

# Guía para pacientes con alopecia areata (AA)

---

ACADEMIA ESPAÑOLA  
DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLOGÍA



© Academia Española de Dermatología y Venereología

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio, incluyendo las fotocopias o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin la autorización por escrito del titular de los derechos.

Se ha realizado un gran esfuerzo al preparar esta guía para proporcionar una información precisa y actualizada que esté de acuerdo con la práctica y estándares aceptados en el momento de su publicación.

El contenido de esta guía refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de la AEDV.

## Prólogo

La Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) tiene, entre sus muchos objetivos, y de los más importantes, la información al público en general de las patologías más frecuentes de esta especialidad, reivindicando que el dermatólogo es el especialista de referencia para la misma. Dentro de este objetivo destaca especialmente la relación y vinculación con las asociaciones de pacientes, que representan la vía más adecuada para contactar con pacientes con distintas patologías cutáneas.

Desde hace años la AEDV mantiene, a través de su Fundación Piel Sana, reuniones periódicas con las asociaciones de pacientes con el objetivo de conocer

sus objetivos, necesidades... y poder colaborar, en la medida de nuestras posibilidades, con ellas.

Una de las peticiones comunes, manifestadas por estas asociaciones en diferentes reuniones que han mantenido con la Fundación, fue la de crear "Guías para Pacientes" por dermatólogos expertos --de referencia-- en las distintas patologías. Hoy podemos decir con satisfacción que este primer objetivo está logrado.

Esto no hubiera sido posible sin la colaboración de nuestros compañeros que, desde el primer momento, han aceptado de forma altruista esta colaboración. A ellos, nuestro más sincero agradecimiento. Es así mismo necesario agradecer

a la Fundación Piel Sana de la AEDV su apoyo y ánimo, desde su presidente hasta sus profesionales, y como no a las asociaciones de pacientes que nos han ayudado a corregir y mejorar estas publicaciones.

Nuestro único interés es que este trabajo, una vez vista la luz, sea de utilidad. Seguiremos trabajando en el beneficio de la Dermatología, de los dermatólogos y; sobre todo, de los pacientes con enfermedades cutáneas.

### **Dra. Isabel Belinchón Romero**

Presidenta de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) y de la Fundación Piel Sana

### **Dra. Yolanda Gilaberte Calzada**

Directora de la Fundación Piel Sana de la AEDV



## Alopecia areata

**Dr. J.C. Moreno Giménez**  
Presidente de Honor de la  
Academia Española de  
Dermatología y Venereología.

**Dra. A. Martín-Santiago**  
Dermatóloga.  
Directora del Área de  
Pacientes de la Fundación  
Piel Sana de la AEDV

**Dr. A. Buendía Eisman**  
Dermatólogo.  
Patrono honorífico de la  
Fundación Piel Sana de la AEDV

**Dr. D. Saceda Corralo**  
Dermatólogo.  
Miembro del grupo Español  
de Tricología y Onicología  
de la AEDV

## ¿Qué es la alopecia areata?

La AA o pelada (del término francés *pelade*) es un cuadro clínico caracterizado por pérdida de pelo habitualmente en cuero cabelludo pero que puede aparecer en cualquier zona pilosa. Esta caída se hace por zonas o áreas pudiendo tener una extensión o evolución muy variables.

Debe quedar claro que el cabello cae como consecuencia de un proceso inflamatorio, pero el folículo no se destruye por lo que es un tipo de alopecia reversible.

## ¿Qué formas clínicas puede presentar?

Existe una gran expresión de manifestaciones que van desde lesiones leves, apenas aparentes, hasta procesos extensos que afectan a toda la superficie cutánea. Así distinguimos:

- AA de placa única (Figura 1). Aparece una sola placa que puede alcanzar tamaño variable. Se caracteriza por presentar una ausencia completa de pelo en su interior. El pelo se desprende fácilmente de los bordes ante una pequeña tracción lo que indica actividad de la placa, que además es fácil de pellizcar (lo que no es habitual en un cuero cabelludo normal).



Figura 1.

