



## CÓMO CITAR

Sabido-Toledo L, Díaz-Díaz L, Pérez-Hernández C, Martínez-González M, Sánchez-Rodríguez Y. Empleo de la tricoscopia en alopecias no cicatrizales en edad pediátrica. Rev Méd Electrón [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso];48:e7137. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/7137/6554>

### \* Autor para correspondencia:

[sabidolisbeth@gmail.com](mailto:sabidolisbeth@gmail.com)

### Revisores:

Silvio Faustino Soler-Cárdenas y Cristy Darias-Domínguez.

### Palabras clave:

alopecias; tricoscopia; niños; cuero cabelludo

### Key words:

alopecias; trichoscopy; children; scalp

**Recibido:** 11/12/2025.

**Aceptado:** 09/04/2026.

**Publicado:** 06/05/2026.

Artículo de Investigación

## Empleo de la tricoscopia en alopecias no cicatrizales en edad pediátrica

### Use of Trichoscopy in Non-Scarring Alopecia in Pediatric Age

Lisbeth Sabido-Toledo<sup>1\*</sup>  <https://orcid.org/0009-0008-0017-1164>

Laidys Díaz-Díaz<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-3493-8449>

Claudia Pérez-Hernández<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-9617-5598>

Mayelín Martínez-González<sup>3</sup>  <https://orcid.com/0009-0001-8862-5210>

Yunaysi Sánchez-Rodríguez<sup>4</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-1419-6927>

### Afiliación:

<sup>1</sup> Hospital Pediátrico Docente Provincial Eliseo Noel Caamaño. Matanzas, Cuba.

<sup>2</sup> Policlínico Docente Carlos Juan Finlay. Colón, Matanzas, Cuba.

<sup>3</sup> Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

<sup>4</sup> Clínica Internacional de Varadero. Cárdenas. Matanzas, Cuba.

### RESUMEN

**Introducción:** La tricoscopia es una técnica diagnóstica, con patrones dermatoscópicos descritos en las alopecias no cicatrizales. En Cuba no es una práctica manifiesta y existen pocos estudios. En los últimos años, en el Hospital Pediátrico Docente Provincial Eliseo Noel Caamaño, de Matanzas, se ha observado un incremento de alopecias infantiles, y el uso de este procedimiento permitió un diagnóstico definitivo de los casos.



**Objetivo:** Determinar la utilidad de la tricoscopia en el diagnóstico de alopecias no cicatrizales en pacientes pediátricos.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en 67 niños con alopecias, atendidos en el hospital pediátrico provincial, en el período de febrero de 2021 a mayo de 2023. La información se procesó con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 16.0.

**Resultados:** Prevalció el rango etario 5-9 años (49,0 %) y el sexo masculino (65,7 %). Dentro de las entidades más observadas estuvieron la tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria, con 25 casos, y los hallazgos tricoscópicos visualizados en ella fueron escamas perifoliculares (84 %), puntos negros (48 %), pelos rotos (32 %) y en sacacorcho (28 %); la alopecia areata, con 19 pacientes, donde se distinguieron pelos en signo de exclamación (63 %), y la dermatitis seborreica con 16 pacientes, con un predominio de escamas (94 %), eritema (50 %) y patrón vascular simple (44 %). Se estableció la concordancia clínica/tricoscópica con resultados satisfactorios en este tipo de alopecia.

**Conclusiones:** Se determinó que la técnica es útil para el diagnóstico de las alopecias no cicatrizales en infantes.

## ABSTRACT

**Introduction:** Trichoscopy is a diagnostic technique, with dermatoscopic patterns described in non-scarring alopecia. It is not a common practice in Cuba, and there are few studies on the subject. In recent years, an increase in childhood alopecia has been observed at the Provincial Teaching Pediatric Hospital Eliseo Noel Caamano, of Matanzas, and the use of this procedure allowed for a definitive diagnosis of the cases.

