

Aplicación del lisado plaquetario en el tratamiento de la alopecia areata

Application of platelet lysate in the treatment of alopecia areata

Ana Lucía Jacas Portuondo^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7666-2551>

Idania Salas Santana¹ <https://orcid.org/0000-0002-0495-9441>

Rosa Julia Robinson Rodríguez² <https://orcid.org/0000-0002-9003-3994>

Niurka Aurora Alí Pérez ²<https://orcid.org/0000-0002-9003-3994>

¹Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

²Banco de Sangre Provincial Renato Guitart, Santiago de Cuba, Cuba

*Autor para la correspondencia: luciajp@infomed.sld.cu

RESUMEN:

Introducción: La alopecia areata caracterizada por pérdida no cicatricial de pelo es una enfermedad autoinmune y multifactorial con un alto impacto en la estética cutánea del paciente y en su esfera psicosocial, por lo que el lisado plaquetario se presenta como una nueva esperanza para su tratamiento.

Objetivo: Evaluar la efectividad del lisado plaquetario autólogo tópico en pacientes con alopecia areata.

Métodos: Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención terapéutica en 50 pacientes con diagnóstico clínico y dermatoscópico de alopecia areata, atendidos en el Hospital "Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, en el período 2018 a 2020 conformados en dos grupos: el grupo de estudio recibió tratamiento tópico con lisado plaquetario autólogo y el grupo control con crema de acetónido de triamcinolona 0,1 %. Se trabajó en conjunto con el Banco de Sangre Provincial Renato Guitart para la obtención del lisado plaquetario tópico. Para el



análisis estadístico se empleó el sistema computarizado SPSS 20.1, se utilizó el porcentaje, la media, la desviación estándar, y la prueba de Fisher.

Resultados: La mayoría de los pacientes se encontraban en edades comprendidas entre 29-38 años con el 46,0 %; de ellos 58,0 % eran masculinos, con múltiples placas alopécicas, localizada sobre todo en el cuero cabelludo con evolución entre 4 a 12 meses, y evaluaciones clínicas al inicio, al mes, dos y 3 meses. El tratamiento fue efectivo en 94,0 % de los casos.

Conclusiones: La terapia con lisado plaquetario autólogo tópico es beneficiosa, y sin reacciones adversas.

Palabras clave: Alopecia areata; lisado plaquetario tópico; lisado plaquetario autólogo; triamcinolona.

ABSTRACT:

Introduction: Alopecia areata, characterized by non-scarring hair loss, is an autoimmune and multifactorial disease with a high impact on the patient's skin aesthetics and their psychosocial sphere; therefore, platelet lysate is presented as a new hope for its treatment.

Objective: To evaluate the effectiveness of topical autologous platelet lysate in patients with alopecia areata.

Methods: A quasi-experimental therapeutic intervention study was carried out in 50 patients with clinical and dermoscopic diagnosis of alopecia areata, treated at "Juan Bruno Zayas Alfonso" Hospital in Santiago de Cuba, from 2018 to 2020, divided into two groups: the study group received topical treatment with autologous platelet lysate and the control group received 0.1 % triamcinolone acetonide cream. The work was carried out jointly with the Renato Guitart Provincial Blood Bank to obtain topical platelet lysate. For statistical analysis, the computerized system SPSS 20.1, employed percentage, mean, standard deviation, and Fisher's test, were used.

Results: The majority of patients were between 29-38 years (46.0 %); 58.0 % were male, with multiple alopecic plaques, mainly located on the scalp, with



evolution between 4 and 12 months, and clinical evaluations at baseline, one, two, and three months; were carried out. Treatment was effective in 94.0 % of cases.

Conclusions: Therapy with topical autologous platelet lysate is beneficial and without adverse reactions..

Keywords: Alopecia areata; topical platelet lysate; autologous platelet lysate; triamcinolone.

