

Diagnóstico y Tratamiento del Cuero Cabelludo Sensible

Resumen objetivo elaborado
por el Comité de Redacción Científica de SIIC sobre la base del artículo
Cuero Cabelludo Sensible: Diagnóstico y Manejo Práctico

de
Guerra-Tapia A, González-Guerra E

integrantes de
Clínica Dermatólogas Guerra, Madrid, España; Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

El artículo original, compuesto por 33 páginas, fue editado por

Actas Dermo-Sifiliográficas

114(2):114-146, Feb 2023



En esta revisión se actualizan los conocimientos sobre la etiopatogenia del cuero cabelludo sensible, su diagnóstico y su tratamiento.

Introducción y objetivos

El cuero cabelludo sensible (CCS) es una entidad clínica nosológicamente compleja. Algunos expertos la consideran una manifestación de un trastorno sistémico o de otra afección cutánea; para otros, en cambio, el CCS es una entidad definida con características propias. Para los autores, la controversia del CCS es similar a la ocurrida con la piel sensible, que finalmente logró ser aceptada como entidad diferente después de un consenso internacional de expertos en 2017. La definición de piel sensible para este consenso fue la siguiente: "La piel sensible es un síndrome definido por la aparición de sensaciones cutáneas desagradables (escozor, ardor, dolor, prurito, sensación de hormigueo), en respuesta a estímulos que normalmente no deberían provocar tales sensaciones. Estas sensaciones desagradables no pueden explicarse por lesiones atribuibles a ninguna enfermedad de la piel, que puede parecer normal o presentar eritema. La piel sensible puede afectar a cualquier parte del cuerpo, especialmente la cara". La piel sensible, por lo tanto, es hoy reconocida como una entidad nosológica independiente que puede afectar diferentes localizaciones, incluido el cuero cabelludo (cara: 85%; manos: 58%; cuero cabelludo: 36%; pies: 34%; cuello: 27%; torso: 23%; espalda: 21%;).

El objetivo de los autores de la presente publicación fue revisar las características del CCS, especialmente su forma primaria, así como su epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.

Definición

El CCS se define como una piel sensible en la zona del cuero cabelludo. Se reconocen 2 tipos de CCS: primario, que se presenta en forma aislada o coincidente con alguna alopecia; y secundario, concomitante con alguna enfermedad cutánea del cuero cabelludo como dermatitis seborreica, psoriasis, dermatitis atópica o eccema de contacto, entre otras.

Epidemiología

La prevalencia del CCS se desprende principalmente de los estudios epidemiológicos de piel sensible. Los datos

disponibles son muy variables y oscilan entre 25% y 70% de la población general. Es más frecuente en las mujeres (prevalencia entre 10% y 30% mayor que en los hombres); algunos expertos sugieren que esta mayor prevalencia se debe a una percepción más intensa en las mujeres de los cambios cutáneos. El CCS se observa en diferentes etnias y no parece haber un patrón congruente ni en el bagaje genético ni en la distribución etaria de los pacientes; los factores psicosociales, las características culturales, las prácticas de higiene, la forma de vida y la contaminación ambiental, en cambio, influyen en la prevalencia del trastorno.

Manifestaciones clínicas

Hipersensibilidad

La hipersensibilidad subjetiva es la manifestación clínica por la cual, en general, el paciente llega a la consulta. Las quejas habituales incluyen escozor, prurito y tricodinia. El escozor se diferencia del prurito por su componente emocional, que conlleva incertidumbre, desazón y evitación de cualquier roce. Suele mejorar con el aire fresco y con agua fría tópica. El prurito del cuero cabelludo tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. El rasgado se convierte en una necesidad que trastorna la concentración y el bienestar. El prurito del CCS no suele producir erosiones.

La tricodinia (etimológicamente "dolor de pelo") es la sensación dolorosa atribuida al cabello. Los pacientes refieren que el dolor surge al peinarse, al cambiar de dirección los mechones o, a veces, espontáneamente. Puede aparecer de forma difusa por todo el cuero cabelludo o en zonas específicas, coincidentes con placas de alopecia de cualquier tipo e intensidad. Un estudio de 2002 sobre 403 pacientes con alopecia informó que el 20% de las mujeres y el 9% de los hombres refirieron tricodinia. Otras investigaciones han señalado porcentajes aún mayores.

Numerosos investigadores han asociado la tricodinia con factores psicológicos, como depresión, ansiedad, trastornos del sueño y estrés. La prevalencia de tricodinia es también alta en mujeres en tratamiento con quimioterápicos o con

tamoxifeno. No se han descrito hallazgos histológicos o metabólicos causales.

