

11212
23

CENTRO DERMATOLOGICO

DR. LADISLAO DE LA PASCUA

S.S.A.

"ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE CON ALOPECIA AREATA"

Un estudio comparativo en 30 casos

T E S I S R E C E P C I O N A L

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

MEDICO DERMATOLOGO, LEPROLOGO Y MICOLOGO

P R E S E N T A

MARIA DEL PILAR } HERNANDEZ CAMPU.

MEXICO D.F.,

28/7/85
~~1978~~

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CON AFECTO, RESPETO Y ADMIRACION AL
DR. FERNANDO LATAPI C. QUIEN COMO
MAESTRO ME HA MOSTRADO EL CAMINO
DE LA ENSEÑANZA Y EL APRENDIZAJE .

A LOS MAESTROS :

DRA. OBDULIA RODRIGUEZ .

DR. AMADO SAUL .

DR. EDUARDO CASTRO .

DR. OCTAVIO FLORES .

QUIENES TAN CERTERAMENTE HAN
COMPLEMENTADO MI ENSEÑANZA .

S U M A R I O

INTRODUCCION	I
SINONIMIA	1
DEFINICION	
ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS	
CUADRO CLINICO	10
VARIEDADES CLINICAS	11
EVOLUCION	12
EPILOGIA	
HISTOLOGIA	15
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	
TRATAMIENTO	17
MATERIAL Y METODOS	20
RESULTADOS	21
RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLOGICAS	29
DISCUSION	35
CONCLUSIONES	38
CASOS CLINICOS	39
BIBLIOGRAFIA	59

I N T R O D U C C I O N

I

ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE CON ALOPECIA AREATA

Un estudio comparativo en 30 casos

Ha existido desde hace mucho tiempo un desacuerdo entre los médicos que practican la medicina general, dermatólogos e inclusive los de otras ramas como la Psiquiatría, sobre la etiología de la Alopecia Areata y sus formas severas: alopecia total y alopecia universal, ya que la evidencia clínica sugiere un proceso de somatización que hace concluir a algunos autores en que el proceso entra en la categoría de entidades psicósomáticas y cambios orgánicos que en muchas ocasiones han sido estudiados sugieren que la repercusión psíquica sobre el padecimiento es nula o secundaria.

Habiendo observado durante nuestra estancia en el Centro Dermatológico - Ladislao de la Pascua lo frecuente de la alopecia areata en la consulta externa, y aunque sin poder precisar el tipo de trastorno psíquico, nos inclinamos a pensar que existe; esto lo hemos podido palpar en diferentes grados en casi todos los pacientes.

El presente trabajo tiene como fin el estudiar en este aspecto "la personalidad" del paciente con alopecia areata, para tratar de establecer la importancia que tiene el factor emocional sobre la naturaleza y génesis del padecimiento ya que por su misma frecuencia en la práctica médica y dado sus oscuros antecedentes el tratamiento es difícil.

El estudio que nos proponemos realizar incluye el conjunto de varias pruebas que logran en esta forma desmenujar en lo posible esta área de la Psicología: "la personalidad", de la cual no es posible dar una definición que

.....podiera ser unánimemente aceptada, ya que presenta múltiples facetas e incluye componentes que son inconcientes. Pero no debemos entender como Personalidad a la supuesta simpatía, poder o distinción mundanos, que la gente cree pueden adquirirse por algún tipo ambiguo de régimen cultural, sino al conjunto de las capacidades y tendencias constitucionales, afectivas, ideológicas y volitivas que caracterizan al individuo y determinan en gran parte los rasgos habituales de su conducta. Así como tampoco hay un acuerdo total en lo que se refiere hasta que punto la personalidad es constitucional o inherente y, consecuentemente, inmodificable, o hasta que punto es moldeada por las experiencias emocionales e influencias ambientales. Debe considerarse, no obstante, como una unidad psicósomática en cuya formación contribuyen elementos constitucionales y fuerzas mentales. La personalidad es por lo tanto la expresión de todas las características del individuo, y éste vive y se comporta según diversas circunstancias. La estructura de la personalidad es determinada, en un grado no despreciable, por todas las experiencias de la vida, especialmente aquellas ocurridas en la lactancia y primera infancia, época en la que se establecen las normas elementales de conducta, emotividad y hábito.

Para hacer las conclusiones nos valdremos de una correlación de los estudios médico general, dermatológico y los datos psicológicos y psiquiátricos encontrados.

Terminamos la introducción haciendo señalar que los resultados que de este estudio se obtengan son producto de todo nuestro esfuerzo, con el afán de aportar datos de utilidad que nos orienten al menos a entender este padecimiento.

SINONIMIA : Alopecia areata, alopecia en áreas, pelada.

DEFINICION: Es una dermatosis reversible e idiopática caracterizada por pérdida de pelo en forma repentina, generalmente en placas, sin ninguna sensación en particular (1, 15, 19) y que involucra primeramente la piel cabelluda, pero también las cejas, el mentón y otros sitios pilosos del cuerpo pueden estar afectados. (24).

ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS : Aurelio Celso, Médico Romano (siglo-^{años} 250 A.C.) fué el primero en describir en el libro sexto de su tratado " De re Médica " en el capítulo " De Areis " la Ophiasis, palabra que fué designada para referirse a la configuración como serpiente de la alopecia areata, localizada alrededor de la piel cabelluda, llamada también pelada en corona de la infancia, rara en el adulto que comienza en la nuca y crece por el borde de la piel cabelluda en dos bandas que se extienden a las sienes y a la rrente; su topografía es regular y simétrica, es particularmente rebelde como lo son por lo demás todas las peladas que invaden el borde de la piel cabelluda. En el adulto es como un pobre pronóstico para la salida del pelo y que en general debe ser reservado cuando este tipo de alopecia no cicatrizal se vea.

Actualmente en memoria de este antiguo médico, a la enfermedad se le llama " Area Celsi ".

El término ALOPECIA AREATA fué adoptado primero por Jonhstone (1644) y posteriormente por Sauvage (1768).

Plumbe (1837) describe dos casos en adultos, en los cuales había caída de pelo de pocas semanas de evolución en piel cabelluda, cejas y pestañas en pacientes con conflictos y mala salud.

Hutchinson (1858) hace el reporte de un estudio durante tres años, de casos encontrados en un hospital dermatológico.

Hebra y Kaposi (1874) reportan que el padecimiento aparece súbitamente.

... sin ningún antecedente visible, ni de cambios anatómicos en la estructura de la piel, y que también súbitamente se detiene en su evolución.

Hutchinson (1893) refiere sin mayores explicaciones, que aunque clínicamente de las lesiones se excluya una etiología neurótica; el modo en que el padecimiento se desarrolla, la usual ausencia de simetría bilateral, la forma redonda u oval de las zonas, su tendencia a progresar serpiginosamente son para él conclusiones evidentes de que el padecimiento no es de origen neurótico.

Jacquet en 1902 (10) en su teoría distrófica señala que después de una enfermedad anergizante predisponente, la pelada estaría determinada y fijada por irritaciones locales, periféricas, viscerales o centrales, siendo las de origen dental las más frecuentes (erupción de dientes, muela del juicio, caries dental, alveolitis etc.)

Sabouraud en 1911 (27) al informar sobre la etiología de la pelada señala que esta afección es hereditaria o familiar por lo menos en el 22 % de los casos, y que la sífilis o heredo sífilis se encuentran en un 70 % de peládicos.

O'Donovan en 1927 basado en la revisión de 15 casos de alopecia areata notó " que una mayoría de ellos eran psíquicos en su origen " .

Hingston (1939) sugiere tentativamente que la alopecia areata es una reacción psicósomática en ciertos tipos de personalidad.

Waisman en 1941 (32) hace una revisión de 138 casos de pacientes con alopecia areata para estudiar a los pacientes desde el punto de vista endocrínológico y concluye que el crecimiento del pelo puede continuar después de la extirpación de cualquier órgano de secreción interna y que la influencia del factor endócrino es probablemente regulador mas que determinante, y agrega que la frecuencia en que se presenta alopecia y enfermedad endócrina es relativamente rara y que su asociación parece incidental.

Deutsch en 1952 (8) intenta plantear algunas consideraciones psicodinámicas de alteraciones de piel conocidas como psicósomáticas, mediante el estudio pletismográfico a un paciente, en que el registro del volúmen del brazo derecho se encontraba aumentado, así como la frecuencia de las respiraciones al aplicar el estímulo doloroso. El paciente fué diagnosticado clínicamente de alopecia areata y de liquen plano asociado. Tal alteración en el registro fué atribuída a que el paciente estudiado, presentaba complejo de culpa por práctica masturbatoria en relación al complejo de Edipo, con claras muestras de rechazo hacia la figura paterna por su rigidez extrema al educarlo.

Civatte en 1953 (1) en su Compendio Dermatológico, se aventura a decir que la etiología y patogenia de la alopecia areata puede derivar verosimilmente de un mecanismo endocrinosimpático y que este puede estar influido por causas diversas y a menudo por sífilis; que diversas lesiones dentales u otras ejercen a menudo una acción localizadora, pero deja abierta la posibilidad a comprobación por investigaciones que sigan esas vías.

Obermayer (1955) (19) hace una revisión amplia del tema en su libro, y recopila las opiniones de otros autores (Buschke, Levy, Franckel y cols, Bigham Goheke y Holschmidt) quienes encuentran repercusiones orgánicas en relación al padecimiento tales como: alteraciones en glándula tiroides, cambios degenerativos en fibras nerviosas, daño al nervio simpático. Sin embargo él se inclina por la teoría psicogénica, por la presencia de inestabilidad emocional que encuentra en muchos de sus pacientes, principalmente de tipo shock mental o de ansiedad aguda. Y considera a la alopecia areata como la expresión somática de una neurosis y posiblemente representante de una alteración del sistema nervioso autónomo con factores emocionales de importancia; señala a diversos autores (Becker, Benzean, Montgomery, Petre, Fusey entre otros) que han probado los papeles precipitantes de la alopecia areata como son los

... estados de tensión emocional, fatiga y shock.

Kopf W. en 1957 (12) estudia los niveles de fosfatasa alcalina en alopecia areata; enzima que actúa como catalizador orgánico en procesos de fosforilación bioquímica de carbohidratos, proteínas y metabolismo de grasas, sin embargo su papel en procesos cutáneos metabólicos es desconocido; reporta niveles normales o aumentados ligeramente de la enzima en fase de anágeno (fase de crecimiento del pelo), disminuye el nivel en catágeno (fase transicional) y prácticamente desaparece durante el telógeno (fase restante). Señala también que la actividad de la fosfatasa alcalina aumenta en fase de anágeno como respuesta a la administración intradérmica de cortisona en las áreas afectadas, respuesta que clínicamente ha sido reportada pero sin cuantificar la enzima. Concluye que aunque el papel de la fosfatasa alcalina sigue siendo desconocido, los niveles variables de ella en varios estados del crecimiento del pelo, indican que la rápida proliferación de las células foliculares requieren de la presencia de grandes cantidades de fosfatasa alcalina y demuestra que todas las estructuras de las diversas fases de histodiferenciación están asociadas con la degradación de la misma.

Macalpine en 1958 (15) estudió 125 pacientes en un período de 7 años para investigar la influencia del factor psicológico para causar alopecia areata. Algunos eventos fueron anotados como condiciones favorables al desarrollo de alopecia areata, 14 pacientes (11%) tuvieron antecedentes de otros padecimientos dermatológicos: dermatitis seborreica, liquen plano, neurodermatitis, rosácea, hiperhidrosis y vitiligo, 6 pacientes (5.5%) tuvieron otras enfermedades como obesidad, diverticulitis, úlcera péptica, anemia perniciosa, tuberculosis y tirotoxicosis. En esta serie el porcentaje de asociación con embarazo fué de 7 pacientes de 77 remanidos (9%). La incidencia familiar se observó en 12 pacientes con antecedentes de alopecia areata en otros miembros de la familia. Pero concluye que el estudio no produjo evidencia

. . . . para valorar con amplitud qué factores psicológicos, enfermedad mental o shock mental entran en juego como causantes del desorden .

Reinhold en 1960 (23) hace un estudio de 52 casos de alopecia areata y 27 de urticaria crónica para conocer la parte que juegan los disturbios emocionales en el desarrollo de ambos padecimientos; sus pacientes fueron controlados durante 19 meses y tratados con psicoterapia durante mas de un año. En -
contró que en ambos grupos había antecedentes de un stress importante en su vida, problemas moderados, severos o ambos antes del ataque de alopecia areata y urticaria crónica, así como una buena respuesta de los padecimientos a la psicoterapia. Se concluyó que en ciertos casos el stress juega una parte importante en la causa de alopecia areata y urticaria crónica.

Winkelmann en 1960 (33) elige 22 pacientes de alopecia areata al azar, para estudiar una de las teorías más comunes que trata de explicar la etiología del padecimiento como son los cambios inflamatorios y degenerativos de los nervios cutáneos, Mediante estudio histopatológico anota que la inervación somática del folículo fué normal en todos los pacientes, aunque ese fué observado en diversas fases de desarrollo. Comenta que al menos por su estudio no fué posible determinar la relación entre la alteración de la inervación del folículo piloso y la alopecia areata.

S. Burton en 1964 (25) mediante su trabajo de alopecia areata como una aparente relación con factores psíquicos, estudia un paciente con historia de pérdida de pelo relacionada con emociones ostensibles en varias etapas de su vida como repetición de un año escolar a los 15 años, requerimiento militar a los 21 años presentando en cada ocasión recidiva del ataque peládico, fué visto en psiquiatría por ansiedad y depresión y su tratamiento incluyó tratamiento tópico. Su estado emocional mejoró ostensiblemente pero hubo poca mejoría de las zonas peládicas. Por lo antes anotado, el autor piensa en una estrecha relación entre factores emocionales y alopecia

. . . . areata.