**Objective:** To determine the usefulness of trichoscopy in the diagnosis of non-scarring alopecia in pediatric patients.

**Methods:** A descriptive, cross-sectional study was conducted in 67 children with alopecia, treated at the provincial pediatric hospital, in the period from February 2021 to May 2023. The information was processed using the SPSS statistical package for Windows, version 16.0.

**Results:** The age group of 5 to 9 years (49.0%) and male sex (65.7%) prevailed. Among the most observed entities were non-inflammatory *tinea capitis* (25 cases), and the trichoscopic findings included perifollicular scales (84%), black dots (48%), broken hairs (32%), and corkscrew hairs (28%); alopecia areata (19 patients), where exclamation mark hairs (63%) were observed, and seborrheic dermatitis (16 cases), with a predominance of scales (94%), erythema (50%), and a simple vascular pattern (44%). Clinical/trichoscopic concordance was established, with satisfactory results in this type of alopecia.



**Conclusions:** It was determined that the technique is useful for the diagnosis of non-scarring alopecia in infants.

## INTRODUCCIÓN

Las alopecias no cicatrizales infantiles constituyen un motivo frecuente de consulta dermatológica, por el efecto psicológico que producen, tanto en el paciente como en sus familiares.<sup>(1,2)</sup> La dermatología ha ganado protagonismo en el escenario médico por los avances científicos y los métodos diagnósticos incorporados.

La tricoscopía es una técnica *in vivo*, no invasiva, que facilita el examen clínico y permite un análisis detallado de las estructuras de la piel cabelluda;<sup>(3,4)</sup> pero su empleo aún no se encuentra expandido o protocolizado lo suficiente en Cuba. Hasta la fecha, en diversos informes se han descrito los hallazgos dermatoscópicos particulares en las alopecias no cicatrizales, dentro de ellas las más estudiadas resultan la alopecia areata y la androgenética.<sup>(4-6)</sup> En la actualidad, la técnica ha alcanzado gran relevancia a nivel internacional; pero en el país las autoras encontraron escasos estudios sobre el tema en estas edades.<sup>(7,8)</sup>

En los últimos años, en el Hospital Pediátrico Docente Provincial Eliseo Noel Caamaño, de Matanzas, se ha observado un incremento notable de niños con dermatosis de cuero cabelludo, determinado por un aumento en la afluencia a consultas de Dermatología e ingresos por esta causa. En la provincia no se contaba con una consulta especializada para el diagnóstico y seguimiento de estos casos, donde se utilizara la tricoscopía como parte del protocolo diagnóstico de estas entidades.

Por ello, a la actual investigación se le atribuye novedad y aporte científico. Además, constituye la tricoscopía una herramienta no invasiva, de fácil empleo, considerada ideal en niños, por su inocuidad y grado de aceptación, que evita, en ocasiones, la biopsia de piel. El estudio propuso aplicar esta técnica en el Servicio de Dermatología de la institución, con el objetivo de determinar la utilidad de la misma, en el diagnóstico de las alopecias no cicatrizales en pacientes pediátricos.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en un universo de 67 pacientes diagnosticados con alopecias no cicatrizales en el Hospital Pediátrico Docente Provincial Eliseo Noel Caamaño, de Matanzas, en el período comprendido entre febrero de 2021 y mayo de 2023. Se tomó como criterio de inclusión los pacientes menores de 19 años, que sus padres o tutores dieran su consentimiento escrito para participar en la investigación; aquellos con

diagnóstico de tumor de cuero cabelludo fueron excluidos. Se operacionalizaron las variables edad, sexo, diagnóstico clínico y hallazgos tricoscópicos.

La investigación consistió en la valoración de los pacientes que asistieron a consulta externa de Dermatología y aquellos que se encontraron hospitalizados con diagnóstico de alopecia no cicatrizal durante el período evaluado. Una vez explicado el contenido del estudio, el padre o tutor firmó el consentimiento informado; se confeccionó historia clínica y planilla de recolección de datos, se procedió a realizar la tricoscopia y la toma de fotografías clínicas y dermatoscópicas. Para esto último, se creó un archivo fotográfico individual.