Recibido:12/02/2024

Aprobado:13/02/2026

Introducción

En el ser humano el cabello cumple funciones de protección y regulación de la temperatura, sin embargo, a lo largo del tiempo ha evolucionado, no solo representa belleza, juventud y salud, sino que proporciona a las personas un sentido de autoidentidad y autoestima, lo que cumple un rol importante en distintos aspectos de la vida del ser humano, como lo es la religión, la vida social y la actividad sexual.⁽¹⁾

Todos los días pueden desprenderse hasta 100 pelos del cuero cabelludo, este número es variable en dependencia de distintos factores como el clima, radiaciones solares o estrés, sin embargo, la pérdida anormal de cabello como resultado de un proceso patológico se conoce como alopecia, esta es una condición dermatológica que afecta a los folículos pilosebáceos tanto en hombres como en mujeres.⁽¹⁾

La alopecia es un padecimiento común en los individuos, aunque, en algunos casos, puede estar asociada con otras enfermedades.^(2,3) Existen 2 tipos fundamentales de alopecia: la cicatricial, en la cual se produce fibrosis, inflamación y pérdida de folículos pilosos; y la no cicatricial, que consiste en la pérdida de tallos de pelo con persistencia de folículos pilosos, de allí que sea potencialmente reversible, dentro de ella se encuentra la alopecia areata (AA), afección que consiste en una pérdida



de cabello circunscrita, con placas redondeadas, asintomáticas, de aparición brusca o gradual, sin dejar cicatrización residual, localizada en zonas pilosas como cuero cabelludo, barba, pubis, cejas, y párpados, aunque puede aparecer en otra áreas del cuerpo.^(3,4)

En los bordes de las placas se observan unos cabellos muy cortos en signo de admiración.⁽⁵⁾ Presenta una evolución variable e impredecible en cada paciente, cuando existen varias placas, la inicial puede hacerse coalescente o agruparse con las posteriores dando diferentes morfologías que adquieren denominaciones diferentes: reticular, ofiásica (en la línea fronto- parieto-occipital), total, universal y difusa.^(4,5)

La alopecia areata se clasifica en tres grupos de acuerdo con la gravedad y con las regiones en donde se observa la ausencia de pelo: 1 alopecia areata en parche (AA), considerada la forma más común e identificada por la presencia de parches redondos u ovalados en la cabeza (90,0 % de los casos o en diferentes regiones del cuerpo; 2 alopecia total (AT), en la cual existe una ausencia total o casi total de pelo en el cuero cabelludo; y 3 alopecia universal(AU), establecida como la más grave y diferenciada de las dos anteriores porque la pérdida total de pelo se observa en todo el cuerpo, que incluye la cara y el cuero cabelludo.^(5,6)

Los tratamientos tópicos están encaminados al crecimiento piloso sin interferir en la evolución de la enfermedad, mientras que los sistémicos buscan influir en la evolución de la misma, y ninguno ha demostrado ser definitivo. No todos los tratamientos se han comprobado sistemáticamente, aunque ofrecen adecuados niveles de evidencia y recomendación para justificar su empleo.^(7,8,9)

En el tratamiento de los pacientes con alopecia areata se han empleado sustancias irritantes locales: como el fenol; la antralina; la luz ultravioleta; la terapia con psoraleno; los esteroides tópicos intralesionales y sistémicos; los inmunomoduladores; entre otros.^(10,11)

La frecuencia de la AA a nivel mundial oscila entre 0,7 y 3,8 % dentro de las consultas dermatológicas. Algunos estudios notifican una frecuencia mayor en hombres, pero son las féminas las que acuden con mayor frecuencia por esta causa a la consulta. En la edad pediátrica corresponde al 20,0 % de las alopecias mientras que 60,0 % de los pacientes con alopecia areata presentó su primera



placa entre los 5 y 20 años de edad. En países como la India y Turquía, el mayor número de casos corresponde al sexo masculino, con formas de presentación más graves. Su incidencia en México es de 0,2 a 3,8 % similar a la de Estados Unidos.^(4,12) En Cuba no se registran datos de su incidencia en el Anuario Nacional de Salud a pesar de ser motivo de consulta frecuente en la provincia y la institución.^(13,14)

La medicina regenerativa se presenta como una nueva esperanza en el tratamiento de disímiles enfermedades y consiste en la renovación de los tejidos dañados con sus propias células madres. Los nuevos avances terapéuticos conseguidos han dado paso al nacimiento de una nueva medicina que potencia los mecanismos de regeneración celular que sustituyen a las células dañadas o viejas que dejan de funcionar correctamente. Las plaquetas transportan los principales factores de crecimiento en los gránulos alfa y proteínas útiles en la regeneración y reparación tisular.⁽¹⁵⁾