Piel normal o eritematosa

La piel del CCS puede tener aspecto normal o puede presentar diversos grados de eritema (una descripción antigua de "cuero cabelludo rojo" parece corresponder a lo que hoy se considera CCS). El eritema está formado por dilataciones capilares y telangiectasias, sin otros datos específicos. Los patrones vasculares son los de la piel normal (bucles rojos sencillos interfoliculares y líneas rojas ramificadas). Algunos autores han considerado que el CCS es una forma de rosácea eritematotelangiectásica de localización peculiar; sin embargo, la ausencia de otras manifestaciones de rosácea ha hecho que esta hipótesis sea desestimada en la actualidad.

Alopecia

El CCS puede coincidir o no con alguna forma de alopecia, con mayor frecuencia el efluvio telógeno o la alopecia androgénica, que también pueden cursar con tricodinia.

Trastornos psicológicos

Es frecuente la comorbilidad psicológica de los pacientes con CCS, sobre todo cuando cursa con tricodinia. Esta relación ha sido demostrada en diferentes estudios psicológicos de pacientes con CCS; se ha informado ansiedad, depresión, estrés y abordaje deficiente de las emociones. Por otra parte, la repercusión que producen los síntomas del CCS en la calidad de vida puede llevar a alteraciones psicopatológicas.

Etiopatogenia

No se conoce con certeza la fisiopatogenia del proceso. Las hipótesis postuladas incluyen hiperreactividad de los nervios cutáneos y activación de los canales para el receptor de potencial transitorio vaniloide-1 (TRPV1, por su sigla en inglés); estos canales se expresan en las terminaciones nerviosas, en los queratinocitos y en las células del sistema inmunitario, donde desencadenan la liberación cutánea de sustancia P y de otros neuropéptidos que causan los síntomas subjetivos.

Al igual que en el caso de la piel sensible, existen factores desencadenantes del proceso, tanto endógenos (estrés) como exógenos o ambientales (cosméticos capilares, minoxidil tópico, corticoides tópicos, fototerapia). La relación causa-efecto de un desencadenante es muchas veces difícil de precisar.

Diagnóstico

Dada la ausencia de un elemento patognomónico para el diagnóstico, este se configura mediante la anamnesis (hábitos, comorbilidad, fármacos, cosméticos, factores desencadenantes), el examen del cuero cabelludo y la tricoscopia. La Escala 3S se utiliza para valorar la intensidad de los síntomas.

La primera discriminación diagnóstica es entre CCS primario y CCS secundario. Entre los diagnósticos diferenciales, se recomienda considerar la disestesia del cuero cabelludo por trastorno neurológico (asociada con el liquen simple crónico), las lesiones nerviosas (traumatismo, pinzamiento, irritación), el síndrome trófico trigeminal y el herpes zóster trigeminal.

Tratamiento

El primer aspecto terapéutico es la eliminación de los factores desencadenantes. Se recomienda luego: 1) Eliminar cosméticos capilares y tratamientos tópicos. 2) Higiene capilar específica para CCS. 3) Tratamiento sistémico (en caso de eritema intenso, telangiectasias o tratamiento corticoide tópico previo): ciclo corto de corticoides orales (prednisona 0.5 mg/kg/día 7 días y disminución rápida de la dosis en otros 7 días); gabapentin 300 mg/24 h o pregabalina (75 mg/24 h). 4) Tratamiento tópico: pimecrolimus crema 10 mg/g una vez al día; formulación de ácido hialurónico para cuero cabelludo una o 2 veces al día, separada al menos 1 h de la aplicación de pimecrolimus. 5) Mesoterapia con plasma rico en factores de crecimiento plaquetarios (PRP), según pauta personalizada. Los productos de limpieza cutánea recomendados pueden contener elementos hidratantes como glicerina, ácido hialurónico, aceites vegetales o ceramidas. Si el paciente está recibiendo minoxidil tópico por alopecia, se puede considerar el pasaje a vía oral.

La formulación de un gel fluido transparente para hidratación cutánea puede incluir: hialuronato sódico 0.1% al 0.5%; glicerina 5%; hidroxipropilmetilcelulosa 1.5%; solución de parabenos 0.6% (conservante); polisorbato 1% (agente tensioactivo); agua purificada csp. 100 ml.

Conclusiones

El CCS es una entidad nosológica de reconocimiento reciente, que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes. Si bien se requieren avances en la investigación de la etiopatogenia del CCS, las recomendaciones terapéuticas actuales permiten tratar con efectividad a la mayoría de los pacientes con esta afección cutánea.