Se calculó la concordancia clínica/tricoscópica global como el porcentaje de coincidencias con respecto al total de pacientes; y al tratarse de una variable cualitativa, se aplicó una escala de calificación diseñada para esta investigación: excelente (90-100 %), muy bueno (80-89 %), suficiente (70-79 %) e insuficiente (60-69 %), con el propósito de evaluar la utilidad del método. Además, se determinó la concordancia a nivel diagnóstico, como el porcentaje de coincidencia de ese diagnóstico con respecto al total de casos diagnosticado con él.

La información se almacenó en las historias clínicas y en una base de datos. Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 16.0. Se aplicó como técnicas estadísticas las medidas de resumen en números absolutos y porcentajes, acorde al diseño de la investigación. Se cumplió con las normas éticas establecidas, aprobadas por el comité de la institución y la Cátedra de Dermatología, que radica en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández

## RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de pacientes con alopecias no cicatrizales, según grupos etarios y sexo. El rango de edades que predominó fue el de 5 a 9 años, con un total de 33 pacientes (49,0 %). Le continúan, en orden de frecuencia, los comprendidos entre 10 y 14 años y de 1 a 4 años, con 21,0 % y 19,4 %, respectivamente. Los masculinos preponderaron con 44 infantes (65,7 %).

**Tabla 1.** Distribución de pacientes según grupos etarios y sexo

Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
<1	3	4,5	1	1,4	4	5,9
1-4	10	14,9	3	4,5	13	19,4
5-9	20	29,8	13	19,4	33	49,0
10-14	10	14,9	4	5,9	14	21,0
15-19	1	1,5	2	3,0	3	4,5
Total	44	65,7	23	34,3	67	100,0

La relación de pacientes según edad y diagnóstico clínico se expresa en la tabla 2. Se observó un predominio de tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria (TCNI) en 24 casos, para un 35,8 %, seguido de la alopecia areata (AA) y la dermatitis seborreica (DS), con 21 y 15 afectos de forma respectiva, todas con mayor incidencia en edades entre 5 a 9 años en 33 pacientes, que representaron el 49 % del total.

**Tabla 2.** Distribución de pacientes según edad y diagnóstico clínico

Edad (años)	Diagnóstico clínico						Total
	DS	TCNI	ET	AA	TTM	AT	
	No./%	No./%	No./%	No./%	No./%	No./%	No./%
<1	2/2,9	-/-	2/2,9	-/-	-/-	-/-	4/5,9
1-4	-/-	6/8,9	-/-	6/8,9	1/1,4	-/-	13/19,0
5-9	7/10,4	14/20,9	-/-	11/16,0	-/-	1/1,5	33/49,0
10-14	6/8,9	4/5,9	1/1,5	2/2,9	-/-	1/1,4	14/21,0
15-19	-/-	-/-	1/1,5	2/3,0	-/-	-/-	3/4,5
Total	15/22,3	24/35,8	4/5,9	21/31,0	1/1,4	2/2,9	67/100,0

DS: dermatitis seborreica; TCNI: tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria; ET: efluvio telógeno; AA: alopecia areata; TTM: tricotilomanía; AT: alopecia por tracción.

Se expone en la tabla 3 la distribución de pacientes según el tipo de alopecia no cicatrizal y los hallazgos tricoscópicos encontrados, lo que determinó el diagnóstico definitivo en cada caso. La tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria

concluyó con un diagnóstico tricoscópico en 25 infantes, y sus principales hallazgos tricoscópicos fueron: escamas (84 %), puntos negros (48 %), pelos rotos (32 %), en sacacorcho (28 %) y en coma (20 %).