Por lo que el plasma rico en plaquetas (PRP) se define como una fracción de plasma obtenido de sangre autólogo que tiene una concentración de plaquetas superior a la del plasma en condiciones basales, contiene no solo un alto nivel de plaquetas, sino también de los factores de crecimiento que tienen efectos directamente sobre las células diana para los factores de crecimiento, y también como matriz extracelular para la estimulación de la reparación y regeneración del tejido de un modo global.⁽¹⁵⁾

Dentro del PRP se encuentra el lisado plaquetario (LP), que es una sustancia natural utilizable en el tratamiento de diferentes ramas de la medicina como Ortopedia, Periodoncia, Maxilofacial y Dermatología entre otras, este es un tratamiento sencillo, no requiere hospitalización, por lo que permite al paciente reincorporarse de forma inmediata a sus actividades, sin cicatrices ni hematomas. Además tiene un costo accesible, es fácil de aplicar y puede ser combinado con otros protocolos de tratamientos.^(15,16)

Es un método seguro, por lo tanto no hay intolerancia, rechazos o alergias al mismo, y tampoco está sujeta a la transmisión de enfermedades como el SIDA, hepatitis, entre otras,^(16,17) por todo lo antes expuesto se planteó como problema científico la siguiente interrogante:



¿Cuál será la efectividad de la aplicación de lisado plaquetario autólogo en pacientes con Alopecia areata atendidos en el Hospital Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba, durante el periodo enero 2018- a enero del 2020? Por lo que se plantea como objetivo del estudio:

✓ Evaluar la efectividad del lisado plaquetario autólogo tópico en pacientes con alopecia areata.

Métodos

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención terapéutica en 50 pacientes con diagnóstico clínico y dermatoscópico de alopecia areata, para evaluar la efectividad del lisado plaquetario autólogo tópico en el Hospital "Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, durante el periodo comprendido del 2018 al 2020.

Se seleccionaron a través de un muestreo aleatorio simple, dos grupos terapéuticos, el grupo de estudio a los que se le aplicó el lisado plaquetario autólogo tópico y el grupo control que recibió tratamiento tópico con acetónido de triamcinolona al 0,1 %. A todos se les explicó el procedimiento y se les solicitó su consentimiento por escrito para participar en la investigación.

Los pacientes incluidos en el grupo de estudio fueron remitidos al servicio ambulatorio de medicina regenerativa perteneciente al Banco de Sangre Provincial Renato Guitart de Santiago de Cuba (SAMERSAC), donde se realizaron los procedimientos técnicos para la obtención del lisado plaquetario, recogiendo todos los datos de registro (nombre y apellidos del paciente, la fecha, hospital, especialidad y volumen final). El envío del lisado plaquetario al servicio de transfusiones del Hospital "Juan Bruno Zayas", se realizó en una bolsa para cada paciente que contenía 64 viales de 3cc que era entregada al médico en dicho servicio, previa descongelación de forma rápida en baño María durante 6 minutos y de 3 a 5 viales para el tratamiento en cada aplicación, según el área afectada.

Previamente se les realizó a ambos grupos un examen físico general y exámenes complementarios para evaluar su estado de salud. Exámenes de laboratorio clínico: hemograma completo; Grupo y RH; serología; VIH; cuagulograma mínimo;



TGO; TGP; glucemia; creatinina; ácido úrico; colesterol; fosfatasa alcalina; exudado nasofaríngeo y ótico; conteo de plaquetas; antígeno de superficie; evaluación con estomatología; psicología; fotografías antes, durante y al finalizar el tratamiento.

El tratamiento para ambos grupos se realizó de forma ambulatoria con una frecuencia diaria de lunes a viernes durante tres semanas hasta completar tres ciclos separados con una semana de descanso entre los ciclos, para la aplicación del tratamiento se les orientó no lavarse con champú durante los días del tratamiento de manera que no interfiriera en su aplicación y no provocase irritación en la zona tratada, con posterioridad para la aplicación del tratamiento se realizó asepsia y antisepsia en la zona con solución salina fisiológica al 0,9 %, y secado con gasa estéril, seguida de un masaje con las manos cubierta con guante estéril en la zona alopecica para potenciar de esta forma el efecto tonificante y aumentar la irrigación sanguínea en el área, y por último se aplica la terapia correspondiente a cada grupo por el médico, frotándolo hasta desaparecer y desechando el producto restante del LP en caso de que quede. Los pacientes fueron evaluados al inicio, al mes, a los dos meses, y al tercer mes de haber culminado el tratamiento.