DeFeo CH. en 1965 (6) en su artículo " Dysfunction of Hair Growth " (disfunción del crecimiento del pelo") hace una revisión del tema, donde la alopecia areata queda incluida en el primer grupo que comprende las alopecias no cicatrizales, junto a la tinea capitis, tricotilomanía, alopecias por tracción y por presión, alopecia post furuncular y alopecia mucinosa. Señala los conceptos de los diferentes autores sobre el padecimiento y enfatiza que el pronóstico es bueno cuando la placa es única; que se debe ser cautos en hacerlo cuando ha habido recurrencias, así como cuando hay mas de una área alopécica o se han presentado a edades tempranas.

Summerly y cols. en 1966 (26) estudian 58 pacientes con alopecia areata con examen oftalmológico usando lámpara para fondo de ojo para detectar la presencia de cataratas, contra 20 pacientes controles con visión clínicamente normal. Hace el hallazgo de opacidad del cristalino en un 17 % en los pacientes alopécicos y sólo cambios menores del cristalino en los controles (20%) como opacidades puntiformes en la corteza y opacidad subcapsular posterior. Comenta que el desarrollo de cataratas en alopecia areata es extraordinariamente rara con sólo 6 casos reportados en la literatura (5 pacientes de Muller y Brunsting (1963)) y considera que el estudio de fondo de ojo solamente es necesario en pacientes de alopecia areata que tengan deterioro de la visión.

Mehlman y cols. en 1968 (16) en su extenso trabajo sobre la alopecia areata en pacientes muy jóvenes considera que el padecimiento entra dentro de las enfermedades psicosomáticas y estudia un grupo de 20 pacientes evaluados psiquiátricamente durante 3 años, y los clasifica dentro de 5 grupos de acuerdo al factor precipitante del padecimiento 1) destete traumático, 2) abandono 3) ansiedad neurótica, 4) nacimiento de un hermanito y 5) pérdida. Enfatiza que el trabajo no intenta ser estadístico sino con el deseo de re-

. . . . portar ciertas observaciones, como, el período de dos semanas que existe entre el evento de gran importancia emocional y el inicio de los síntomas (llamado período de stress en pacientes adultos) período que ocurre con mucha regularidad y que hace descartar el hecho de que casi todos los pacientes que consultan han tenido en la vida dificultades relativamente severas y no han presentado el padecimiento. Que en el paciente hay una estructura de ego vulnerable y un factor precipitante reciente. Y analiza que realmente es muy poco por ejemplo lo que se sabe del porqué es la piel el órgano afectado en este padecimiento.

Cunliffe (1969) (3) en un grupo de 76 pacientes de alopecia areata estudia la incidencia de enfermedad tiroidea comparativamente a un grupo similar de pacientes con psoriasis y a un grupo similar de población general. Hace el hallazgo que en pacientes masculinos el 36% presentaron enfermedad tiroidea y alopecia areata y un 26% en el grupo de psoriasis. En los pacientes del sexo femenino con alopecia areata un 33% presentaron enfermedad tiroidea y solo un 12% en el grupo de psoriasis. Así mismo observa que la incidencia de anemia perniciosa, artritis reumatoide y diabetes mellitus fué mayor en pacientes de alopecia areata que en los de población general. Para el estudio hace la detección de anticuerpos tiroglobulínicos así como anticuerpos microsomaes tiroide específicos por reacción de fijación de complemento.

Lombardo 1970 (14) practica estudio electroencefalográfico a 65 pacientes para definir las alteraciones en el trazo que accidentalmente había encontrado en enfermos con alopecia areata. Refiere que sólo en 18 sujetos (21.7%) los trazos fueron normales, 28 pacientes (33.8%) tuvieron anomalías de carácter irritativo y el resto (44.5%) registraron una desincronización a bajo voltaje con exceso de ritmos teta difusos, con trazos planos en sujetos clínicamente ansiosos. Señala que las estructuras a las que se les atrib-

.buye actualmente el estado de la conciencia, son el cerebro, hipotálamo, diencéfalo, hipófisis y substancia reticular del sistema neurovegetativo y que fenómenos capaces de alterar la conciencia podrán traducirse en alteraciones en el trazo electroencefalográfico. Concluye que no es posible aclarar cual es la utilidad de las investigaciones hechas en relación con la alopecia areata pero el hecho de encontrar disturbios en los trazos, en un elevado numero de pacientes pueden sugerir que el sistema nervioso puede estar involucrado.

En 1971 Muller y Winkelmann (29) en un breve artículo reportan que encontraron en 31 pacientes estudiados que presentaban alopecia areata, una imagen de vasculitis en la dermis con infiltración celular a lo largo de vasos próximos a los folículos pilosos, infiltrado que consistió en células histiolinfoides con mezcla de linfocitos y células plasmáticas; la vasculitis guía hacia la destrucción del vaso, lo cual dá como resultado una disminución importante en la luz del mismo. Ello sugiere que la diferencia entre la alopecia areata y la alopecia universal o total fué únicamente el grado de cambios involucrados.

Muller en 1973 (18) hace una amplia revisión del tema " Alopecia y síndromes de significancia genética". La alopecia areata la considera como única representante en su grupo, y refiere que en el aspecto genético observaron una incidencia familiar del 10%. El resultado del pedegree practicado a una familia con miembros afectados en 3 generaciones fué estudiado y trató de explicar el hecho, argumentando que los casos de alopecia areata fueron determinados por un gen autosómico dominante con una penetrancia incompleta.

Main y cols. en 1975 (17) emprende un estudio para determinar la presencia de autoanticuerpos de músculo liso en pacientes de alopecia areata, comparado con un grupo semejante en sexo y edades de población general. Hace el hallazgo de un significativo incremento de autoanticuerpos señalados, en

el grupo de pacientes alopecicos, incremento que no sufrió variaciones de acuerdo a las edades y sexo de los pacientes, ya que se han reportado estos cambios en otros estudios y que han sido explicados al pensar que factores extrínsecos como una infección viral pueden ser capaces de hacerlo, con mayor frecuencia citomegalovirus (Ajdukiewicz y cols. 1972). Main reconoce sin embargo, que lo anterior puede tener explicación al aplicarlo sobre su hallazgo y que la infección viral podría explicar el aumento de autoanticuerpos de músculo liso posiblemente por infección directa del músculo pilo erector que envuelve el folículo del pelo. Deja esta posibilidad abierta a investigación para estudios posteriores.

Carter y Jegasothy en 1976 (4) basándose en que los factores inmunológicos y autoinmunes se han invocado como causantes de alopecia areata, y que los pacientes con síndrome de Down presentan estas alteraciones, hacen un estudio de 214 pacientes con trisomía 21 para detectar la frecuencia de alopecia areata en el terreno que ofrecen estos pacientes. Reportan la presencia de alopecia areata en 19 casos (8.9%), resultado que les hace sospechar que los factores inmunogenéticos desempeñan un papel importante, ya que la incidencia de alopecia areata en población general aproximadamente es de 1% , de 1.5 en pacientes dermatológicos y de 0.1% en pacientes con retraso mental y que no tienen síndrome de Down.

Por los datos publicados es difícil por lo tanto sacar alguna conclusión acerca de la etiología de la alopecia areata. Muchos autores han hecho su estudio a un paciente o a un número pequeño de ellos, lo que no nos da idea de la frecuencia con que el hallazgo puede repetirse en un grupo que se considere de valor estadístico. En otros, el método empleado puede ser considerado poco digno de confianza en donde entran parámetros sujetos a grandes variabilidades como son técnicas de laboratorio, hallazgo en animales etc. Factores que en si reunidos son de vital importancia para el estudio

. .del padecimiento.

Hasta donde hemos logrado investigar, no se han hecho estudios de índole psicológico y psiquiátrico a los pacientes de alopecia areata mediante pruebas ya establecidas, a pesar que se sospecha que estos pacientes presentan inestabilidad emocional, y que ha llevado incluso a proponer la teoría psicogénica para tratar de explicar la etiología de la alopecia enfermedad.

FRECUENCIA: La enfermedad se presenta entre los 20 y 30 años de edad, pero puede ocurrir a cualquier edad, se considera que el 20 % de los casos son niños (18). En relación al sexo, hombres y mujeres se encuentran afectados aproximadamente con la misma frecuencia, solo reportes aislados como el de Arnold (1) en su estudio hecho en Hawaii, encuentra una desproporción prevalente en el sexo masculino en japoneses de esa isla.

Se estima que la frecuencia es de 30 a 100 por cada 100,000 habitantes (18) y Anderson la refiere del 2% de 15,000 pacientes vistos en clínicas dermatológicas.

En México constituye aproximadamente el 1% de todas las dermatopatías, y es un poco más común en el hombre. Se presenta igualmente entre la tercera y cuarta décadas de la vida (24).

Su incidencia en población general es desconocida, pero se calcula sea de 1 %, de 1.5 % en pacientes dermatológicos y en 0.1 % en pacientes con retraso mental (4).

En su distribución se considera que puede afectar todas las razas, y presentarse en cualquier parte del mundo.

CUADRO CLINICO: La lesión característica de la enfermedad es la formación de un área alopécica; la lesión inicial mide de 2 a 3 centímetros, su forma es generalmente redonda u oval, puede crecer periféricamente o permanecer estacionaria. Las áreas desnudas pueden aparecer simultáneamente o consecutivamente y pueden llegar a confluir, en la periferia de las placas se en-

. .del padecimiento.

Hasta donde hemos logrado investigar, no se han hecho estudios de índole psicológico y psiquiátrico a los pacientes de alopecia areata mediante pruebas ya establecidas, a pesar que se sospecha que estos pacientes presentan inestabilidad emocional, y que ha llevado incluso a proponer la teoría psicogénica para tratar de explicar la etiología de la alopecia enfermedad.

FRECUENCIA: La enfermedad se presenta entre los 20 y 30 años de edad, pero puede ocurrir a cualquier edad, se considera que el 20 % de los casos son niños (18). En relación al sexo, hombres y mujeres se encuentran afectados aproximadamente con la misma frecuencia, solo reportes aislados como el de Arnold (1) en su estudio hecho en Hawaii, encuentra una desproporción prevalente en el sexo masculino en japoneses de esa isla.

Se estima que la frecuencia es de 30 a 100 por cada 100,000 habitantes (18) y Anderson la refiere del 2% de 15,000 pacientes vistos en clínicas dermatológicas.

En México constituye aproximadamente el 1% de todas las dermatopatías, y es un poco más común en el hombre. Se presenta igualmente entre la tercera y cuarta décadas de la vida (24).

Su incidencia en población general es desconocida, pero se calcula sea de 1 %, de 1.5 % en pacientes dermatológicos y en 0.1 % en pacientes con retraso mental (4).

En su distribución se considera que puede afectar todas las razas, y presentarse en cualquier parte del mundo.

CUADRO CLINICO: La lesión característica de la enfermedad es la formación de un área alopécica; la lesión inicial mide de 2 a 3 centímetros, su forma es generalmente redonda u oval, puede crecer periféricamente o permanecer estacionaria. Las áreas desnudas pueden aparecer simultáneamente o consecutivamente y pueden llegar a confluir, en la periferia de las placas se en-

.....encuentran unos cabellos rotos característicos, denominados peládicos, -
mas abundantes en ciertos casos y del lado en que una placa se halla en vías
de extenación, son de 2 a 6 milímetros de longitud, terminados en pincel, ne-
gros en su mitad o dos tercios distales, muy adelgazados, afilados y desco-
loridos por el lado de la raíz que termina por un ligero ensanchamiento; -
tienen la forma denominada en maza o en signo de admiración. Implantados -
muy superficialmente, se arrancan con las pinzas con facilidad sin romperse
nunca lo que los hace diferentes a los pelos en las tinias, y sin contener -
esporas. Sabouraud demostró (1922) que resultan de la fractura de los cabe-
llos cuya papila se ha atrofiado por inhibición. La placa reciente de pela-
da es con cierta frecuencia sonrosada, algo edematosa en su aspecto y acri-
billada de orificios pilosos dilatados; al cabo del tiempo disminuye un po-
co en su apariencia turgente, se vuelve de color blanco, completamente lisa
y suave al tacto. Cuando ha sido artificialmente irritada por tratamientos-
tópicos una pelada puede ser roja, escamosa o costrosa.

Si todo el pelo de la cabeza se ha perdido, los dermatólogos la refieren
como alopecia total, y si todo el pelo se ha perdido se le llama alopecia -
universal (11). La alopecia areata es asintomática aunque ocasionalmente -
los pacientes pueden referir escasa comezón o punzadas que preceden a la caí-
da del pelo. Cambios en las unas algunas veces están asociadas, siendo de -
tipo de "piquetes de alfiler" como en la Psoriasis aunque menos numerosos.

El crecimiento del pelo ordinariamente ocurre no obstante el tratamiento
o después de repetidos ataques por períodos que varían de meses a años.

VARIETADES CLINICAS: se pueden describir algunas variedades (1) como sigue:

- a) Una forma de placas múltiples y pequeñas que recuerda la alopecia en cla-
ros.
- b) La Orlasis de Celso o "pelada en corona" de la infancia, rara en el adul-
to.

.....encuentran unos cabellos rotos característicos denominados peládicos, -
mas abundantes en ciertos casos y del lado en que una placa se halla en vías
de extensión, son de 2 a 6 milímetros de longitud, terminados en pincel, ne
gros en su mitad o dos tercios distales, muy adelgazados, afilados y desco-
loridos por el lado de la raíz que termina por un ligero ensanchamiento; -
tienen la forma denominada en maza o en signo de admiración. Implantados -
muy superficialmente, se arrancan con las pinzas con facilidad sin romperse
nunca lo que los hace diferentes a los pelos en las tiñas, y sin contener -
esporas. Sabouraud demostró (1922) que resultan de la fractura de los cabe-
llos cuya papila se ha atrofiado por inhibición. La placa reciente de pela-
da es con cierta frecuencia sonrosada, algo edematosa en su aspecto y acri-
billada de orificios pilosos dilatados; al cabo del tiempo disminuye un po-
co en su apariencia turgente, se vuelve de color blanco, completamente lisa
y suave al tacto. Cuando ha sido artificialmente irritada por tratamien-
tópicos una pelada puede ser roja, escamosa o costrosa.