En la alopecia areata se determinaron 19 pacientes y en el 63 % predominaron los pelos en signo de exclamación, pelos cortos (37 %) y puntos negros (47 %). La dermatitis seborreica, con 16 casos, presentó escamas en el 94 %, pelos cortos en el 25 %, y puntos negros y amarillos (19 %); existió, además, patrón vascular en 9 niños, con predominio del simple en el 44 %.

**Tabla 3.** Distribución de pacientes según hallazgos tricoscópicos encontrados en alopecias no cicatrizales

Hallazgos tricoscópicos		Alopecias no cicatrizales n = 67					
		TCNI n = 25	DS n = 16	AA n = 19	ET n = 4	TTM n = 1	AT n = 2
		No./%	No./%	No./%	No./%	No./%	No./%
FF	Pelos rotos	8/32	3/19	-/-	-/-	1/100	2/100
	Pelos en exclamación	-/-	-/-	12/63	-/-	-/-	-/-
	Pelos cortos	-/-	4/25	7/37	1/25	-/-	1/50
	Pelos en sacacorcho	7/28	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
	Pelos en código morse	3/12	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
	Pelos doblados	4/16	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
	Pelos en coma	5/20	1/6	-/-	-/-	-/-	-/-
	Anisotricosis	3/12	2/13	2/11	3/75	-/-	2/100
AF	Puntos negros	12/48	3/19	9/47	-/-	1/100	-/-
	Puntos amarillos	2/8	3/19	7/37	-/-	-/-	-/-
	Puntos rojos	-/-	2/12	-/-	-/-	1/100	-/-
EF	Escamas	21/84	15/94	-/-	-/-	-/-	-/-
	Microcostras	-/-	3/19	-/-	-/-	-/-	-/-
	Eritema	3/12	8/50	-/-	-/-	1/100	2/100
VS	Vasos simples	-/-	7/44	-/-	-/-	-/-	-/-
	Vasos arboriformes	-/-	2/13	-/-	-/-	-/-	-/-

FF: fibras foliculares; AF: aperturas foliculares; EF: epidermis peri e interfolicular; VS: vasos sanguíneos. DS: dermatitis seborreica; TCNI: tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria; ET: efluvio telógeno; AA: alopecia areata; TTM: tricotilomanía; AT: alopecia por tracción.

En la tabla 4 aparece la comparación del diagnóstico tricoscópico con el diagnóstico clínico en alopecias no cicatrizales. Los valores en la diagonal

principal representan los casos en los que el diagnóstico tricoscópico concordó con el diagnóstico clínico. En el resto de la tabla, se aprecia que cuatro casos diagnosticados clínicamente como dermatitis seborreica fueron vistos en tricoscopia, como tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria; además, 5 casos clínicos de tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria se interpretaron en tricoscopia como dermatitis seborreica, y dos casos clínicos de alopecia areata fueron diagnosticados por tricoscopia, como tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria.

Con esta información fue posible calcular:

- La concordancia clínica/tricoscópica global, que resultó igual a 56/67, para un 83,6 %, y
- La concordancia a nivel diagnóstico:
  - Concordancia DS =  $11 \times 100 / 20 = 55$
  - Concordancia TCNI =  $19 \times 100 / 30 = 63,3$
  - Concordancia ET =  $4 \times 100 / 4 = 100$
  - Concordancia AA =  $19 \times 100 / 21 = 90,5$
  - Concordancia TTM =  $1 \times 100 / 1 = 100$
  - Concordancia AT =  $2 \times 100 / 2 = 100$

**Tabla 4.** Comparación del diagnóstico tricoscópico con el diagnóstico clínico en alopecias no cicatrizales

		Diagnóstico tricoscópico					
		DS	TCNI	ET	AA	TTM	AT
		No.	No.	No.	No.	No.	No.
Diagnóstico clínico	DS	11	4	-	-	-	-
	TCNI	5	19	-	-	-	-
	ET	-	-	4	-	-	-
	AA	-	2	-	19	-	-
	TTM	-	-	-	-	1	-
	AT	-	-	-	-	-	2