El diámetro de las lesiones: fue medida según la escala (Graduación de Salt-Olsen/Canfield) al inicio, al mes, a los dos y a los tres meses. Para ello se utilizó una cinta milimetrada en centímetros para medir el tamaño de la placa.

La evaluación de la respuesta al tratamiento se realizó al mes, a los dos y a los tres meses en las siguientes categorías:

- Curado: que desaparecieran la o las placas alopecicas.
- Mejorado: que los diámetros de las placas disminuyeran comparado con el inicial.
- Estacionario: sin cambios en el diámetro.
- Empeorado: Cuando aparecieron placas nuevas o las que existían aumentaron de tamaño.

Las reacciones adversas:

En los casos del grupo estudio: eritema (enrojecimiento de la piel), prurito (sensación que invita al rascado) y ardor (sensación subjetiva de quemazón)



- Para el grupo control: telangiectasia (dilatación de pequeños vasos terminales), estrías (líneas de piel atróficas) y atrofia (disminución del espesor y consistencia de la piel)

Al evaluar la respuesta clínica del paciente y la efectividad al finalizar el tratamiento se consideró:

- Efectivo: Cuando los pacientes a los tres meses de tratamiento se encontraron entre las categorías de curado o mejorado, aunque durante el mismo presenten reacciones adversas propias del tratamiento.
- No efectivo: Cuando los pacientes a los tres meses de tratamiento se encontraron entre las categorías de estacionario o empeorado.

La información fue procesada en una base de datos elaborada en el paquete estadístico SPSS versión 20.1 que se creó al efecto para su análisis. Se utilizó el porcentaje para las variables cualitativas y para las cuantitativas la media, la desviación estándar, además de la prueba de hipótesis no paramétrica Chi cuadrado de homogeneidad con un nivel de significación de 0.05 y la prueba de Fisher para la determinación de la efectividad al tratamiento.

Resultados

La distribución de pacientes según sexo, edad y grupos terapéuticos se muestra en la Tabla 1 donde se observó que del total de pacientes 29 correspondieron al sexo masculino para un 58,0 %, y dentro de esta población 15 casos se encontraban dentro del grupo de control representado por 30,0 % y 14 pacientes que correspondían al grupo de estudio 28,0 % de ellos 21 pacientes eran del sexo femenino 42,0 % de la casuística estudiada.

En relación con el total de casos analizados 23 pacientes se encontraban dentro del grupo etario de 29 a 38 años para un 46,0 %. Dentro de este grupo el grupo de control presentó 13 casos de los cuales (53,3 %) correspondían al sexo masculino y 5 casos al sexo femenino (50,0 %), mientras que en el grupo de estudio se identificaron a 5 pacientes de ambos sexos con una distribución proporcional de 35,7 % para los hombres y del 45,4 % para las féminas. Estos resultados reflejan un ligero predominio del sexo masculino en el grupo de control mientras que en el



grupo de estudio la distribución fue más equilibrada, con una media de 35,8 años y una desviación de 9,6 años.

Tabla 1. Pacientes según sexo, edad y grupos terapéuticos

Edad	Grupos Terapéuticos								Total	
	Grupo Estudio				Grupo Control					
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
19-28	4	28.6	4	36.4	5	33.3	2	20.0	15	30.0
29-38	5	35.7	5	45.4	8	53.3	5	50.0	23	46.0
40-48	4	28.6	1	9.1	1	6.7	2	20	8	16
59 y +	1	7.1	1	9.1	1	6.7	1	10	4	8
Total	14	100.0	11	100.0	15	100.0	10	100.0	50	100.0

El tiempo de evolución es un aspecto importante a tener en cuenta en el diagnóstico de la alopecia areata ya que en ocasiones el daño ocasionado al folículo piloso puede ser irreversible, el mismo influye tanto en el pronóstico como en las decisiones terapéuticas a tener en cuenta para paciente, al analizar el tiempo de evolución según grupos terapéuticos (Tabla 2) se muestra que 38 pacientes (76,0 %) tenían entre 4 a 12 meses de evolución de su cuadro de alopecia areata, y dentro de esta serie 20 pacientes se encontraban en el grupo de control (80,0 %) y en el grupo de estudio 18 casos (72,0 %).