Si todo el pelo de la cabeza se ha perdido, los dermatólogos la refieren
como alopecia total, y si todo el pelo se ha perdido se le llama alopecia -
universal (11). La alopecia areata es asintomática aunque ocasionalmente -
los pacientes pueden referir escasa comezón o punzadas que preceden a la caí
da del pelo. Cambios en las uñas algunas veces están asociadas, siendo de -
tipo de "piquetes de alfiler" como en la Psoriasis aunque menos numerosos.

El crecimiento del pelo ordinariamente ocurre no obstante el tratamiento
o después de repetidos ataques por períodos que varían de meses a años.

VARIETADES CLINICAS: se pueden describir algunas variedades (1) como sigue:

- a) Una forma de placas múltiples y pequeñas que recuerda la alopecia en cla-
ros.
- b) La Orlasis de Celso o "pelada en corona" de la infancia, rara en el adul-
to.

c) La pelada decalvante, que se inicia como la forma común de alopecia areata y bruscamente en pocos días se generaliza a la totalidad de la piel cabelluda e inclusive a otras zonas pilosas, algunas veces respetando un mechón o algunos islotes.

EVOLUCION: La evolución de la alopecia areata es muy variable e impredecible aunque casi siempre autocontrolable (1, 24), pero el promedio aproximado es de cerca de 2 años. Los casos ligeros curan de 2 a 6 meses, sin embargo los casos severos pueden persistir. Las recaídas, la aparición de placas nuevas antes de la curación de las primeras son extremadamente frecuentes, cae el pelo sin que el paciente se dé cuenta al principio, hasta un límite predeterminado y detectable al desprender, sin dolor, del pelo de las orillas de la placa con lo que sabremos hasta donde vá a crecer ésta. Al cabo de algunas semanas, a veces de algunos meses vuelve a salir el pelo en forma de un fino vello como lanugo; este es reemplazado por el crecimiento del pelo fuerte, el cual sin embargo puede crecer blanco; sin embargo el pelo puede no retornar y dejar establecidas zonas desnudas permanentes y aun ir progresando para variar a sus formas mas severas de alopecia total y universal.

Las lesiones de la nuca son las mas persistentes. En casos de alopecia areata de muchos años estacionaria el crecimiento puede ser insuficiente, sin embargo se sabe que la papila no se vuelve atrófica pues el pelo puede crecer en cualquier momento.

ETIOLOGIA: La causa de la alopecia areata es desconocida como atestiguan la multiplicidad de hipótesis y la infinidad de estudios que se han hecho para establecerla.

A lo largo de la historia se han propuesto diversas teorías, así tenemos:

-Teoría de la transmisibilidad o contagiosidad.

-Teoría parasitaria local.

-Teoría nerviosa.

c) La pelada decalvante, que se inicia como la forma común de alopecia areata y bruscamente en pocos días se generaliza a la totalidad de la piel cabelluda e inclusive a otras zonas pilosas, algunas veces respetando un mechón o algunos islotes.

EVOLUCION: La evolución de la alopecia areata es muy variable e impredecible aunque casi siempre autocontrolable (1, 24), pero el promedio aproximado es de cerca de 2 años. Los casos ligeros curan de 2 a 6 meses, sin embargo los casos severos pueden persistir. Las recaídas, la aparición de placas nuevas antes de la curación de las primeras son extremadamente frecuentes, cae el pelo sin que el paciente se dé cuenta al principio, hasta un límite predeterminado y detectable al desprender, sin dolor, del pelo de las orillas de la placa con lo que sabremos hasta donde vá a crecer ésta. Al cabo de algunas semanas, a veces de algunos meses vuelve a salir el pelo en forma de un fino vello como lanugo; este es reemplazado por el crecimiento del pelo fuerte, el cual sin embargo puede crecer blanco; sin embargo el pelo puede no retornar y dejar establecidas zonas desnudas permanentes y aun ir progresando para variar a sus formas mas severas de alopecia total y universal.

Las lesiones de la nuca son las mas persistentes. En casos de alopecia areata de muchos años estacionaria el crecimiento puede ser insuficiente, sin embargo se sabe que la papila no se vuelve atrófica pues el pelo puede crecer en cualquier momento.

ETIOLOGIA: La causa de la alopecia areata es desconocida como atestiguan la multiplicidad de hipótesis y la infinidad de estudios que se han hecho para establecerla.

A lo largo de la historia se han propuesto diversas teorías, así tenemos:

-Teoría de la transmisibilidad o contagiosidad.

-Teoría parasitaria local.

-Teoría nerviosa.

c) La pelada decalvante, que se inicia como la forma común de alopecia areata y bruscamente en pocos días se generaliza a la totalidad de la piel cabelluda e inclusive a otras zonas pilosas, algunas veces respetando un mechón o algunos islotes.

EVOLUCION: La evolución de la alopecia areata es muy variable e impredecible aunque casi siempre autocontrolable (1, 24), pero el promedio aproximado es de cerca de 2 años. Los casos ligeros curan de 2 a 6 meses, sin embargo los casos severos pueden persistir. Las recaídas, la aparición de placas nuevas antes de la curación de las primeras son extremadamente frecuentes, cae el pelo sin que el paciente se dé cuenta al principio, hasta un límite predeterminado y detectable al desprender, sin dolor, del pelo de las orillas de la placa con lo que sabremos hasta donde vá a crecer ésta. Al cabo de algunas semanas, a veces de algunos meses vuelve a salir el pelo en forma de un fino vello como lanugo; este es reemplazado por el crecimiento del pelo fuerte, el cual sin embargo puede crecer blanco; sin embargo el pelo puede no retornar y dejar establecidas zonas desnudas permanentes y aun ir progresando para variar a sus formas mas severas de alopecias total y universal.

Las lesiones de la nuca son las mas persistentes. En casos de alopecia areata de muchos años estacionaria el crecimiento puede ser insuficiente, sin embargo se sabe que la papila no se vuelve atrófica pues el pelo puede crecer en cualquier momento.

ETIOLOGIA: La causa de la alopecia areata es desconocida como atestiguan la multiplicidad de hipótesis y la infinidad de estudios que se han hecho para establecerla.

A lo largo de la historia se han propuesto diversas teorías, así tenemos:

-Teoría de la transmisibilidad o contagiosidad.

-Teoría parasitaria local.

-Teoría nerviosa.

-Teoría vascular.

-Teoría psicogénica.

Teoría de la transmisibilidad.-Hace aproximadamente 50 años casi todo el mundo creía que la pelada era una "tiña", ya que se había visto en forma de epidemias en escuelas y cuarteles; gracias a Luciano Jacquet que se erigió en la defensa de esta teoría y a sus innumerables estudios de inoculación a los pacientes e inclusive a autoinoculaciones y cuyos resultados fueron en todo momento negativos, se pudo demostrar que se estaba en un error.

La teoría parasitaria local.-Esta se apoyaba en la evolución excéntrica de la placa, la extensión a veces en un punto del borde de las mismas, mientras que una placa próxima crece espontáneamente, y en muchos casos la eficacia del tratamiento local, pero nunca pudo descubrirse el agente causal patógeno en los cabellos, ni en la piel pelada.

Teoría traumática.-Fue propuesta al observar algunas alopecias en zonas vecinas a heridas de cabeza en pacientes que habían ido a la guerra. No ha tenido confirmación al verse que dicha alopecia era secundaria a exposiciones radiológicas y que mas tarde eran francamente atróficas, atrofia que clínicamente nunca se ha visto en el padecimiento.

Teoría nerviosa.- Solo tuvo un frágil apoyo en los experimentos de Max Joseph, quien produjo placas alopecias en el gato por la sección de los nervios occipitales, placas que solo tenían cierta analogía clínica con la alopecia areata en humanos y aunque no es raro la presencia de el padecimiento en pacientes con neuralgias, cefaleas, estados de desequilibrio nervioso e inclusive de vitiligo, solo se mencionan como coincidencia en su asociación.

Teoría vascular.- La incidencia vascular como consecuencia de disturbios neurovegetativos hormonales provocados por la alopecia areata, fueron valorados para postular esta teoría, y tomados en consideración por algunos autores como Midlan y Levi Franckel (1972) para demostrar un grado de hipertensión

simpática, confirmando en algunos casos la existencia de disturbios neurodistónicos mediante capilaroscopia y que provocan isquemia transitoria y ausencia o retardo de vasodilataciones y consiguiente caída de pelo, fenómeno que no se encuentra en la totalidad de los casos y que actualmente está en controversia.

Teoría psicogénica. - En ella se plantea que puede existir una causa emocional que intervenga agitando un mecanismo desconocido y que interfiere sobre el ciclo fisiológico del renovamiento del pelo sobre el proceso pilogenético, o sobre la síntesis y organización de la estructura queratinizante. Por la teoría se han pronunciado Sutton, Rogers, Pech, Anderson, Irving, Wittkower y Russel, Greenver, Obermayer, Pilsburg, Shelley, Kligman, Mantella y Friederich (14).

La Escuela Dermatológica Mexicana hace notar el antecedente de un choque emocional que es mas evidente en niños (destete traumático, nacimiento de hermanos, abandono etc.) (24) lo que creemos sea un apoyo para la teoría psicogénica anteriormente descrita.

Podemos seguir mencionando autores como Jacquet con su teoría distrófica y Sabouraud que deducía que la enfermedad era hereditaria o familiar e hizo observaciones de asociación frecuente con embarazo y alopecia areata, que también intentaron discernir la etiología del padecimiento.

Y vemos estudios mas recientes que han estudiado a la alopecia areata desde otros puntos de vista, que han comprobado la asociación elevada de la pelada con otros padecimientos tales como enfermedades alópicas, vitiligo y enfermedades tiroideas; esto y la respuesta al tratamiento favorable con corticoides mientras son empleados, parece sugerir mecanismos autoinmunes, aunque la asociación con otras enfermedades tales como la hipertensión y el síndrome de Vogt koyanagi (11) no encajan dentro de esta explicación.

Pero debe quedar claro que a pesar de los numerosos trabajos propuestos, y de los numerosos trabajos elaborados, aún los más recientes, la etiología de la alopecia areata sigue siendo desconocida, así como el porqué es la piel el órgano de choque en este proceso.

HISTOLOGIA histopatológicamente existe una condición inflamatoria con un infiltrado linfohistiocitario peribulbar e intrapapilar con degeneración de las células de la matriz (17),.

Pivaz en 1953 demostró una linfocitosis en aproximadamente 70 % de 51 pacientes con diagnóstico clínico de alopecia areata, y señala que los corticoides pueden actuar favorablemente en el padecimiento por su actividad anti-inflamatoria.

Velázquez en su tratado de Anatomía Patológica refiere que durante la fase activa del proceso aprecia atrofia de los folículos pilosos; infiltrado inflamatorio cuyas células principales son linfocitos, y señala la presencia de células cebadas alrededor de los folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas, con dilatación de los vasos superficiales; la existencia de datos que señalan intentos de regeneración como yemas epiteliales a lo largo del folículo; y en etapas finales o posteriores, esclerosis en la región más profunda del folículo piloso (30)

Muller ha demostrado el infiltrado inflamatorio linfocítico del tejido conectivo que afecta en su desarrollo el bulbo piloso, con atrofia anágena (fase de crecimiento) del pelo (18).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.-La primera cuestión que debe plantearse ante una alopecia circunscrita no congénita es la de saber si es cicatrizal o no cicatrizal. En los casos de alopecia cicatrizal la superficie de la placa, el brillo, el color y la consistencia están modificados; los folículos pilosos han desaparecido por completo; nunca se observan callosos, si persisten algu-

Pero debe quedar claro que a pesar de los numerosos trabajos propuestos, y de los numerosos trabajos efectuados, aún los más recientes, la etiología de la alopecia areata sigue siendo desconocida, así como el porqué es la piel el órgano de choque en este proceso.

HISTOLOGIA histopatológicamente existe una condición inflamatoria con un infiltrado linfohistiocitario peribulbar e intrapapilar con degeneración de las células de la matriz (17),.

Fivaz en 1953 demostró una linfocitosis en aproximadamente 70 % de 51 pacientes con diagnóstico clínico de alopecia areata, y señala que los corticoides pueden actuar favorablemente en el padecimiento por su actividad anti-inflamatoria.

Velázquez en su tratado de Anatomía Patológica refiere que durante la fase activa del proceso aprecia atrofia de los folículos pilosos; infiltrado inflamatorio cuyas células principales son linfocitos, y señala la presencia de células cebadas alrededor de los folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas, con dilatación de los vasos superficiales; la existencia de datos que señalan intentos de regeneración como yemas epiteliales a lo largo del folículo; y en etapas finales o posteriores, esclerosis en la región más profunda del folículo piloso (30)

Muller ha demostrado el infiltrado inflamatorio linfocítico del tejido conectivo que afecta en su desarrollo el bulbo piloso, con atrofia anágena (fase de crecimiento) del pelo (18).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.-La primera cuestión que debe plantearse ante una alopecia circunscrita no congénita es la de saber si es cicatrizal o no cicatrizal. En los casos de alopecia cicatrizal la superficie de la placa, el brillo, el color y la consistencia están modificados; los folículos pilosos han desaparecido por completo, nunca se observan cabellos, si bien existen algu-

.....nos pueden estar deformados pero de calibre normal. Este tipo de alopecia puede resultar de una herida, quemaduras, suceder a un favus o a una placa de lupus eritematoso, esclerodermia, acné decalvante, pseudopelada - etc.. La depilación es definitiva. El examen local y la anamnesis indican - claramente el origen de esta alopecia.

En presencia de una alopecia no cicatrizal, ante todo hay que establecer que no se trate de una alopecia traumática o de una depilación voluntaria - principalmente; enfermedades que mencionamos a continuación:

Tricotilomanía.- Uno de tantos hábitos de las personas sobre todo niños - o jóvenes, se caracteriza por placas de figura abigarrada, caprichosa, dato muy importante que sirve para el diagnóstico.