DS: dermatitis seborreica; TCNI: tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria; ET: efluvio telógeno; AA: alopecia areata; TTM: tricotilomanía; AT: alopecia por tracción.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la tabla 1 pueden estar relacionados, a criterio de las autoras, con la fisiopatología del folículo piloso, pues la fase anágena o de crecimiento se extiende de los 4 a 6 años de edad, donde resulta infrecuente la implantación y proliferación de microorganismos; por la presencia de cambios en la secreción sebácea y el pH cutáneo por factores inmunológicos, no existen en lactantes ni en adultos jóvenes.

El rango de mayor relevancia en el estudio coincide con la etapa escolar, en la cual se incrementan las relaciones interpersonales, que predispone la presencia de enfermedades transmisibles. Referente al sexo, predominó el masculino, ya que estos acuden con frecuencia a salones o barberías, y por esta práctica continua se visualizan las lesiones con mayor facilidad que en el sexo femenino.

En 2015, Arrazola-Guerrero et al.,<sup>(9)</sup> en México, realizaron un estudio con 37 pacientes, donde el 94 % fueron niños en edad escolar, de ellos el 76 % de sexo masculino. En 2018, Al-Refu<sup>(10)</sup> analizó 134 casos, con predominio en edades de 4 a 14 años y en varones, resultados que coincidieron con la presente investigación. Buch y Criton, por su parte,<sup>(11)</sup> en 2019 estudiaron 750 pacientes, de ellos 320 se encontraron en edades entre 6 y 14 años; aunque este estudio no hace alusión al sexo, concuerda con los resultados obtenidos en lo referente al grupo etario.

En la India, en 2020, Mahajan et al.<sup>(12)</sup> analizaron 119 niños y determinaron un predominio de afección del cuero cabelludo entre los 5 y 10 años de edad, con mayor preponderancia en féminas; esto último discrepa con lo obtenido, lo cual se sustenta con la cultura y aspectos sociodemográficos de dicha región.

Se halló en la tabla 2 a la tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria como la afección más común en el universo de estudio, lo que se evidenció por un incremento en el número de casos que acudieron a la consulta dermatológica en el hospital pediátrico de Matanzas, que se relacionó con brotes comunitarios, dada la elevada transmisibilidad de los dermatofitos, al realizar cortes de pelos en barberías, donde no se efectúa una adecuada desinfección de estos objetos.

Además, por factores inmunológicos que implican cambios de la secreción sebácea, como la presencia de mascotas (perros y gatos) en el hogar —que constituyen reservorio natural de hongos—, la práctica de juegos y deportes de contacto, y compartir elementos comunes, como gorras y peines, en medios escolares o familiares.

Con respecto a la alopecia areata, se refiere en la literatura a factores genéticos, inmunológicos y ambientales que afectan el folículo piloso. A partir de la edad preescolar, el medioambiente comienza a ganar relevancia, pues en esta etapa se inicia la percepción y se reacciona a lo que sucede en el entorno. Esta situación puede desencadenar episodios de estrés y angustia, lo cual guarda relación con los resultados obtenidos.

En el estudio, hubo mayor predominio de pacientes con diagnóstico de dermatitis seborreica al inicio de la pubertad. Esto se explica por el segundo pico de incidencia que presenta dicha dermatosis inflamatoria, debido a una mayor actividad hormonal en esta etapa; pues se produce un incremento considerable de los niveles séricos de andrógeno, que ejercen un efecto inhibitorio sobre los folículos pilosos en el cuero cabelludo. Además, la sintomatología acompañante que refieren los mismos, en particular el prurito, provoca el rascado continuo con daño en la piel cabelluda, que lleva en ocasiones a una alopecia no cicatrizal, lo que constituye motivo de consulta por los padres o tutores.