Tabla 2. Pacientes según tiempo de evolución y grupos terapéuticos

Tiempo evolución	Grupo Estudio		Grupo Control		Total	
	No	%	No	%	No	%
menos de 3 meses	2	8.0	2	8.0	4	8.0
4 a 12 meses	18	72.0	20	80.0	38	76.0
Más de 1 año	5	20.0	3	12,0	8	16.0
Total	25	100.0	25	100.0	50	100.0

En la Tabla 3 se muestra la distribución de pacientes según número de lesiones y grupos terapéuticos, donde se encontró al inicio del tratamiento que del total de



pacientes en 27 casos presentaban múltiples placas alopécicas para un 54,0 %, y dentro de esta serie en 15 (60,0 %) se encontraban dentro del grupo de estudio. Al realizar la evaluación de los pacientes se demostró que del total de casos 47 pacientes no tenían lesiones (94,0 %), sin embargo, al analizar los resultados por grupos se observó una diferencia favorable en el grupo de estudio donde 24 pacientes (96,0 %) alcanza su recuperación en contraste con el grupo de control con 23 casos libres de lesiones (92,0 %). Aunque ambos grupos mostraron una elevada respuesta terapéutica.

Tabla 3. Pacientes según número de lesiones y grupos terapéuticos

Número de lesiones al inicio	Grupos terapéuticos				Total	
	Grupo Estudio		Grupo Control			
	No	%	No	%	No	%
Única	10	40.0	13	52.0	23	46.0
Múltiples	15	60.0	12	48.0	27	54.0
Número de lesiones evaluación final						
Única			1	4,0	1	2,0
Múltiples	1	4.0	1	4.0	2	4.0
Sin lesión	24	96.0	23	92.0	47	94.0
Total	25	100.0	25	100.0	50	100

En el análisis de los grupos terapéuticos según la respuesta al tratamiento (Tabla 4), se observó que en la categoría de curado y mejorado en el primer mes, se encontraban 14 pacientes (28,0 %), de ellos 11 (44,0 %) correspondían al grupo de estudio y 3 al grupo de control (12,0 %), en el segundo mes 22 casos (44,0 %) se encontraban en ambas categorías y dentro de esta serie el 56, % eran del grupo de estudio, y 32,0 % del grupo de control, en el tercer mes se encontró en estas mismas categorías 47 pacientes (96,0 %) del total de los casos estudiados, 24 correspondiente al grupo de estudio (96,0 %) mientras que para el grupo de control es de 23 casos (92,0 %), lo que evidencia desde el principio una mejor respuesta a la terapéutica para el grupo de estudio, comparada con el grupo de control, y se observa que no existió diferencia estadísticamente significativa.



Tabla 4. Pacientes según grupos terapéuticos y respuesta al tratamiento

Respuesta al tratamiento	Grupos terapéuticos				Total	
Al mes	Grupo I		Grupo II			
	No	%	No	%	No	%
Curado	2	8.0	1	4.0	3	6.0
Mejorado	9	36.0	2	8.0	11	22.0
Estacionario	14	56.0	22	88.0	36	72.0
Respuesta al tratamiento					p=0.03	
2do mes						
Curado	7	28.0	5	20.0	12	24.0
Mejorado	7	28.0	3	12.0	10	20.0
Estacionario	11	44.0	17	68.0	28	56.0
Respuesta al tratamiento					p=0.11	
3 er mes						
Curado	23	92.0	22	88.0	45	90.0
Mejorado	1	4.0	1	4.0	2	4.0
Estacionario	1	4.0	2	8.0	3	6.0
Total	25	100.0	25	100.0	50	100.0

Al analizar la efectividad al tratamiento según grupos terapéuticos (Tabla 5) se observó que en el 92 % del total de pacientes fue efectivo, y de ello correspondió al grupo de estudio el 96 % con 24 pacientes mientras que para el grupo control correspondió al 88,0 % y 22 casos respectivamente. En este estudio no se demostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la respuesta al tratamiento en ambos grupos según la prueba de Fisher con el valor aproximado de 0.61, considerándose que el tratamiento aplicado tanto en el grupo de estudio como en el grupo control fue efectivo.