Tiña de la cabeza.- Debe tomarse en cuenta cuando hay confusión del diagnóstico de alopecia areata en niños; en la tiña las zonas no llegan a ser - completamente lisas como en la pelada, tienen escamas y el pelo tiene diferente tamaño.

Alopecia areolar sifilítica.- Es un tipo de pérdida de pelo en placas pequeñas de comienzo agudo y frecuentemente aparece la primera en la región - occipital de la nuca sobre la piel cabelluda. Sin embargo este tipo de alopecia está irregularmente distribuida. Las numerosas áreas sin pelo no se - hacen amplias como en la alopecia areata, y la piel cabelluda por entero - puede tomar una apariencia moteada. Los pelos alrededor de la placa son firmes. Cuando los pelos de la alopecia sifilítica retornan tienen una pigmentación normal, a diferencia de la alopecia areata que puede crecer blanco o con poco pigmento que puede volver a la normalidad lentamente.

Alopecia parvamiculata.- (Tipo de alopecia en pequeñas áreas) que muestra áreas sin pelo no atróficas y atróficas. Este padecimiento supuestamente - ocurre como una enfermedad endémica en niños probablemente debido a una -

infección, pues en de etiología aún no resuelta desconociéndose sea de origen microspórico pero no comprobada regularmente.

Dentro del grupo de alopecias cicatrizales consideramos los siguientes padecimientos:

Mucinosia folicular, o alopecia mucinosa .- enfermedad que está caracterizada por degeneración mucinosa dentro de la epidermis, del folículo y de las glándulas sebáceas. Clínicamente hay un aspecto liquenoide folicular y algunas veces erupción focal queratótica la cual mas tarde asume un aspecto de piel de naranja.

Pseudopelada de Brocq (35).- Es una forma rara de calvicie en la que la destrucción de folículos pilosos produce placas redondeadas múltiples, pequeñas o grandes repartidas o agrupadas, ovals o irregularmente formadas exentas de pelo y cicatrizales (dato que las hace diferentes a las de la alopecia areata), la superficie suele ser blanca o ligeramente rosada con una superficie de "piel de cebolla" por la misma atrofia que producen. No existe ningún tipo de proceso inflamatorio. La alopecia es permanente y la enfermedad lentamente progresiva a diferencia de la alopecia areata que llega a estacionarse, progresar o involucionar .

TRATAMIENTO .- Dentro de la literatura revisada, apenas se hace mención sobre la terapéutica, pero los que lo hacen están de acuerdo en que la diversidad de tratamientos que se han utilizado indican que no hay uno que se considere ideal.

Podemos clasificar el tratamiento en 3 tipos:

- a) tópico.
- b) sistémico.
- c) psicológico y psiquiátrico.
- d) mixto.

a) Tratamiento tónico.- En toda la historia se han intentado múltiples tratamientos locales como son Rayos X, Thorium X, radiaciones ultravioleta ácidos y cáusticos y aún hormonas. Se ha intentado con la aplicación de inyecciones intralesionales de corticoides como la triamcinolona, el retorno del pelo a las áreas alopécicas con buen resultado al principio pero con recidiva de la caída del pelo cuando se discontinúa la medicación y con la producción de atrofia cuando la aplicación intralesional se hace mas allá de la dermis.

El uso de sustancias irritantes ácidas diluidas como el ácido acético glacial, éter sulfúrico e hidrato de cloral, o los que actúan ayudados por radiaciones solares (fotodinámicos) como la esencia de lima (*Citrus aurantifolia*) o de bergamota (*Citrus aurantium* variedad *bergamia*) aplicados en el sitio de la lesión también han sido empleados.

- b) Tratamiento sistémico.- Se han empleado con él armonizadores neurovegetativos antidepressivos y sedantes, así como el uso de vitaminas y hormonas por vía oral, o la asociación de ellos.
- c) Tratamiento psiquiátrico y psicológico.- A veces es necesario recurrir a él. Existen reportes de mejoría del estado emocional de los pacientes de alopecia areata con un tratamiento de éste tipo bien llevado (25)
- d) Tratamiento mixto.- Se considera como el que mejores resultados ha dado (14) notándose que el período de curación nunca fué menor de 2 meses cuando esta se obtuvo.

La escuela Mexicana de Dermatología apoya que el paciente debe estudiarse integralmente, auxiliándose de tratamiento tópico supuestamente irritante y algunas veces de sedantes orales. Hace notar que la psicoterapia debe aplicarse en todos los casos, y considera innecesario la aplicación de esteroides intralesionalmente como la interrupción de la acción y la aplica-

ción mas allá de la dermis suele producir atrofias permanentes; cree innecesario también el exponer al paciente a estos riesgos ya que tarde o temprano las áreas alopécicas volverán a poblarse de pelo.

En nuestra corta experiencia podemos agregar que debemos conocer ante todo al paciente, investigar a fondo su estado emocional ganándonos con cierta habilidad su confianza, una vez logrado ello creemos que la terapia elegida y aplicada con constancia serán de gran auxilio. Es conveniente en algunas ocasiones hacer ver a nuestro enfermo que su colaboración es indispensable y que inclusive pueden presentarse algunas recaídas pero que poco a poco irán superándose; ya que el paciente puede perder la fé y abandonar el tratamiento iniciando su peregrinar, si no es que ya lo recibimos de el por consultorios médicos.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 30 pacientes con Alopecia Areata que al azar acudieron a la consulta externa del Centro Dermatológico Radialao de la Pascua, todos mayores de 17 años por exigencia del tipo de pruebas usadas, sin importancia del sexo.

A cada paciente se le practicó Historia Clínica dermatológica cuidadosa acompañada de una meticolosa exploración física.

Se tomaron fotografías clínicas a los casos mas interesantes desde el punto de vista clínico.

A cada paciente se le practicaron las siguientes pruebas psicológicas:

- a) examen mental utilizando la forma recomendada por Climent (5)
- b) prueba de los colores de Lüscher (13)
- c) Prueba Proyectiva de Karen Machover del dibujo de la figura humana - (20, 21).

La interpretación de las pruebas se realizó con la ayuda del Dr. Francisco Javier Campos, psiquiatra de este centro y de la psicóloga Rosa Cervera de Campos.

Para efectos de comparación de los resultados y su mas correcta evaluación se tomó un grupo de pacientes para control que coincidió en edad y sexo con el grupo de pacientes con Alopecia Areata, pero cuidando siempre que no padecieran ninguna psicodermatosis. A todos los resultados se les practicaron pruebas de significancia estadística.

R E S U L T A D O S

DATOS GENERALES:

a) de los 30 pacientes estudiados 16 correspondieron al sexo femenino (53.4%) y 14 al sexo masculino (46.6%). (Ver figura No. 1)

b) Distribución por edad y sexo. (Ver figura No. 2)

Edad máxima : 63 años

Edad Mínima : 17 años

Edad promedio: 28.13 años

c) El estado civil de los pacientes fué el siguiente:

Solteros.	20 . . . . .	.66.6%
Casados	8 . . . . .	.26.6%
Viudos	2	6.6%

d) Lugar de residencia:

Distrito Federal.	24 . . . . .	.79.9%
Estado de México	2	6.6%
Michoacán	1	3.3%
Querétaro	1	3.3%
Puebla	1	3.3%
Hidalgo	1	3.3%

e) Antecedentes familiares de casos de alopecia areata:

Positivos	8 . . . . .	.26.6%
Negativos	22	73.4%

(Ver figura No. 3)

f) Causa aparente de la aparición de las lesiones :

Con causa aparente.	19	63.3%
Sin causa aparente	11	36.6%

(Ver figura No. 4)

g) Topografía de las lesiones :

Cabeza (piel cabelluda). 29. 96.6%
(barba, bigote)

Tronco-tórax (pecho). 1 3.3%

(Ver figura No. 5)

h) El número de lesiones varió de 1 a 20, y el tamaño varió de 0.5 a 20 centímetros. (ver figura No 6)

i) Tiempo aparente de evolución :

Mínimo. 1 semana

Máximo. 20 años

Promedio 1.48 años.

j) Tiempo transcurrido entre la causa aparente desencadenante y el inicio de la enfermedad :

Máximo 7 semanas.

Mínimo 6 días

Promedio 3 semanas.

k) En el estudio médico general que se practicó a todos los pacientes no se encontraron datos de importancia.

l) Enfermedades asociadas:

Amigdalitis. 9.9%

Migraña 3.3%

Gastroenteritis 3.3%

Obesidad 26.6%

Enfermedad de Hodgkin 3.3%

Miopía 13.3%

Cataratas seniles. 3.3%

Anemia 3.3%

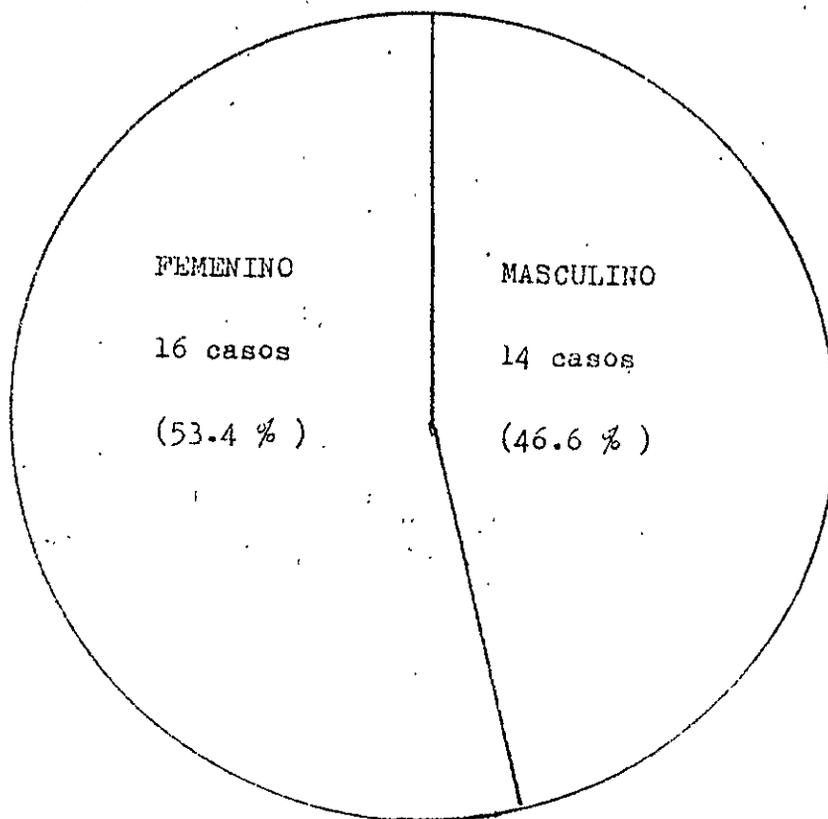
Parasitosis intestinal 6.6%

Alcoholismo 6.6%

Farmacodependencia. 3.3%

F I G U R A N o. 1

SEXO DE LOS PACIENTES CON ALOPECIA AREATA



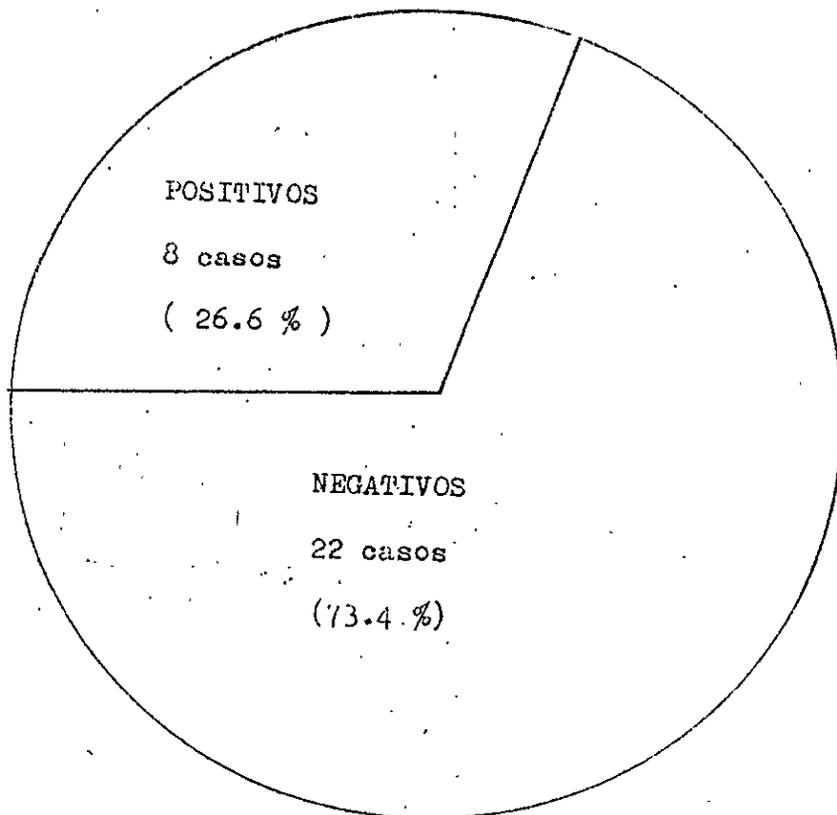
F I G U R A N o. 2

Casos de Alopecia Areata según edad y sexo

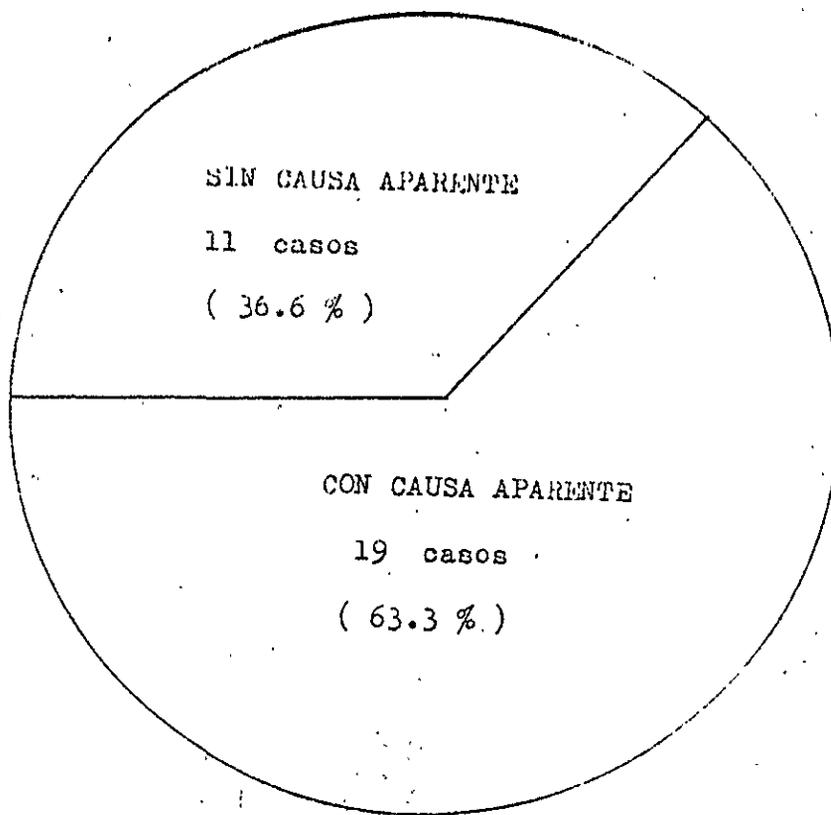
	17-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51 y +	Total	%
M	4	3	4	3					14	46.6
F	6	2	2	2	1	1		2	16	53.4