- AA de múltiples placas. Son varias las zonas de alopecia no confluentes.
- Alopecia areata reticular (Figura 2). Aparece como consecuencia de la unión de varias placas lo que da lugar a una imagen "en red" con zonas de alopecia separadas por otras en las que el cabello está respetado.
- Alopecia areata ofiásica (Figura 3). La alopecia afecta a las zonas marginales del pelo (temporales o occipitales) que recuerdan el movimiento de una serpiente, de ahí el término *ofiásis*. Es una forma especialmente resistente al tratamiento y recuperar el pelo de la zona es difícil.
- Alopecia areata universal. Se afecta todo el cuero cabelludo. Incluso puede implicar a otras zonas del cuerpo (cejas, pestañas, barba, axilas, genital-es...). En este caso también se denomina alopecia areata total.

Hay algunas formas menos frecuentes:

- Sisaípho: una pérdida extensa de cabello en el cuero cabelludo central, mientras que la periferia del cuero cabelludo se encuentra respetada (forma invertida de Ofiasis). Se relaciona con buen pronóstico.
- Alopecia difusa y total aguda: una pérdida de cabello difusa abrupta con una progresión rápida a la pérdida total del cabello, principalmente en el cuero cabelludo de las mujeres, que se asocia con un pronóstico favorable y puede recuperarse espontáneamente incluso sin tratamiento.
- Alopecia areata incógnita: adelgazamiento difuso del cabello sin parches típicos, simulando un efluvio telógeno muy severo, es decir, como una caída del cabello puntual y transitoria muy exagerada, en un paciente con densidad de cabello aparentemente normal.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.

## ¿Por qué tengo AA?

La propia definición establece que "Alopecia areata es una alopecia inflamatoria de origen autoinmune". Es decir, existe un trastorno inmunológico, no alérgico, por el que determinados cabellos son considerados como 'extraños', lo que determina que nuestro organismo trate de eliminarlos a través de una respuesta inflamatoria mediada por linfocitos. Es lo que también se llama *pérdida de la tolerancia inmunológica*.

## ¿Por qué ocurre esto?

Es la pregunta del millón. Sabemos los mecanismos que producen la enfermedad,

pero ignoramos el agente desencadenante.

Otras teorías consideradas hasta ahora como la presencia de focos infecciosos (muelas picadas, infecciones virales...) o estrés no se consideran en el momento actual. Es cierto que existen casos que vienen precedidos de una situación estresante, por lo que se piensa que el estrés puede ser uno de los factores desencadenantes que ponen en marcha el mecanismo inmunológico. Por otra parte, la alopecia areata puede causar estrés.

“

**Sabemos los mecanismos que producen la enfermedad, pero ignoramos el desencadenante**

Aunque te parezca mentira no eres el único que padece este proceso ya que la sufren, o la han sufrido, aproximadamente entre el 0,5% y el 2% de la población mundial. No presenta diferencias por sexo ni raza, ya que afecta por igual a ambos sexos y a todas las razas.

Esta frecuencia hace posible que puedas conocer a otras personas afectadas por la enfermedad y compartir experiencias y sensaciones, de ahí lo importante que es contar con la asociación de pacientes con alopecia areata. (Asociación de Alopecia de la Comunidad de Madrid (ACMA). <http://asociacionalopecia.madrid.com/>)

## ¿Es solo una enfermedad del pelo?

¡No! Existen algunas comorbilidades que clásicamente se han postulado en relación con la AA como la dermatitis atópica, los trastornos tiroideos y algunas otras enfermedades inmunomediadas. Tu dermatólogo se encargará de investigarlas.

En la tabla 1 recogemos las comorbilidades descritas en pacientes con AA.

Dermatitis atópica
Rinitis alérgica
Vitiligo
Hiperinsulinemia y síndrome metabólico
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>
Enfermedades tiroideas
Conectivopatías
Enfermedades psiquiátricas: alexitimia, ansiedad
Hipoacusia neurosensorial
Anomalías oftalmológicas: abolición del reflejo corneal o alteraciones del fondo de ojo
Embarazo ectópico, preeclampsia y aborto
Anemia ferropénica
Cromosomopatías: Síndrome de Down, síndrome de Turner
Otros: Enfermedad de Addison, <i>miastenia gravis</i> y déficit de vitamina D

Tabla 1. Comorbilidades en AA

## ¿Es muy frecuente?

Un aspecto muy importante a tener en cuenta es el deterioro que produce sobre la calidad de vida no solo en los pacientes sino en su entorno familiar, con la consiguiente repercusión social. Dada la relativa frecuencia de la alopecia areata en la práctica dermatológica en España y su impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados, es fundamental proporcionar a los profesionales sanitarios herramientas que faciliten un manejo óptimo de esta enfermedad.