Tabla 5. Pacientes según grupos de estudios y efectividad al tratamiento

Efectividad al tratamiento	Grupo Estudio		Grupo Control		Total	
	No	%	No	%	No	%
Efectivo	24	96.0	22	88.0	46	92.0
No Efectivo	1	4.0	3	12.0	4	8.0
Total	25	100.0	25	100.0	50	100.0



Discusión

La alopecia areata afecta al 1,2 % de la población general, con un riesgo estimado de presentar la enfermedad a lo largo de la vida.⁽¹⁰⁾ Sin embargo, la prevalencia puede variar entre 0,1 % y 6,9 % lo que depende de la población estudiada. La generalidad de los autores plantea que esta enfermedad predomina entre los 20-40 años de edad.⁽¹³⁾ El primer episodio ocurre a los 40 años en un 82,6 % de los pacientes, y a los 20 años en 40,2 %. La edad media de inicio es entre los 25,2 y 36,3 años.^(18,19)

Al igual que en la serie estudiada donde existió leve predominio del sexo masculino autores como Lauren C,⁽⁹⁾ Meah,⁽¹⁰⁾ y Rodgers⁽¹³⁾ encontraron en sus estudios un leve predominio del sexo masculino en edades entre 20 - 40 años lo cual pudiera deberse a que en el hombre es más llamativa la placa alopécica porque mantiene su cabello corto y, de esta manera acude con mayor prontitud a los servicios médicos por cuestiones estéticas; la mujer generalmente presenta el cabello largo, lo que le posibilita poder peinarse de forma que quede cubierta la zona afectada; según la bibliografía consultada, hay varios consensos en que la distribución por sexo podría ser próxima a 1:1, aunque con mayor frecuencia en el sexo masculino. Según la enfermedad se manifiesta como la pérdida de pelo en forma de placas que puede afectar a cualquier área corporal, aunque en el 90 % de los casos se presenta en el cuero cabelludo, lo que coincide con la casuística estudiada, además se conoce que en el hombre es más asidua su presentación en el occipucio, mientras que en la mujer se localiza en la región frontal y el vértex. Otra zona frecuente afectada es la barba y es la afectación de las cejas y pestañas la menos frecuente. El tipo de lesión única, es la forma más común de manifestación y la de mejor pronóstico, se distingue por ser una placa redonda u ovalada, circunscrita y lisa, donde la variedad focal es la más frecuente.^(7,13,15) También se conoce que 30,0 % de los pacientes se asocia a enfermedades autoinmune, y a otras comorbilidades a pesar de ser una enfermedad de afectación exclusiva cutánea, además de que puede afectar la calidad de vida de estos pacientes^(13,16). Se puede producir una repoblación espontánea entre el 34-80 % ó con tratamiento, pero ninguna



alternativa terapéutica altera el curso natural de la enfermedad, se sabe que algunos pacientes recuperan el pelo espontáneamente en el primer año tras el diagnóstico, mientras otros pueden progresar a formas más generalizadas y graves, en las que la repoblación espontánea del pelo es menos frecuente.^(8,13, 15,17)

Las pautas terapéuticas de la alopecia areata se establecen en función de la edad del paciente, la extensión, el tiempo de evolución de la enfermedad y otras circunstancias del mismo. Las formas aisladas en pocas placas, especialmente en niños, suelen repoblar de forma espontánea, por lo que se puede adoptar una actitud expectante, o utilizar corticoides tópicos y/o intralesionales. En formas más extensas o rápidamente progresivas, suele ser necesaria la administración de tratamientos sistémicos, como los corticoides orales, e inmunosupresores. La inmunoterapia de contacto con difenciprona se recomienda en formas extensas, y se asocia a una frecuencia de respuesta hasta del 60 %. Al final siempre es individualizado.^(8,13)

El tratamiento con PRP como en el estudio de Planas Pavón⁽¹⁵⁾, observó a los 2 meses la presencia de pequeños cabellos en los sitios donde existía pérdida total o parcial y mejoría de la cutícula del pelo distrófico y a los 4 meses se constató la existencia de mayor población en las partes delanteras y central de la cabeza, así como reducción de la pérdida de los cabello, resultado similar lo encontraron otros autores.^(18,19)