Los autores mencionados con antelación, Arrazola-Guerrero<sup>(9)</sup> y Al-Refu,<sup>(10)</sup> además de Vargas-Navia,<sup>(13)</sup> concuerdan con los resultados obtenidos, y refirieron un predominio de la tiña (*tinea capitis*) en edad escolar, seguida de la

alopecia areata y la tricotilomanía, esta última entidad no estuvo en consonancia con lo hallado en este estudio, que puede justificarse por la escasa cantidad de pacientes detectados.

Otros autores que investigan sobre las alopecias infantiles, expresan que la alopecia areata, la tiña (*tinea capitis*), el efluvio felógeno y la tricotilomanía, son las más representadas, lo que coincidió con lo obtenido. Solo discrepan en cuanto al número de casos diagnosticados, y señalan un mayor porcentaje en la alopecia areata, seguido de la tiña (*tinea capitis*),<sup>(1,5,12)</sup> lo que se le atribuye a factores sociodemográficos y económicos en cada grupo poblacional, pues los escenarios investigativos no son los mismos.

Durante el período de un año, se documentaron 69 pacientes con dermatosis de cuero cabelludo y caída del cabello, las más comunes fueron la dermatitis seborreica —con 30 casos diagnosticados—, seguido de la pérdida neonatal transitoria, con 14 infantes, la alopecia triangular temporal y alopecia areata con 5 pacientes cada una. El 64 % de los mismos tenían entre 0 y 2 años de edad. En cuanto a la alopecia areata, hubo mayor preponderancia en las edades de 3 a 6 años. Los anteriores resultados son similares a los encontrados, aunque con algunas discrepancias en cuanto a edad y orden de aparición de las afecciones.<sup>(14)</sup>

Luego de realizar una amplia revisión del tema, en la tabla 3 se tuvo en cuenta los hallazgos tricoscópicos encontrados, según el tipo de alopecia no cicatrizal. El uso del tricoscopio puede ayudar a identificar detalles sutiles y establecer el diagnóstico correcto. Se debe tener presente que no existe un marcador patognomónico para ninguna entidad; por lo tanto, la detección de estas debe basarse en la coexistencia de varios hallazgos tricoscópicos, no así a la presencia de un patrón aislado.

En la tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria, en varias revisiones sistemáticas y trabajos de investigación, los patrones dermatoscópicos se exhiben con un nivel de confiabilidad del 90 % y de especificidad del 95 %, lo que representa un alto valor predictivo. Los mismos son: pelos en coma (51 %), en sacacorchos (32 %), en código morse (22 %), en zigzag (21 %), doblados (27 %), rotos (57 %), puntos negros (37 %) y descamación perifolicular (59 %). Los pelos en código morse, en zig-zag, doblados y descamación difusa, se visualizaron solo en la tiña microspórica y en las tricofíticas de los pelos en sacacorchos, lo que sustenta lo alcanzado, y permitió, desde el punto de vista práctico iniciar tratamiento sin esperar resultado de examen micológico directo y cultivo (según el agente causal predominante en cada una de ellas), lo que también resultó novedoso.<sup>(15-18)</sup>

Si bien es cierto que la dermatitis seborreica no se encuentra dentro de la clasificación vigente como causa directa de alopecia, en la actualidad existen autores que la incluyen, y otros la mencionan como diagnóstico diferencial de las enfermedades que provocan caída del cabello, aunque se encuentran bien documentados los patrones dermatoscópicos de la misma.<sup>(19-21)</sup> Por su alta

incidencia en edad pediátrica, se decidió incluirla dentro del grupo de las alopecias no cicatrizales.

