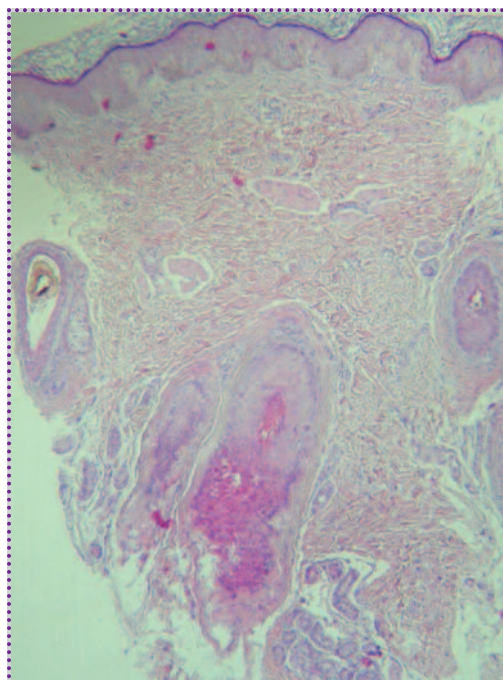


Foto 3. Histopatología: presencia de cinco estructuras foliculares, cuatro en periodo catágeno y la quinta presenta un pelo de contorno irregular, con distribución anómala del pigmento melánico (tricomalacia).

El principal factor implicado en la fisiopatogenia es la isquemia tisular, producto de una presión continua.^{4,8} El tiempo durante el cual se ejerce esta presión (más que la intensidad de la misma) determina los niveles de hipoxia tisular en el cuero cabelludo y según ellos la evolución posterior.⁴ Cirugías breves se suceden por niveles mínimos de hipoxia e inducen lesiones alopécicas asintomáticas, transitorias, sin erosión o costra. Una inmovilización cefálica mayor a 24 horas suele presentar más riesgo.^{4,6} La hipoxia severa determina lesiones alopécicas edematosas, con erosiones y costras que pueden evolucionar a la alopecia cicatrizal.⁴

No presenta un patrón histológico específico. Inicialmente se ven en dermis, edema e inflamación perivascular; algunas veces, trombosis intravascular. En las lesiones evolucionadas se puede ver una vasculitis obliterante en dermis profunda y, ocasionalmente, paniculitis. Se describen asimismo: destrucción total de los folículos pilosos, reacción granulomatosa, pustulación, necrosis de la epidermis y anexos, necrosis de la glándula ecrina y metaplasia escamosa de la glándula sebácea.^{2,4} Algunos autores encuentran que la mayoría de los folículos presentes están en catágeno.^{2,4}

Se informó de un caso en el que se observaron múltiples folículos pilosos en fase catágena, con cilindros prominentes de melanina y cuerpos apoptóticos en el epitelio.⁷ Encontramos cierta similitud de estos hallazgos con la histopatología de nuestro paciente, en la que la mayoría de los folículos (aunque escasos en número) se encuentran en catágeno; también se describe un folículo con tricomalacia. Los folículos catágenos se forman a través de un proceso de

apoptosis. El predominio de la fase catágena tanto en esta entidad, como en la alopecia areata o tricotilomanía, sugeriría un mecanismo fisiopatogénico común: la disrupción abrupta del anágeno. Por otro lado, la presencia de cilindros pigmentarios, característica importante en la tricotilomanía, reflejaría manipulación externa del pelo. Sin embargo, se especula que podría representar también un subproducto histológico del proceso de apoptosis.⁷

Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen: alopecia areata, tricotilomanía, pioderma gangrenoso, querion, dermatitis seborreica y de contacto, así como herpes.⁴

Como prevención se recomienda evitar la presión excesiva en un área específica del cuero cabelludo. Algunos autores del estudio Ochsner comprobaron que rotar la cabeza cada 30 minutos durante la cirugía y en el posquirúrgico hasta la extubación disminuye notablemente el porcentaje de casos.^{2,4,5,6}

El interés de este artículo radica en comunicar el caso de una patología infrecuente, sobre la cual la literatura dermatológica es limitada. Asimismo, se recomienda tener en cuenta que a pesar de que la alopecia postoperatoria es una complicación menor en comparación con las patologías a las que se asocia, puede ocasionar suficiente preocupación. Por lo tanto, anestesistas, cirujanos, terapeutas, al igual que dermatólogos, deben tener presente esta entidad de tan fácil prevención.

Los autores agradecen la colaboración de las doctoras V. Villoldo y C. Sorgentini.

REFERENCIAS

1. Abel, R. y G. Lewis, "Postoperative (Pressure) Alopecia", *Arch. Dermatol. Syphilol.* 1960; 81: 34-42.
2. Fernández Buezo, G. y J. Fraga Fernández, "Necrosis cutánea en áreas de presión tras cirugía cardiovascular", *Actas Dermosifiliogr.* 2000; 91: 191-203.
3. Wiles, J. y R. Hansen, "Postoperative (pressure) alopecia", *J. Am. Acad. Dermatol.* 1985; 12: 195.
4. Domínguez-Auñón, J. y L. Iglesias, "Pressure alopecia", *Int. J. Dermatol.* 2004; 43: 928-930.
5. Ben-Amitai, D. y B. Garty, "Alopecia in children after cardiac surgery", *Pediatr. Dermatol.* 1993; 10: 32-33.
6. Lee, W. S. y S. W. Lee, "Postoperative alopecia in five patients after treatment of aneurysm rupture with Guglielmi detachable coil: pressure alopecia, radiation induced, or both?", *J. Dermatol.* 2004; 31: 848-851.
7. Hanly, A. y M. Jorda, "Postoperative pressure-induced alopecia: report of a case and discussion of the role of apoptosis in non-scarring alopecia", *J. Cutan. Patol.* 1999; 26: 357-361.
8. Bhatt, H. y S. Mithlesh, "Pressure alopecia following vitreoretinal surgery", *A. J. Ophthalmol.* 2004; 137: 191-193.
9. Tomioka, T. y M. Hayashida, "Pressure alopecia in living donors for liver transplantation", *Can. J. Anaesth.* 2004; 186-187.



Foto 4. Repoblación total a los 6 meses..