Según Ranpariya⁽¹⁹⁾ el grupo I mostró una respuesta excelente en 18 pacientes (60,0 %), mientras que la respuesta buena se observó en 11 (36,66 %) en el tratamiento con acetato de triamcinolona en el cuarto seguimiento. En el tratamiento con PRP (grupo II), se observó respuesta excelente en 4 (13,33 %) después de los 3 meses y 11 (36,66 %) mostraron respuesta buena en el cuarto seguimiento, para estos investigadores el acetónido de triamcinolona demuestra ser mejor que el PRP en el tratamiento de alopecia areata con una recuperación más rápida, efectos adversos mínimos y sin recurrencias. Sin embargo, esta diferencia fue estadísticamente no significativa para ambos tratamientos.⁽²⁰⁾

Cabe resaltar la ausencia de eventos adversos para ambos grupos, aunque son conocidos los efectos secundarios producidos por los corticosteroides los cuales pueden ser locales o sistémicos; entre los locales, los más frecuentes son: la



disminución del grosor de la epidermis, la inhibición de los melanocitos con aparición de blanqueamiento que puede ser crónico, la atrofia dérmica al actuar en los fibroblastos y las fibras elásticas, la púrpura, la hipertrichosis, las erupciones acneiformes, los eccemas de contacto,^(18,19) mientras que para la aplicación del lisado plaquetario puede aparecer como efectos adversos puede presentarse el prurito, eritema, ardor y dolor sobre todo relacionado con la vía de administración.^(15,18,20)

Los resultados de este estudio fueron progresivos comenzó a evidenciarse al mes del tratamiento en el grupo de estudio, lo que demuestra que la bioestimulación tópica con lisado plaquetario empleada como tratamiento contra la caída del cabello, aumenta el número de pelos, y un espesamiento de la zona alopécica, esta es una vía de administración además de la forma intralesional utilizada en otros estudios.^(14,17,19)

Podemos concluir que los resultados de este estudio prueban que la estimulación tópica con lisado plaquetario autólogo empleado como tratamiento de la alopecia areata del cuero cabelludo es tan efectivo como la terapia tradicional con triamcinolona tópica, sin reacciones adversas, es indolora por lo que constituye una alternativa terapéutica disponible para estos pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. Sterkens A, Lambert J, Bervoets A. Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options. Clinical and Experimental Medicine. 2021[citado 28/6/2024]; 21(2): 215-30. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10238-020-00673-w>
2. Echavarría C, Velásquez MM. Aspectos clínicos e inmunopatogénicos de la alopecia areata. Rev. argent. dermatol. 2019[citado 28/6/2024]; 100(2): 11-20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2019000200011&lng=es.
3. Suchonwanit P, Kositkuljorn C, Pomsoong C. Alopecia areata: an autoimmune disease of multiple players. ImmunoTargets and Therapy. 2021[citado



28/6/2024]; 10:299-312. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8328385/pdf/itt-10-299.pdf>

4.¿Qué es la alopecia areata? | Síntomas, causas y cómo tratar la enfermedad. La Vanguardia. 2023[citado 28/6/2024]. Disponible en:
<https://www.lavanguardia.com/vida/salud/20190619/462985635886/que-alopecia-areata-sintomas-causas-como-tratar-enfermedad.html>

5.Shimizu Y, Ntege EH, Sunami H, Inoue Y. Regenerative medicine strategies for hair growth and regeneration: A narrative review of literature. Regen Ther. 2022 [citado 28/6/2024]; 21:527-39. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9637724/pdf/main.pdf>

6.Mostaghimi A, Napatalung L, Sikirica V, Winnette R, Xenakis J, Zwillich SH, Gorsh B. Patient perspectives of the social, emotional and functional impact of alopecia areata: a systematic literature review. Dermatology and therapy. 2021[citado 28/6/2024]; 11(3): 867-83. Disponible en:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s13555-021-00512-0>

7.Zhou C, Li X, Wang C, Zhang J. Alopecia areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management. Allergy and Immunology. 2021[citado /28/6/2024]; 61(3): 403-23. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12016-021-08883-0>

8.Bordes Pastor G. Eficacia del plasma rico en plaquetas como tratamiento para la alopecia: una revisión integradora [Tesis]. Universitat Jaume I; 2020[citado 28/6/2024]. Disponible en:
<https://repositori.uji.es/server/api/core/bitstreams/3c9c03d2-154b-435b-98ab-aebc12ca98d0/content>

9.Lauren C,Strazzulla BA, Chun Wang EH, Avila L, Sicco KL, Brinster N, Christiano AM, Shapiro J. Alopecia areata: disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis. Journal of the American Academy of Dermatology. 2018[citado 28/6/2024]; 78(1): 1-12. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019096221731873X>