F I G U R A N o. 3

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CASOS DE ALOPECIA AREATA



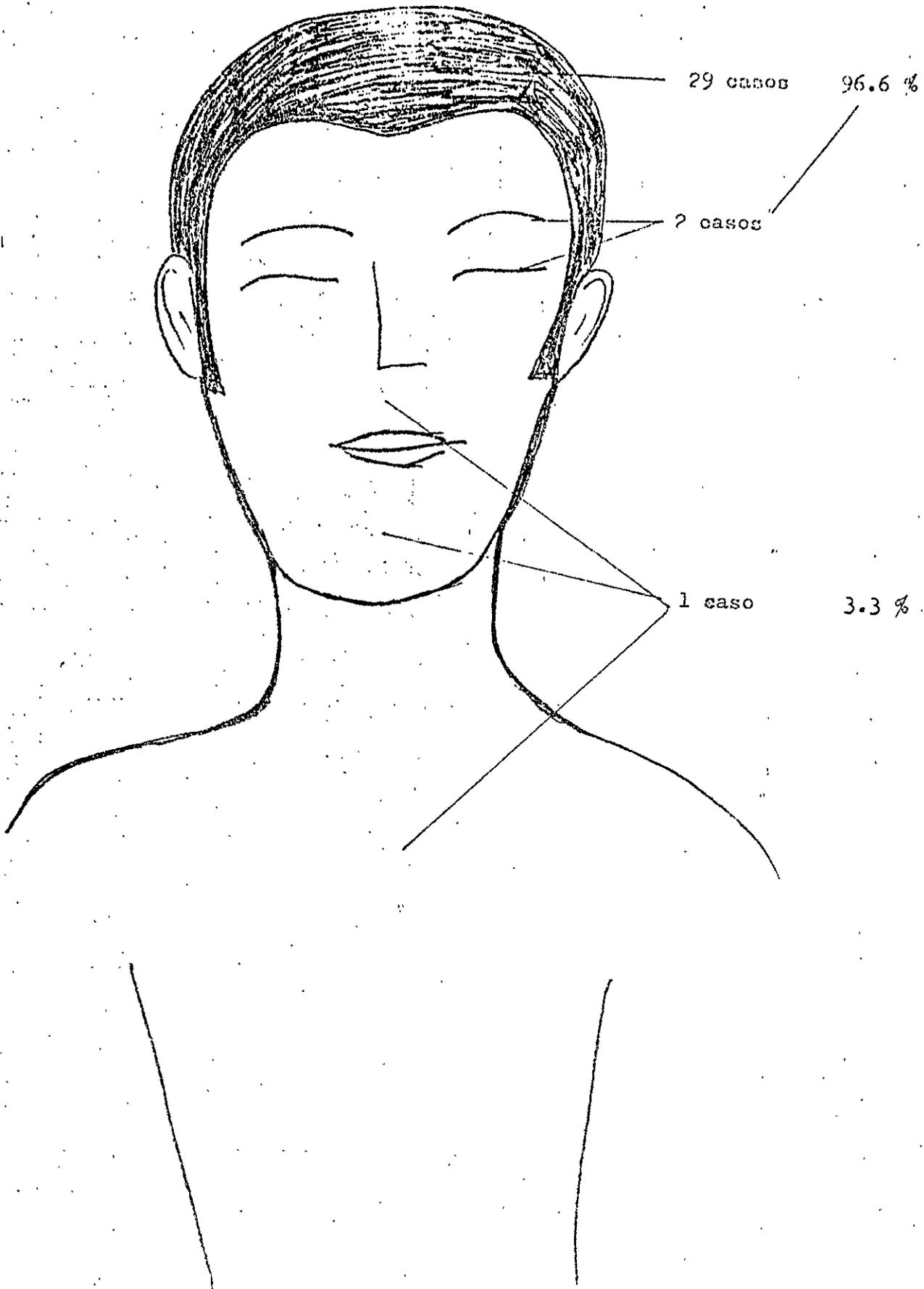
CAUSAS APARENTES DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD



CAUSAS APARENTES DE LA ENFERMEDAD

5 casos	16.6%	Problemas económicos
4 casos	13.3%	Pérdida (de trabajo, muerte de un familiar)
3 casos	10.0%	Separación (huída del hogar, divorcio)
2 casos	6.6 %	Problemas de relaciones interfamiliares
1 caso	3.3 %	sifilofobia por convivencia reciente con - prostituta
1 caso	3.3 %	Impotencia sexual
1 caso	3.3 %	Accidente automovilístico
1 caso	3.3 %	Piodermitis de piel cabelluda no especificada
1 caso	3.3 %	Aplausión de hidrocarburo de piel cabelluda

TOPOGRAFIA DE LAS LESIONES .



F I G U R A N o. 6

Numero de lesiones

1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51 y +
24	4								2	
80%	13.3%								6.6%	

Tamaño de las lesiones en centímetros

1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51 y +
24	4	1	1							
80%	13.3%	3.3%	3.3%							

R E S U L T A D O

de pruebas psicológicas

Planteamiento de la fórmula para el cálculo estadístico de los resultados obtenidos:

si	c	aa	
	a	b.	a + b
no	c	d	c + d
	a+c	b+d	N

$$X_c^2 = N \frac{(ad - bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

$$N = 60$$

$$a+c = b+d = 30$$

$$X_c^2 = \frac{1}{15} \frac{(ad - bc)^2}{(a+b)(c+d)}$$

$$X_c^2 \text{ tablas } r = 1 = 0.05 = 3.841$$

Si X_c^2 es mayor de 3.841 existe diferencia significativa.

Si X_c^2 es menor de 3.841 no existe diferencia significativa.

DATOS ENCONTRADOS POR LA PRUEBA DE MACHOVER Y SU ANALISIS ESTADISTICO

	Casos	%	Controles	%	Machover	Significancia
Depresión	9	30	6	20	0.82	N.S.
Ansiedad	16	53.3	7	23.3	5.71	Significativo
Narcisismo	8	26.6	7	23.3	0.08	N.S.
Inseguridad	4	13.3	1	3.3	1.96	N.S.
Susplicacia	11	36.6	4	13.3	4.35	Significativo
Dependencia	5	16.6	4	13.3	1.45	N.S.
Retraimiento	3	10	1	3.3	1.07	N.S.
Rechazo hacia su imagen corporal	5	16.6	2	6.6	0.25	N.S.
Pobre concepto de si mismo	5	16.6	0	-	5.45	Significativo
Fijación de la figura materna	2	6.6	0	0.0	2.0	N.S.
Irritabilidad	2	6.6	0	-	2.0	N.S.
Temor	2	6.6	0	-	2.0	N.S.
Relaciones sociales inadecuadas	4	13.3	4	13.3	-	N.S.
Relaciones sociales adecuadas	2	6.6	1	3.3	6.35	N.S.
Relaciones sociales dependientes	3	10.0	3	10.0	-	N.S.
Relaciones sociales pobres o débiles	4	13.3	6	20.0	0.48	N.S.
Relaciones sociales hostiles	2	6.6	1	3.3	0.35	N.S.
Relaciones sociales agresivas	2	6.6	2	6.6	-	N.S.
Mala relación con la figura masculina	2	6.6	1	3.3	0.35	N.S.

	Casos	%	Controles	%	Machover	Significancia
Dificultad para relacionarse con la mujer	2	6.6	5	16.6	1.45	N.S.
Mala identificación sexual	4	13.3	5	16.6	0.13	N.S.
Infantilismo	2	6.6	2	6.6	-	N.S.
Exhibicionismo	2	6.6	2	6.6	-	N.S.
Inseguridad	3	10.0	3	10.0	-	N.S.
Inmadurez emocional	2	6.6	5	16.6	1.45	N.S.

N.S. = No significativo

DATOS SIGNIFICATIVOS

ANSIEDAD 53.3 % de los casos

SUSPICACIA. 36.6 % de los casos

POBRE CONCEPTO DE SI MISMO. . . . 16.6 % de los casos

No. de Historia _____ Nombres y apellidos _____

Por el problema que viene a este Hospital ha consultado antes a: (marcar todos los aplicables)

1. Psicólogo _____ 3. Amigo _____ 5. Boticario _____ 7. Siquiatra _____ 9. Otro _____
 2. Curandero _____ 4. Médico _____ 6. Sacerdote _____ 8. Nadie _____

Qué tratamiento se ha hecho: (marcar todos los aplicables)

1. Electrochoques _____ 2. Agua de hierbas _____ 3. Drogas _____ 4. Ninguno _____ 5. Otro _____

Indica con una (✓) al lado del SI lo que corresponda a este momento, ó lo que ha sentido durante los últimos 30 días. Si no lo ha sentido coloque la (X) al lado del NO.

Ha sentido feliz	1.	SI	NO
Ha participado en actividades deportivas ó recreativas (fútbol, cine, baño, paseo, baile, etc.)	2.	SI	NO
Oye radio, ó lee los periódicos diariamente para informes de las noticias	3.	SI	NO
Cumple bien con el trabajo ó estudio	4.	SI	NO
Ha tenido dificultad para dormir	5.	SI	NO
Ha tenido dolores frecuentes de cabeza	6.	SI	NO
Ha tenido mal apetito	7.	SI	NO
Ha perdido peso	8.	SI	NO
Ha tenido convulsiones ó ataques con caída al suelo, movimientos de brazos y piernas, mordedura de lengua ó pérdida del conocimiento	9.	SI	NO
Ha tenido sequedad en la boca	10.	SI	NO
Ha sufrido de temblores de los brazos, manos ó boca	11.	SI	NO
Ha tenido mareos	12.	SI	NO
Ha tenido sensación de intranquilidad, como que no se puede quedar quieto un momento	13.	SI	NO
Se ha nublado la vista; se le ha puesto borrosa la vista	14.	SI	NO
Ha tenido salivadera	15.	SI	NO
Se ha sentido como "engranado", "tieso"	16.	SI	NO
Ha sentido tristeza, decaimiento, deseos de llorar	17.	SI	NO
Ha sentido nerviosidad, angustia, miedos ó temores	18.	SI	NO
Ha usado cocaína, heroína	19.	SI	NO
Ha usado marihuana	20.	SI	NO
Ha usado LSD (ácido), hongos	21.	SI	NO
Ha pensado seriamente en matarse	22.	SI	NO
Ha intentado matarse	23.	SI	NO
Ha oído voces que otros no oyen	24.	SI	NO
Ha visto cosas que otros no ven	25.	SI	NO
Ha pensado seriamente en matar a alguien	26.	SI	NO
Ha herido físicamente a alguien	27.	SI	NO
Ha orinado en la cama	28.	SI	NO
Ha tenido problemas ó dificultades sexuales	29.	SI	NO
Ha tenido dificultad para concentrarse ó pensar	30.	SI	NO
Ha paralizado un brazo, una pierna ó ha perdido la voz temporalmente	31.	SI	NO
Ha sentido temores de perder la razón (enloquecerse)	32.	SI	NO
Ha sentido que la gente lo critica ó se burla de usted	33.	SI	NO
Ha sentido que alguien ó algo lo tiene controlado por telepatía, hipnotismo, brujería, etc.	34.	SI	NO
Ha sentido que alguien lo persigue para matarlo ó causarle algún daño (envenenarlo, enfermarlo, etc.)	35.	SI	NO
Ha sentido que Ud. es un personaje muy importante ó que tiene poderes especiales	36.	SI	NO
Ha sentido que tiene Ud. comunicación directa con Dios	37.	SI	NO
Se relaciona bien con otras personas	38.	SI	NO
Ha sido visitado con amigos	39.	SI	NO
Ha sido visitado con familiares	40.	SI	NO
Ha sido visitado con vecinos	41.	SI	NO

Persona que dió la información: 1. Paciente _____ 2. Familiar _____ 3. Otra _____

Fecha de la entrevista: 1. Día _____ 2. Mes _____ 3. Año _____

RESULTADOS DEL ANALISIS ESTADISTICO DEL EXAMEN MENTAL

(Método propuesto por Climent)

Comparación entre pacientes de alopecia areata y grupo control

Pregunta No.	Ji Cuadrada	Significancia
1	5.45 . . . . .	.Significativa
4	10.75 . . . . .	.Significativa
13	5.71 . . . . .	.Significativa
16	4.28 . . . . .	.Significativa
17	4.44 . . . . .	.Significativa
18	4.44 . . . . .	.Significativa

NOTA: Mayor de 3.841 es Significativo

Las preguntas 1, 4, 13, 16, 17, 18 habiendo sido significativas desde el punto de vista estadístico nos hablan de un problema de infelicidad y angustia que interfiere con el estudio o el trabajo.

LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE LOS COLORES DE LUSCHER NO FUERON COMPUTABLES POR LOS METODOS ESTADISTICOS CONOCIDOS.

D I S C U S I O N

DATOS GENERALES:

La distribución de la Alopecia Areata en nuestra serie de pacientes predominó en el sexo femenino (53.4%), dato que no concuerda con los hallazgos casi generales de igualdad de sexos (18) o predominio ligero en hombres (24-1)

La edad promedio encontrada fué de 28.13 años, cifra comprendida entre los 20 y 30 años que otros autores reportan (18)

El 26.6 % (8 casos) refieren tener antecedentes familiares de la enfermedad, cifra aproximada al 22% reportada por Sabouraud (27) y no al 10 % encontrada en la serie de Muller en 1973 (18)

El 63.3 % (19 casos) refieren alguna causa aparente desencadenante y todas ellas también aparentemente de origen psíquico, porcentaje que concuerda con el dato de O'Donovan quien señala "que una mayoría eran psíquicos en su origen" (2) y a la sospecha de Obermayer que encuentra la presencia de inestabilidad emocional en "muchos de sus pacientes de alopecia areata en relación a estados o datos aparentemente desencadenantes como tensión emocional, fatiga y shock ". (19)

La topografía casi exclusiva de tipo coronada que citada en nuestra serie de pacientes vá de acuerdo con casi todos los reportes de la Literatura revisada (1, 6, 12, 14, 15, 16, 19, 25)

DATOS PSICOLOGICOS

El dato mas importante encontrado por la prueba de Machover fué el de ansiedad 53.3 % de nuestros pacientes con alopecia areata porcentaje que si bien no había señalado con cifras ya era sospechado en una alta proporción por algunos autores como Muhlman (16), Obermayer (19), y Lombardo (14) como fué de importante en la génesis del ps. paciente.

Los datos que encontramos significativos como el de suspicacia en un 36.6 % de nuestra serie, y del pobre concepto que el paciente tiene de sí mismo en un 16.6 % no tienen antecedente en la literatura consultada.

La neurosis de angustia evidenciada por el examen mental de Climent integrada por los datos de infelicidad, intranquilidad, miedo, temor, tristeza, decaimiento con frecuentes deseos de llorar que interfieren con el cumplimiento adecuado de los estudios o labores de estos pacientes están de acuerdo con el resultado obtenido con el Machover de este mismo estudio, y por lo tanto con los autores señalados anteriormente (14, 16, 19)

La ansiedad que médicamente es sinónimo de angustia se designa a una situación de tensión exaltada acompañado de un sentimiento vago, pero muy inquietante, de desastre o peligro inmediato. La angustia tiende particularmente a perturbar las funciones fisiológicas y a encontrar expresión en síntomas psicósomáticos.

La angustia ocupa uno de los lugares mas importantes en la dinámica de la conducta humana; es uno de los estados mentales mas penosos e intolerables que puede originarse de frustraciones, insatisfacciones, inseguridad y, mucho mas frecuentemente de lo que pudiera creerse, directa o indirectamente, en las situaciones interpersonales. En el proceso del desarrollo de la personalidad, todos los hombres desenvuelven ciertas características de personalidad, que emplean habitualmente para enfrentarse a las situaciones capaces de producir angustia; naturalmente, la eficacia de esas características para resolver los problemas angustiantes varía enormemente, algunos de esos artificios desarrollados inconscientemente y bien equilibrados llegan a ser fundamentales en los rasgos del carácter lo que dá al ser humano un gran valor social; en otros casos, esos artificios se convierten en mecanismos tan exagerados y desequilibrados que constituyen las bases de algunas neurosis o psicosis. En el primer caso, por lo tanto, el síntoma pro-

minante de las llamadas neurosis de ansiedad; aunque puede manifestarse en otras neurosis. La angustia unida a los diversos mecanismos desarrollados para evitarla, forma un importante factor en la psicopatología de las personalidades anormales, psiconeurosis, psicosis y enfermedades psicosomáticas; es a través de su efecto sobre el sistema nervioso autónomo, que muchos de estos síntomas psicosomáticos encuentran expresión.

La angustia con su persistente sentimiento de espanto, de pavor y de inmediato desastre, es una reacción provocada por la amenaza de los impulsos peligrosos reprimidos profundamente dentro de la personalidad; difiere además del miedo, en que no se refiere a objetos o hechos específicos, sino que es un pavor irracional de las situaciones que simbolizan los conflictos inconscientes.

C A S O S C L I N I C O S

C A S O N.º 1

Nombre: RLW

Sexo : Masculino

Edad : 27 años

Eto. civil: soltero

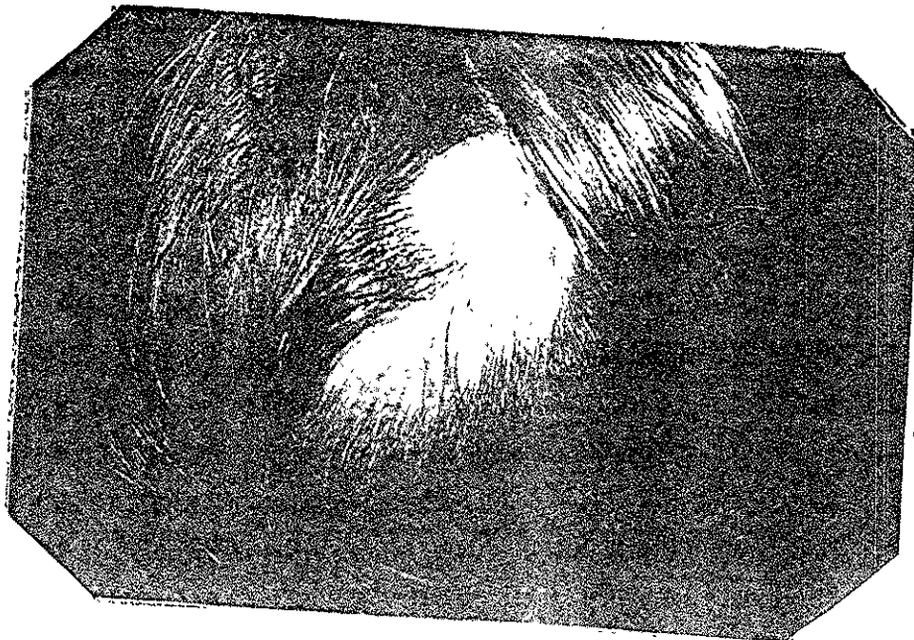
Ocupación / Tallero

TOPOGRAFIA: Se trata de una dermatosis localizada a la cabeza de la que afecta piel cabelluda a nivel de la unión de ambos parietales. Dermatitis central.

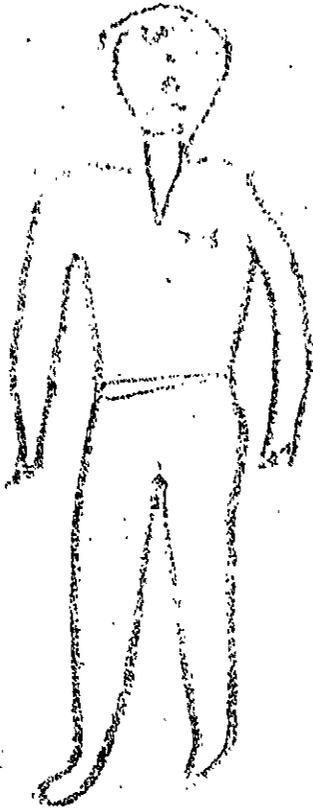
MORFOLOGIA: Dermatitis constituida por dos placas aproximadamente de 2 y 3 cms de diámetro que tienden a confluir en sus centros, alopecias en su superficie, lisas y duras al tacto, en uno de sus bordes se aprecian algunos pelos pebúncos.

Evolución : 8 meses . Asintomática.

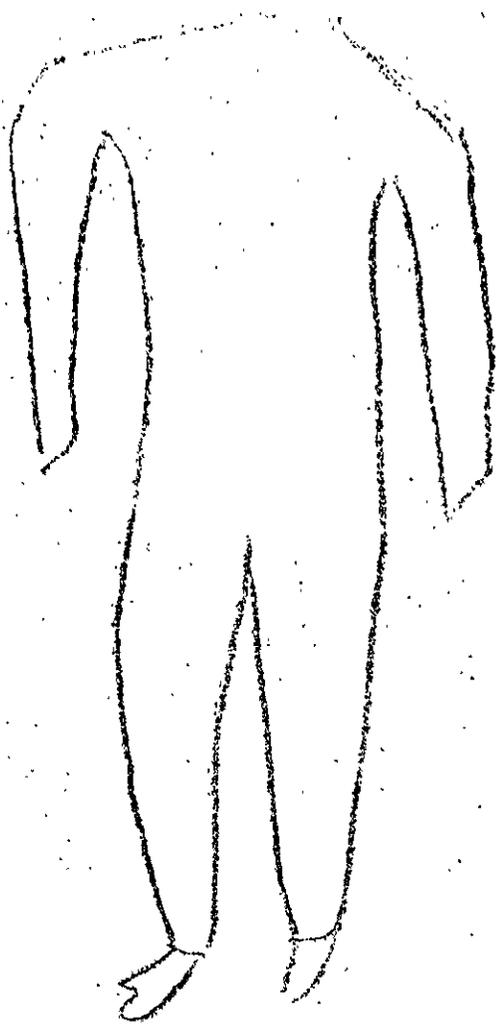
No hay antecedente familiar del padecimiento, y no refiere causa aparente desencadenante. La exploración física no reveló ninguna alteración-



ler Dibujo Masculino



2o. dibujo Femenino



INTERPRETACION DEL TEST PROYECTIVO DE KAHN MACHOVER

1er dibujo Masculino

2o. dibujo Femenino

Posibles tendencias esquizoides

Dificultad importante para relacionarse con la mujer

Depresión

Susplicacia

Relaciones que tienden a ser agresivas

Inseguridad

Ansiedad

INTERPRETACION DEL EXAMEN MENTAL DE CLIMENT

Ansiedad Aguda

C A S O N o . 2

Nombre: IUM

Sexo : Masculino

Edad : 31 años

Edo. civil: casado

Ocupación : campesino

TOPOGRAFIA: Se trata de una dermatosis localizada a la cabeza y de ésta afecta cejas, pestañas, piel cabelluda casi en su totalidad . Dermatitis bilateral y asimétrica.

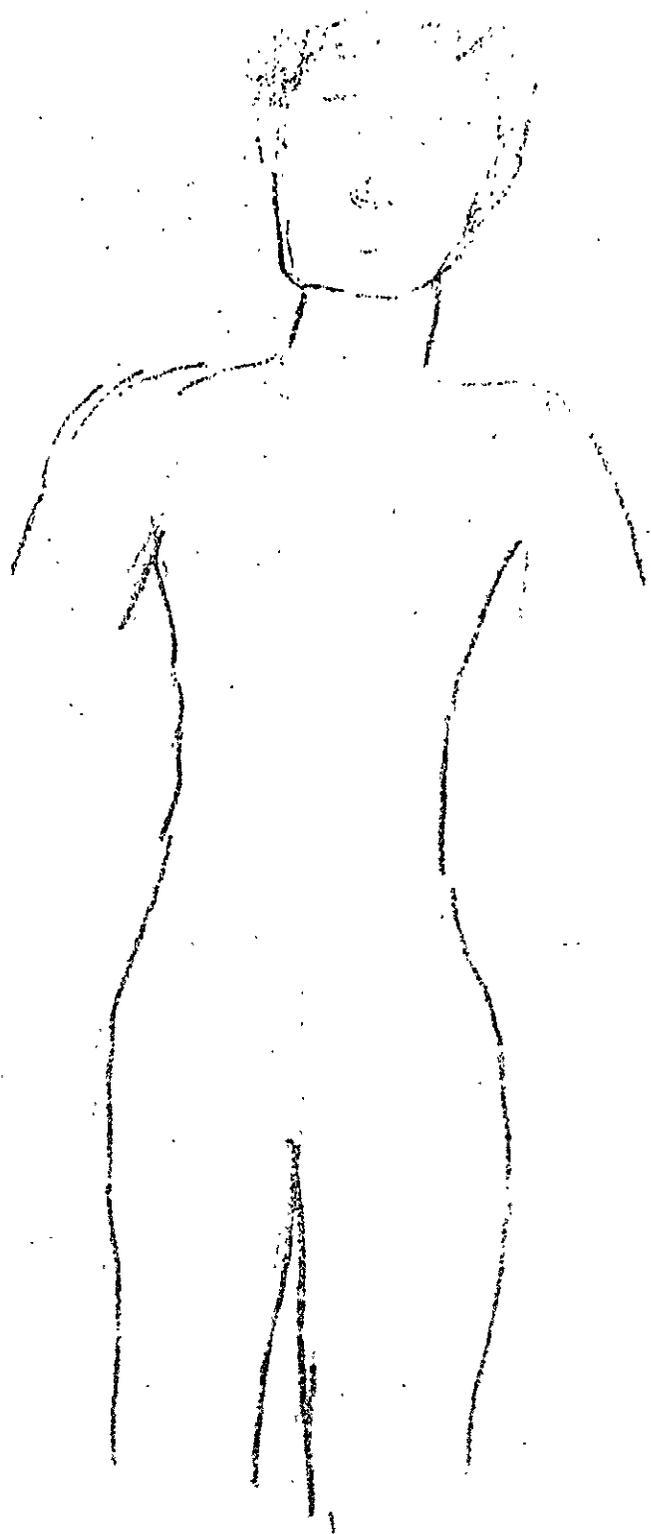
MORFOLOGIA: Dermatitis de aspecto monomorfo constituida por numerosas placas de tamaño que varía de 3 a 10 cms ovales y circulares aisladas algunas y otras confluentes, observándose mechones de pelo de aspecto normal entre las mismas, las placas son alopecicas - de superficie lisa, de aspecto turgente y suaves al tacto. Se aprecia alopecia total de cejas y pestañas.