Las uñas también suelen afectarse sobre todo en formas extensas (Figura 5).

## ¿Cómo se mide la intensidad de la enfermedad?

La escala de medición SALT (*Severity of Alopecia Tool*) es la universalmente aceptada para valorar la gravedad de la AA. Se gradúa de 0 a 100% en 6 grados (S0-S5), en grado ascendente según la extensión de la alopecia en el cuero cabelludo. Para realizar dicha medición se emplea una aproximación basada en el porcentaje de superficie de 4 áreas del cuero cabelludo: cada lateral 18%, parte superior 40% y parte trasera 24% (Figura 6).



Figura 5.

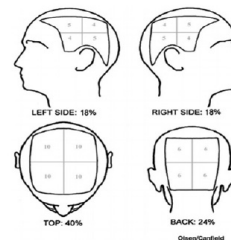


Figura 6. Medición SALT

Severidad	Extensión de la zona de la alopecia
Alopecia leve	20% o menos del cuero cabelludo
Alopecia moderada	21% al 49% del cuero cabelludo
Alopecia severa	50% al 100% del cuero cabelludo

Tabla 2.- Valoración de la AA. (Tomado de King B.A., Mesinkovska N.A., Craiglow B. et al. Development of the alopecia areata scale for clinical use: results of an academic-industry collaborative effort. *J Am Acad Dermatol.* 2022;86:359-64. doi: 10.1016/j.jaad.2021.08.043)

## ¿Cómo se diagnostica la AA?

El diagnóstico es generalmente fácil ya que la clínica es muy evocadora. En casos de duda la tricoscopia nos ayuda a establecer el diagnóstico. Pocas veces es necesario recurrir a la biopsia.

## ¿Cómo va a evolucionar mi enfermedad?

Es impredecible, sin embargo, un porcentaje alto de la enfermedad va a evolucionar favorablemente.

En el pronóstico se consideran factores negativos:

- Edad de comienzo de la enfermedad: las formas precoces son de peor pronóstico.
- Duración: a mayor duración peor pronóstico.
- Los signos ungueales acompañantes son, asimismo, signos de gravedad.
- Extensión: las formas universales/totales son más resistentes al tratamiento que las localizadas.
- Presencia de dermatitis atópica.

## ¿Cómo tratar la AA?

Existen diversas posibilidades que deben adaptarse a la situación clínica del paciente,

y muy especialmente a la extensión del proceso y a su repercusión sobre la calidad de vida.

## Tratamiento tópico

Los tratamientos tópicos son de elección en la AA poco extensa.

- **Corticoides.** Se emplean en formas poco extensas y se aconsejan los de alta potencia como el propionato de clobetasol al 0,05% en crema, solución o espuma, incluso puede recurrirse a oclusión. No es adecuado emplearlo en formas extensas (universal o total). Siempre deben considerarse los posibles efectos secundarios (atrofia, telangiectasias, absorción sistémica). Puede combinarse con cualquiera de los otros tratamientos tópicos y/o sistémicos.

Los corticoides pueden también utilizarse en infiltración intralesional, siendo el tratamiento de elección en AA de extensión limitada (<50% del cuero cabelludo) y áreas cosméticamente importantes como las cejas y la barba. Deben realizarse siempre por profesionales expertos. Dado el dolor que producen no se emplean en niños.

- **Inhibidores tópicos de la calcineurina (Pimecrolimus y tacrolimus).** Por si solo resultan poco eficaces, pero nos permiten disminuir la dosis de corticoides cuando los empleamos de forma conjunta.

- **Minoxidil.** Resulta más útil a concentraciones altas (5%) que bajas (1-3%). Su empleo en monoterapia es de poca eficacia por lo que se aconseja emplearlo con corticoides o antralinas o como complemento del tratamiento sistémico.
- **Ditranol.** Aunque es un tratamiento en desuso ha demostrado su utilidad especialmente en niños.
- **Inmunoterapia de contacto (Difenciprona o dibutil éster del ácido esquárico):** es un tratamiento muy eficaz pero su empleo no deja de tener cierta dificultad por lo que debe reservarse a casos seleccionados y realizarse por manos expertas.

### Tratamiento sistémico

Se emplea en casos muy extensos y cuando el tratamiento tópico fracasa o no es bien tolerado. Siempre debe ser manejado por el especialista.