10.Meah N, Wall D, York K, Bhoyrul B, Bokhari L, Asz-Sigall D.et al. The Alopecia areata Consensus of Experts (ACE) study part II: results of an international expert opinion on diagnosis and laboratory evaluation for alopecia areata. Journal of the



American Academy of Dermatology. 2021[citado 28/6/2024]; 84(6):1594-601. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962220326141>

11.Senna M, Ko J, Tosti A, Edson Heredia E, Fenske DC, Ellinwood AK, et al. Alopecia areata treatment patterns, healthcare resource utilization, and comorbidities in the US population using insurance claims. *Advances in therapy*. 2021[citado 28/10/2022]; 38(9): 4646-58. Disponible en:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-021-01845-0>

12.Cuba. Ministerio de Salud Pública Cuba. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2022[citado 28/6/2024]. Disponible en:

<https://files.sld.cu/dne/files/2023/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2022-Ed-20231.pdf>

13.Rodgers AR. Why finding a treatment for alopecia areata is important: a multifaceted perspective. *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*. 2019[citado 28/6/2024]; 19(1): 551-53. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1087002417300412>

14.Jacas Portuondo AL, López Pupo N, Girón Jacas A, Girón Maturell Y. Comorbilidades y factores asociados en pacientes con alopecia areata. *Medisan*. 2022[citado /6/2024]; 26(6): e4344. Disponible en:

<https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4344/pdf>

15.Planas Pavón M, León García Y. Tratamiento de la Alopecia areata Universal con concentrado de plaquetas. *Invest Medicoquir*. 2019[citado 28/6/2024]; 11(1): 1-12. Disponible en: <https://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/460/533>

16.Sharma AN, Michelle L, Juhasz M, Muller Ramos P, Atanaskova Mesinkovska N. Low-dose oral minoxidil as treatment for non-scarring alopecia: a systematic review. *Int J Dermatol*. 2020[citado 28/6/2024]; 59(8): 1013-19. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/342056058_Low-](https://www.researchgate.net/publication/342056058_Low-dose_oral_minoxidil_as_treatment_for_non-scarring_alopecia_a_systematic_review)

[dose_oral_minoxidil_as_treatment_for_non-scarring_alopecia_a_systematic_review](https://www.researchgate.net/publication/342056058_Low-dose_oral_minoxidil_as_treatment_for_non-scarring_alopecia_a_systematic_review)

17.Ranpariya RH, Gupta SB, Deora MS, Agrawal PV, Mathur R, Raheja A. Intralesional triamcinolone acetonide versus platelet rich plasma: a comparative



study in the treatment of alopecia areata of scalp. Int J Res Dermatol. 2019[citado 28/6/2024]; 5(3): 521-27.

Disponible en: <https://www.ijord.com/index.php/ijord/article/view/697/379>

18. Basmanav FB, Betz RC. Translational impact of omics studies in alopecia areata: recent advances and future perspectives. Expert Review of Clinical Immunology. 2022[citado 28/6/2024]; 18(8): 845-57. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1744666X.2022.2096590>

19. González Hernández WC, Méndez Juárez A, Sánchez Álvarez I. Tratamientos emergentes de la alopecia areata. Dermatología Rev Mex. 2019 [citado 28/6/2024]; 63(5): 469-80. Disponible en: <https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/tratamientos-emergentes-de-la-alopecia-areata/>

20. Castro Turuseta A, Rodríguez García M, Tobar Ceron P, Rodríguez Martínez K, García Gómez R. Concentrado plaquetario autólogo en el tratamiento de la alopecia areata. Acta Médica. 2020 [citado 28/6/2024]; 21(3): 1-16 Disponible en: <https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/117/pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hubo conflicto de intereses alguno.

Contribución de los autores

Ana Lucía Jacas Portuondo: conceptualización de las ideas; redacción del manuscrito, aprobación del trabajo final (50 %)

Idania Salas Santana: análisis y procesamiento de los datos (20 %)

Rosa Julia Robinson Rodríguez: desarrollo y diseño metodológico de la investigación (15)

Niurka Aurora Alí Pérez: revisión bibliográfica (15 %)

Revisores: Dr.C. Yamila Valiente Hernández

Dr.C. Maritza Peña Sisto

Dr. C. Leonor Aties López

Corrector: Lic. Alexander Brossard Taureaux