Evolución : 6 meses

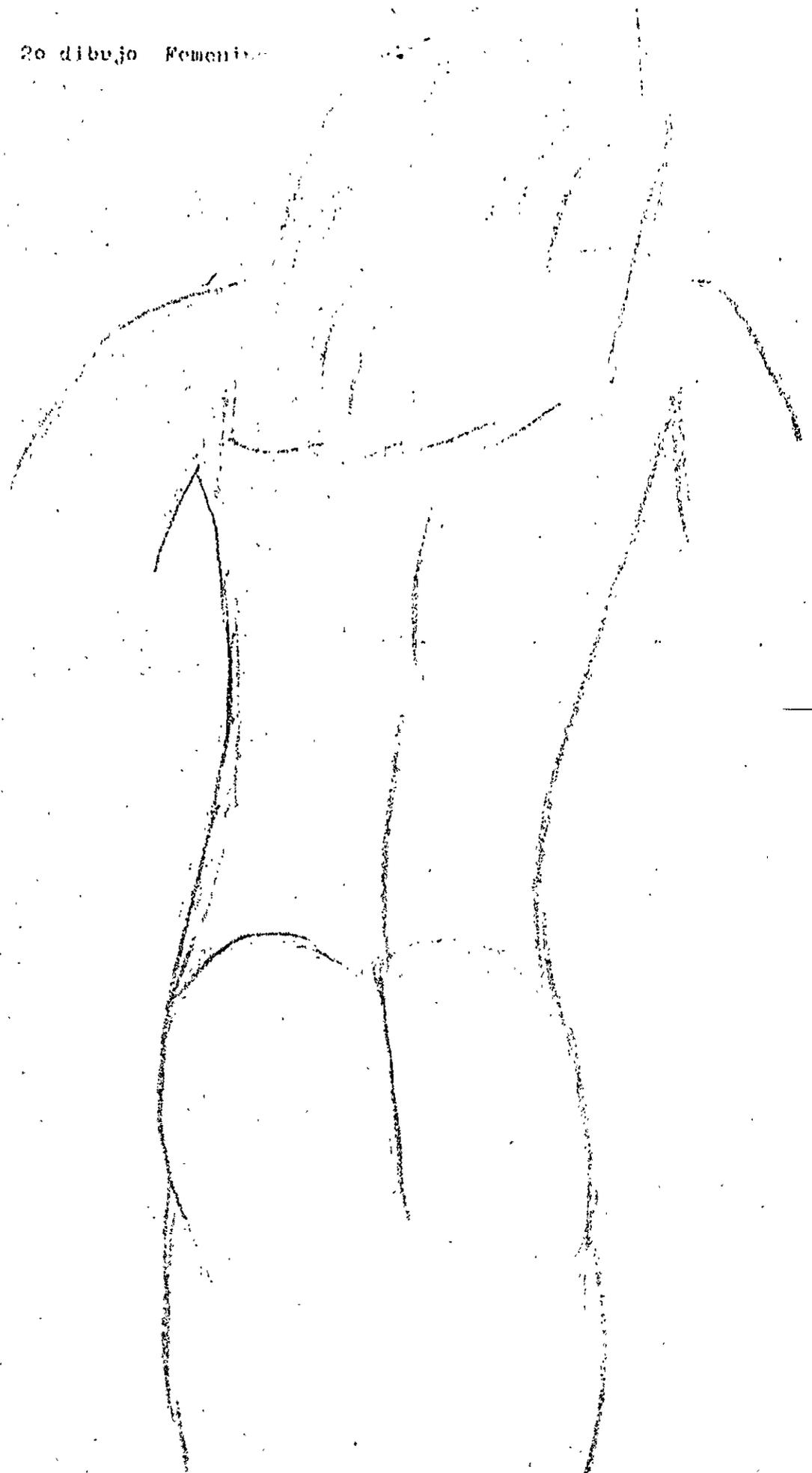
No refiere causa aparente desencadenante, y no hay antecedentes familiares del padecimiento. La exploración física general solo reveló melasma.



Ter Dibujo Manequino



2o dibujo Femenino



INTERPRETACION DEL TEST PROYECTIVO DE KAREN MACHOVER

1er dibujo: Masculino

2o dibujo : Femenino

Ansiedad

INTERPRETACION DEL EXAMEN MENTAL DE CLIMENT

Ansiedad aguda

C A S O No. 3

Nombre: MAYA

Sexo : masculino

Edad : 25 años

Edo. civil : soltero

Ocupación : Inspector de precios

TOPOGRAFIA: Se trata de una dermatosis localizada a cabeza y de ella región occipital y espacio nasolabial. Bilateral y asimétrica

MORFOLOGIA: Se trata de una dermatosis constituida por 5 placas alopécicas de tamaño que varía de 1 a 6 cm, circulares, lisas en su superficie y blandas al tacto, se aprecia en dos de ellas en la periferia pelos en forma de signo de admiración.

No hay causa aparente del inicio del padecimiento, y su padre ha presentado en dos ocasiones el padecimiento.

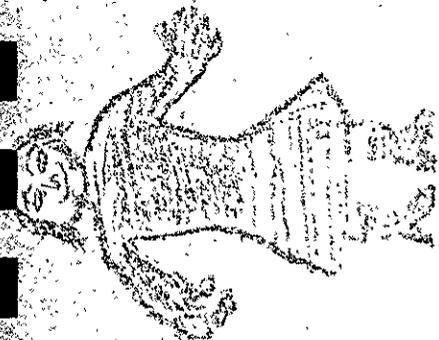
A la exploración física general no encontramos ninguna alteración.



ler dibujo Masculino



2o dibujo Femenino



INTERPRETACION DEL TEST PROYECTIVO DE KAREN MACHOVER

1er dibujo : Masculino

2o dibujo : Femenino

Dependencia de la mujer

Autoagresión

Ansiedad en relación con la figura femenina

Depresión

Pobre concepto de sí mismo

INTERPRETACION DEL EXAMEN MENTAL DE CLINBERT

Depresión ansiosa

G A S O No. 4

Nombre: JLCG

Sexo : Femenino

Edad : 22 años

Estado civil : Soltera

Ocupación : Estudiante de arquitectura

TOPOGRAFIA: Dermatitis localizada a la cabeza y de ésta afecta - piel cabelluda en región frontal, y ambas cejas. Bilateral y sinétrica.

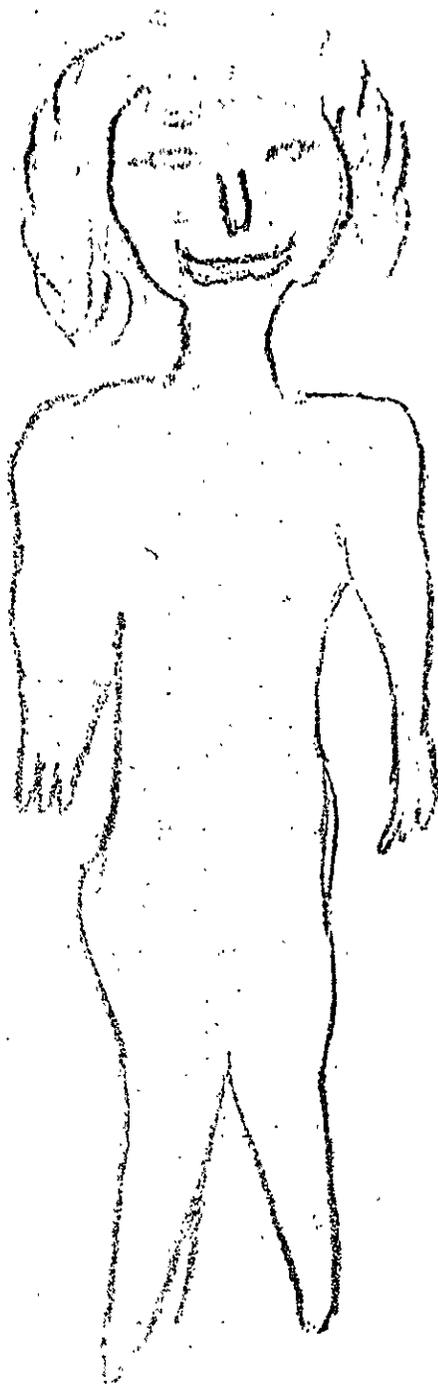
MORFOLOGIA: Dermatitis de aspecto monomorfo constituida por una zona alopecica de forma ovalada aproximadamente de 12 x 7 cms. lisa en su superficie y blanda al tacto. Presenta además alopecia de cejas e incipiente de pestañas.

EVOLUCION: 6 meses.

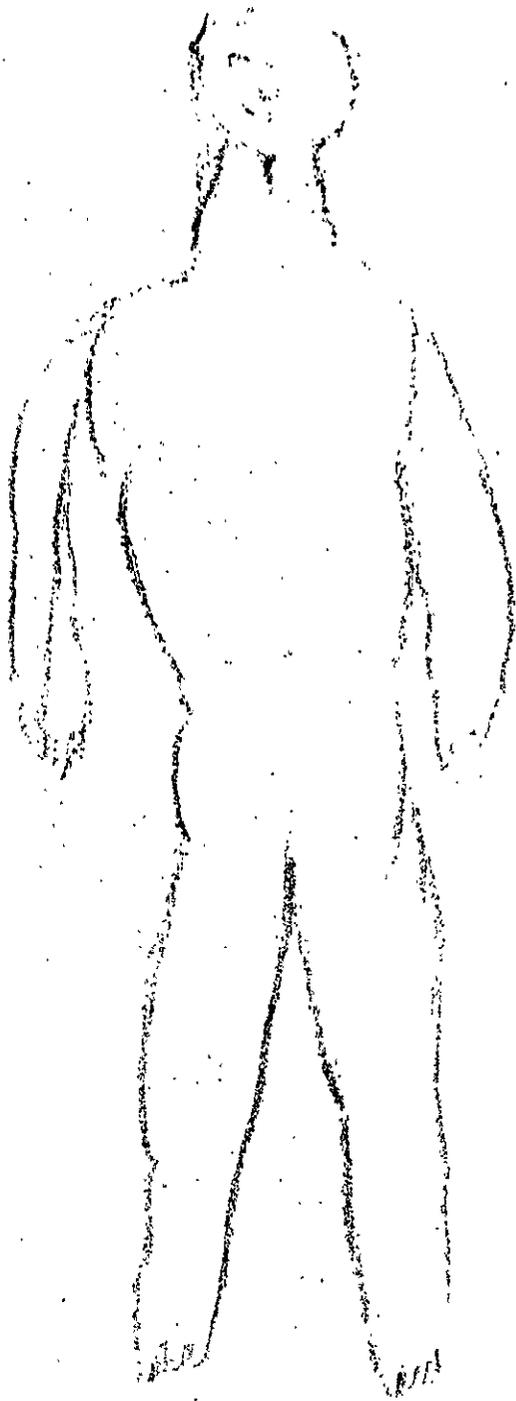
No hay causa aparente del inicio del padecimiento, ni de antecedente familiar de la alopecia areata.

La exploración física no reveló ninguna alteración.





Do dibujo Mardelino



INTERPRETACION DEL TEST PROYECTIVO DE KAREN MACHOVER

1er dibujo:Femenino

2o dibujo :Masculino

Ansiedad severa

Desajuste emocional

Pobre concepto de sí misma

Dependiente

Irritable

INTERPRETACION DEL EXAMEN MENTAL DE CLIMENT

Ansiedad severa

C A S O N o. 5

Nombre: JVG.

Sexo : Femenino

Edad : 28 años

Edo. civil: casada

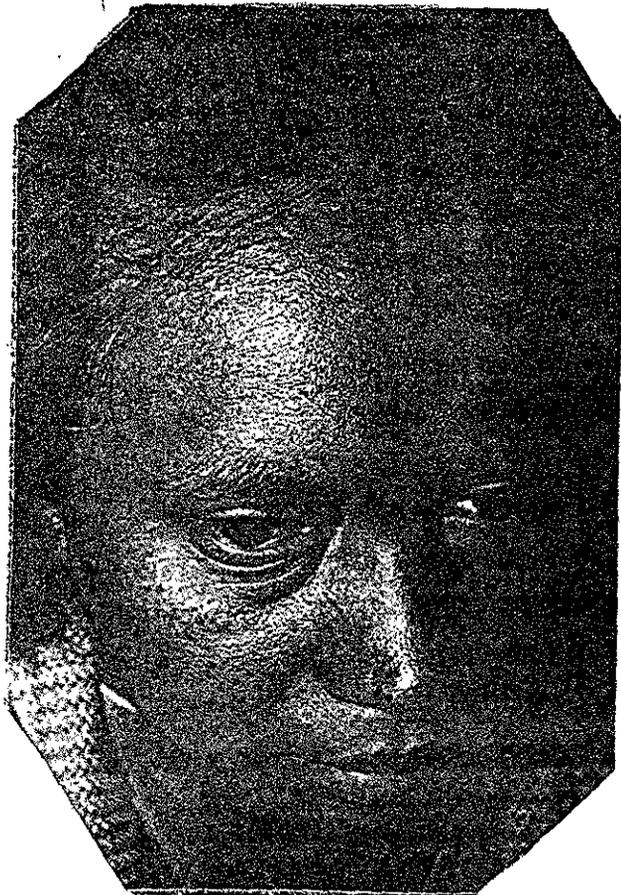
Ocupación : laboratorista.

TOPOGRAFIA: Se trata de una dermatosis localizada a cabeza, y de és ta afecta piel cabelluda en regiones frontal, parietal izquierda y región retroauricular del mismo lado. Unilateral.