- **Corticoides.** Se trata de la medicación más útil en el tratamiento de las formas extensas o resistentes de AA, siendo la pauta en "bolos" (dosis elevadas durante solo 2-3 días a la semana) la más recomendada ya que es eficaz y evita los efectos secundarios. Aunque la respuesta es buena, lo habitual es la recidiva al suspenderlos, por ello es recomendable realizar tratamiento combinado con otros medicamentos de los que enumeramos a continuación.

- **Inmunosupresores:** a) la ciclosporina es poco recomendada; b) el metotrexato es útil en monoterapia y sobre todo en combinación con corticoides sistémicos, incluso en niños; c) la azatioprina es poco empleada dada su poca eficacia y sus efectos secundarios, si bien existen pacientes tratados con éxito; d) sobre el micofenolato mofetilo hay poca experiencia.
- **Plasma rico en plaquetas.** No se aconseja su uso en monoterapia. Ha demostrado eficacia en el tratamiento de la AA de la barba y combinada con láser fraccionado y el *microneedling*.
- **Minoxidil.** La utilización de minoxidil oral a bajas dosis en AA es relativamente reciente por lo que se considera tratamiento alternativo a su aplicación tópica, lo que facilita su cumplimiento. Es bien tolerado y tiene una utilidad semejante a su uso local. No es aconsejable emplearlo en monoterapia.
- **Inhibidores de la JAK-quinasa.** Son nuevos medicamentos que actúan frente a los receptores JAK responsables de la reacción inflamatoria que determina la caída del pelo. Son medicamentos de reciente uso en alopecia areata, pero con un excelente perfil de seguridad que

conocemos gracias a su uso en otras enfermedades (artritis, dermatitis atópica, etc.). Los ensayos clínicos han demostrado su eficacia y tienen indicación aprobada para alopecia areata. Su elevado precio es una limitación para su empleo, aunque afortunadamente en España se financia por parte del Sistema Nacional de Salud para casos graves (extensión de más del 50% del cuero cabelludo) y sin opciones de tratamiento alternativo.

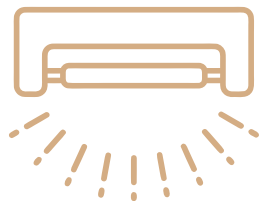
Las opciones aprobadas en Europa actualmente son baricitinib, ritlectinib y deuruxolitinib, pero otras alternativas están en fase de ensayo clínico en busca de su aprobación final (upadacitinib, rezpegaldesleukin...).

◦ **Otras terapias con menos evidencia científica:**

- La radiación ultravioleta se emplea en régimen PUVA o ultravioleta de banda estrecha. Aunque eficaz, es poco práctica ya que supone pérdida de horas de trabajo, y no es recomendable en niños.
- Láser de exímeros: aunque puede resultar útil en la mitad de los pacientes, suele ser caro y doloroso y no superior al empleo de otras terapias.
- Prótesis y camuflaje: Existen numerosas opciones para prótesis capilares parciales o totales, y extensiones y postizos removibles o fijos. La tricopigmentación se puede realizar en el área del cuero cabelludo y las cejas.

- Apoyo psicológico. Importante en este tipo de patologías.

Recientemente, el Grupo Español de Tricología y Onicología de la AEDV ha elaborado una guía terapéutica que aconsejamos consultar a las personas interesadas.



La radiación ultravioleta PUVA no es recomendable en niños.

## Bibliografía

- Saceda D, Arias-Santiago S, Barrutia A, et al, Consensus Document on the Clinical Management of Alopecia Areata: Recommendations from the Spanish Hair Research Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology, Actas Dermosifiliográficas (2026), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2026.104609>.
- Moreno JC. Terapéutica médica en Dermatología. Aula Médica. Toledo 2023.
- Camacho FM. Tricología. Aula Médica. Toledo 2013
- Vañó S, Jaén P. Manual práctico de tricología (2ª Edición). Cuquerella Medical Communications. Madrid. 2023.



---

ACADEMIA ESPAÑOLA  
DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLÓGIA

---

[fundacionpielsana.es](http://fundacionpielsana.es)  
[facebook.com/fundacionpielsana](https://facebook.com/fundacionpielsana)  
[x.com/pielsana\\_aedv](https://x.com/pielsana_aedv)

---