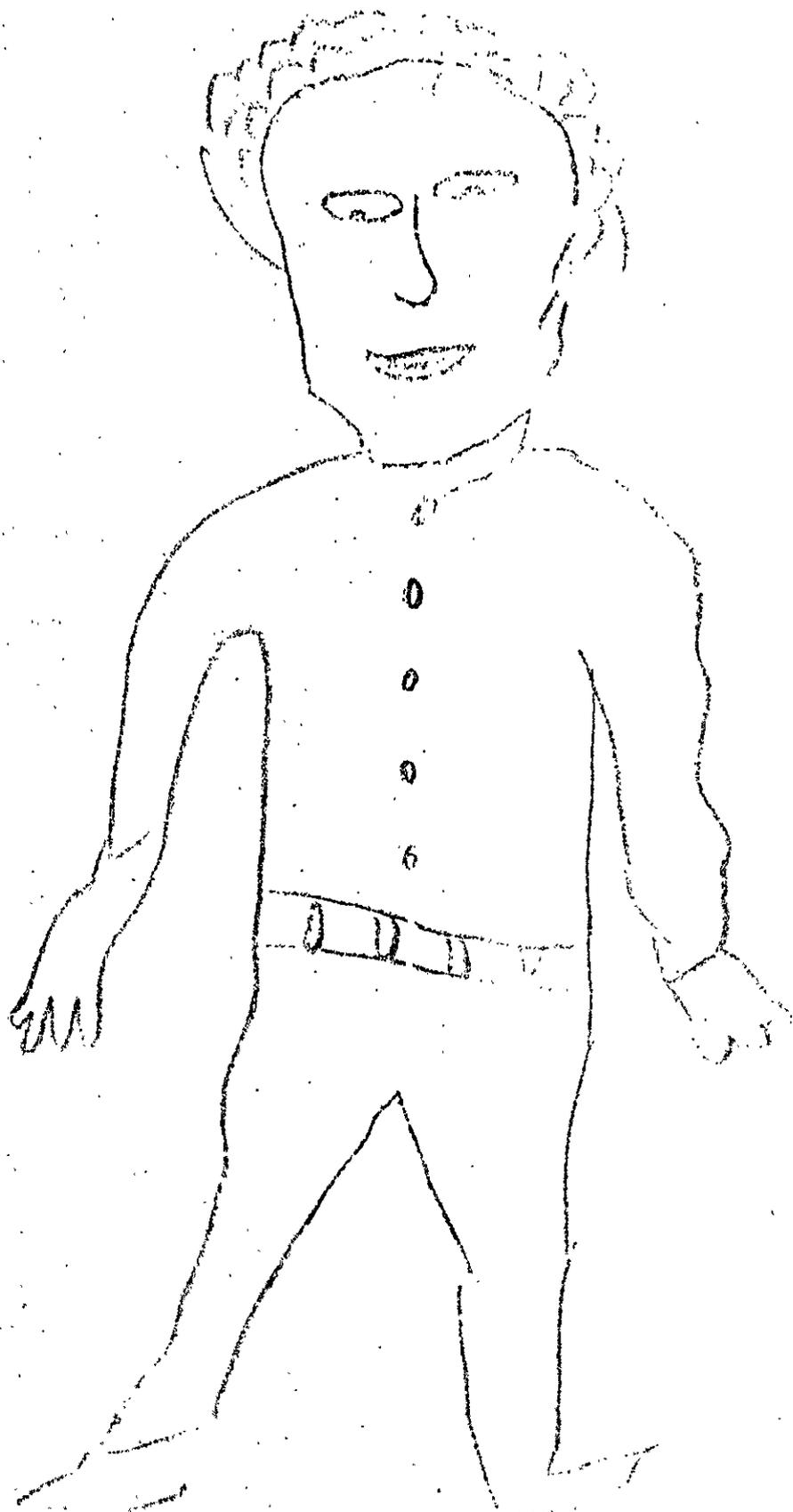
MORFOLOGIA: Dermatosis constituida por 3 placas alopecicas de tamaño que varía de 2 a 4 cm. en su diámetro, circulares con tendencia a extenderse en sus extremos, lisas en su superficie y blandas al tacto.

Evolución : 1 año aproximadamente.

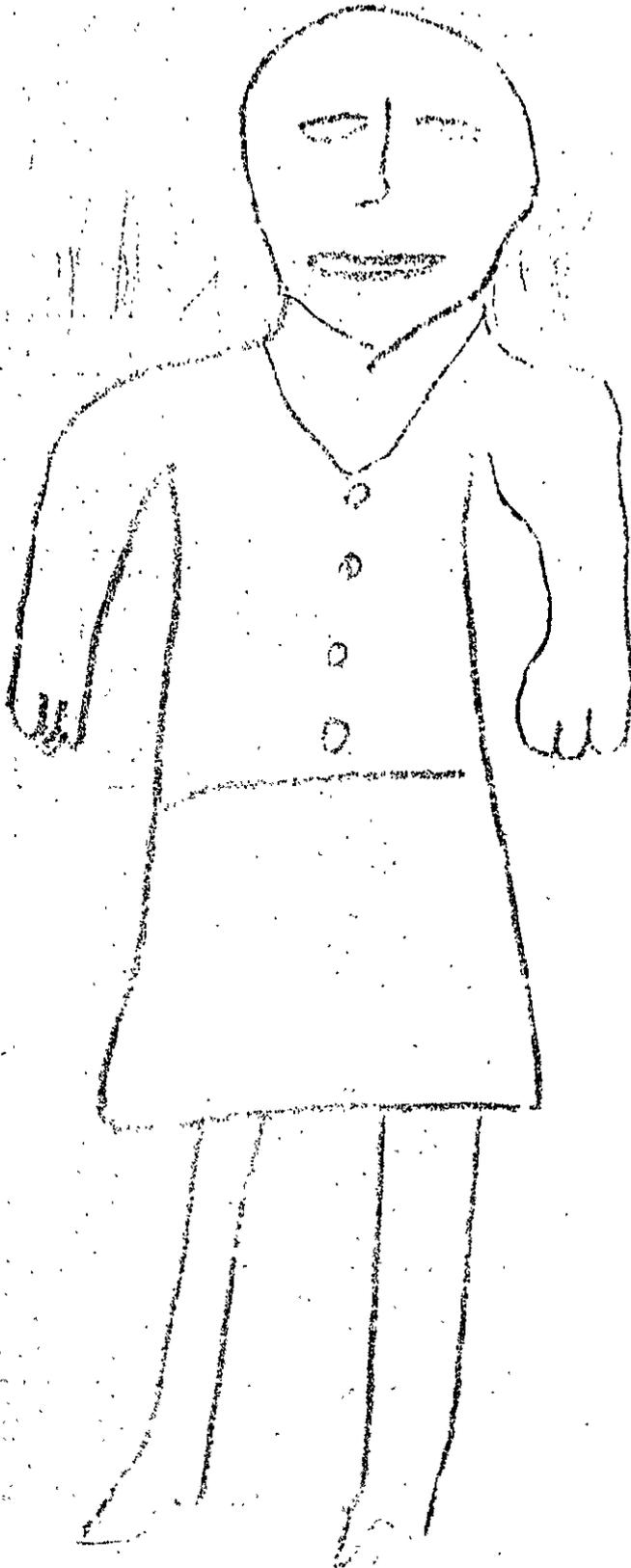
No hay antecedente familiar del padecimiento, refiere como causa - aparente desencadenante un accidente automovilístico importante, no tando 1 mes después la presencia de las lesiones que curan para apa recer en otros sitios.



ter dibujo de un



o dibujo femenino



INTERPRETACION DEL TEST PROYECTIVO DE KAREN MACHOVER

1er dibujo: Masculino

2o dibujo : Femenino

Percibe muy hostil a la figura femenina

Susplicacia

Inseguridad

Ansiedad

Relaciones sociales pobres ó débiles

Depresión

INTERPRETACION DEL EXAMEN MENTAL DE CLEMENT

Depresión ansiosa

B I B L I O G R A F Í A

- 1.-Givatte, A. Darier, J. Tzanok, F.: Compendio Dermatológico., París. Edit -
Salvat. 6a. edición. 1953 Pp493-499.
- 2.-Carlsen, R.A.: Human Fetal Hair Follicles: The Mesenchymal Component :
J. Invest. Derm., 63:206-211 1974
- 3.-Cunliffe, W. J.: Alopecia Areata, Thyroid Disease and Autoimmunity :
Br. J. Dermatol., 81:879-881 1969
- 4.-Carter, D.M. Jegasothy, V.: Alopecia Areata and Down Syndrome : Arch. -
Dermatol., Vol 112 Oct. 76 Pp 1397-1399
- 5.-Climent, C.E.: A Comparison of Traditional and Symptom-checklist Based -
Histories : Am. J. Psychiat., 132:4 April 1975 Pp 450-453
- 6.-DeFeo, CH.: Dysfunction of Hair Growth: Med. Clin. N. Amer., 49: 1965 -
Pp 603-620
- 7.-Domonkos, A.N.: Andrews Tratado de Dermatología. Barcelona(España). Edit
Salvat. 2a. edición Pp 907-909
- 8.-Deutsch, F.: Some Psychodynamic Consideration of Psychosomatic Skin -
Disorders-Plethysmographic and Psychosomatic observations: Jour. A.M.A.,
Vol XLV - No 4 1952 Pp 287-294
- 9.-De la Fuente, R.: Psicología Médica., México. Edit Fondo de Cultura Econó
mica. 6a. edición Pp 226-230
- 10.-Jacquet, L.: Nature et traitement de la pelada d'origine dentaire : -
Ann. Derm.Syph 3(4th.ser.): 97-129, 1902
- 11.-Korting, G.W. Denk, R.: Differential Diagnosis in Dermatology., Edit -
Saunders Company-London Toronto 1976 Pp 114-115/ 281-282
- 12.-Kopf, W.A.: Alkaline Phosphatase in Alopecia Areata : Arch. Derm., -
76:288-295 1957
- 13.-Luscher, M.: Test de los Colores. Buenos Aires. Edit Paidós. Vol. 34
- 14.-Lombardo, F.: Alopecia Areata Psicomatica: Minerva Med., 61 (16) 16 -
24 Feb. 1970 Pp 753-764
- 15.-Macalpino, L.: Is Alopecia Areata Psychosomatic? A psychiatric study :
Br. J. Dermatol., Vol 70 - April 1958 - Pp 117-131

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 16.-Mehlman, R.D. Oriesemer, R.D.: Alopecia Areata in The Very Young : Amer. J. Psychiat., 125:5 Nov 1968 Pp 605-614
- 17.-Main, R.A. Robbie, R.A. Gray, E.S.: Smooth Muscle Antibodies and Alopecia Areata: Br. J. Dermatol., Vol 92, 1975, Pp 389-393
- 18.-Muller, S.A.: Alopecia: Syndromes of Genetic Significance: J. Invest Derm., Vol 60: 6, 1973, Pp475-489
- 19.-Obermayer, M.E.: Psychocutaneous Medicine., Edit Ed. Charles C. Thomas Illinois. 1955 Pp 294-304
- 20.-Portuondo, J.A.: Test Proyectivo de Karen Machover (la figura humana) - Madrid. Edit. Biblioteca Nueva. 2a. edición. Tomo I
- 21.-Portuondo, J.A. Test Proyectivo de Karen Machover (la figura humana) - Madrid. Edit. Biblioteca Nueva. 2a. edición. Tomo II
- 22.-Prieto, G.J.: Dermatología Psicósomática Presentada en el X International Congress of Dermatology., London 1952 Pp 410-415
- 23.-Reinhold, M.D.: Relationship of Stress To The Development Of Syntoms - in Alopecia Areata and Chronic Urticaria: Bril. Med. J., 1:846-849 1960
- 24.-Saul, A.: Lecciones de Dermatología. México. Edit. Pco. Méndez C. 5a. edición. 1975 Pp 229-230
- 25.-Sandok, B.A.: Alopecia Areata: An Apparent Relationship to Psychic Factors : Amer J. Psychiat., 121: 184-185 1964
- 26.-Summerly, R. Watson, D.M. Monjton, P.W.: Alopecia Areata and Cataract - Arch Derm., Vol 93- April 1966- Pp 411-412
- 27.-Sabouraud, R.:Nouvelles recherches sur l'etiologie de la pelade: Ann Derm. Snyph., 2(5th.ser): 65-71, 1911
- 28.-Tiling, E.: Trichotillomania as a Phenomenon of Unexplained loss of Hair in Childhood: Monatsschr Kinderheilkd Ger., 123(2) : 58-64 Feb 75.
- 29.-To The Editor.:Alopecia Areata: Arch Derm., Vol 104, Nov.1971 Pp562 - 563
- 30.-Velázquez, T.:Anatomía Patológica., Edit. Prensa Médica Mexicana. México 1a. edición Pp 806 1961

- 31.-Whitlock, F.A.: Psychophysiological Aspects of Skin Disease. Major Problems in Dermatology., Edit.W.B. Saunders Company-London. 1976 Pp 2, 8, 20, 22, 29, 183-188, 240-241, 246, 266 -
- 32.-Waisman, M. Kerer, E.J.: Alopecia Areata, An Appraisal of Endocrine Factors in its Causation: J.A.M.A., May 3, 1941 Pp 2004-2006 -
- 33.-Winkelmann, R.K. Jaffe, M.O.: Nerve Network of the Hair Follicle in Alopecia Areata: Arch. Derm., Vol 82, Nov. 1960 Pp 142-145. -
- 34.-Whittaker, J.G.: Psicología. Canadá . Edit. Interamericana. la.edición Pp 445-472 -
- 35.-Graciansky, P. (de) et Boulle S.: Pseudo Pelade. Et Etats-Pseudo-Peladiques. Med., Chir., Paris Dermatologie - 7 - 1073 Pp I-VIII -
- 36.-Noyes, A. P.: Psiquiatría Clínica Moderna. Pennsylvania. Edit.Prensa Médica Mexicana. 3a. edición. Pp 15, 34, 104, 298 -