Golińska y Sar-Pomian,<sup>(22)</sup> en 2021, analizaron 58 artículos de revisión, con el objetivo de identificar de forma sistemática la evidencia disponible sobre la precisión de la tricoscopia en los trastornos inflamatorios del cuero cabelludo. Obtuvieron que en la dermatitis seborreica, de un total de nueve estudios originales que incluyeron a 365 pacientes, el patrón vascular más común son las líneas rojas arboriformes [181/365 (49,6 %)], luego los vasos atípicos [95/365 (26 %)] y los vasos glomerulares [68/365 (18,6 %)]. La descamación perifolicular se describió en 168/365 (46 %) casos; resultados similares a los alcanzados.

Se puede interpretar que la presencia de escamas peri e interfoliculares orienta al diagnóstico de la tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria y la dermatitis seborreica, pero la principal diferencia entre ellas radica en la presencia de un patrón vascular en esta última, ausente en la primera.

En relación a la alopecia areata, se evidenció que la mayoría de los pacientes tenían una enfermedad en actividad, representado por los pelos en signo de exclamación y puntos negros; un porcentaje inferior se encontraba en fase de repoblación y, por tanto, menor severidad, dado por la presencia de pelos cortos y finos; igual número de casos presentaron alopecia areata con tendencia a la cronicidad y, por ende, mayor gravedad, debido a la presencia de puntos amarillos.

Vyshak et al.<sup>(23)</sup> realizaron una revisión de los patrones en esta entidad durante un año, y reportaron pelos vellosos cortos, puntos negros, pelos rotos y pelos en signo de exclamación. Durante una exploración sistemática realizada con el objetivo de mapear las investigaciones que se habían efectuado para identificar los patrones más característicos de la alopecia areata, se incluyeron 39 estudios (29 transversales, cinco retrospectivos, dos descriptivos, una serie de casos, uno observacional y uno de corte), con un total de 3204 pacientes. Alrededor del 66,7 % de estos procedían de Asia, el 25,6 % de Europa y el 7,7 % de África. Los hallazgos tricoscópicos reportados fueron: puntos amarillos, puntos negros, pelos rotos y pelos en signo de exclamación. Similares resultados fueron obtenidos por Al-Dhubaibi et al.<sup>(24)</sup> y por Divyalakshmi et al.<sup>(25)</sup> en 2023 y que armonizan con lo hallado.

En la tabla 4 se determinó una concordancia clínica/tricoscópica global del 83,6 %, al coincidir ambos métodos diagnósticos en 56 infantes de 67 evaluados, lo que evidenció un nivel de correspondencia de Muy bueno para este tipo de caída del cabello (entre 80 y 89 %), según la escala empleada en el diseño metodológico.

La coincidencia a nivel diagnóstico para tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria fue de 63,3 %, para alopecia areata, 90,5 %, y la dermatitis seborreica, 55 %. En

estos casos se determinaron las principales discrepancias en 11 infantes, pues en cinco pacientes con diagnóstico clínico de tiña no inflamatoria, se observó a la tricoscopía la existencia de estructuras vasculares propias de la dermatitis seborreica.

Dos casos diagnosticados al inicio con alopecia areata en fase inactiva (por mostrar repoblación pilosa, sin escamas, ni eritema visible desde el punto de vista clínico), presentaron escamas peripilares, pelos en coma, sacacorchos, ausencia de puntos amarillos o pelos en signo de exclamación a la dermatoscopia, por lo cual culminaron con diagnóstico definitivo de tiña (*tinea capitis*) microspórica. Cuatro niños calificados por la clínica al inicio como dermatitis seborreica, resultaron tener tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria por los patrones dermatoscópicos encontrados.

Estos resultados, a criterio de las autoras, pudieron estar relacionados con aspectos macroscópicos comunes que pueden confundirse al examen físico, ya que son consideradas entre ellas diagnósticos diferenciales en este grupo de alopecias.

En el efluvio telógeno, la tricotilomanía y la alopecia por tracción no se encontraron discrepancias. La ausencia de discordancias entre ambos métodos en este último grupo de afecciones se puede atribuir a la escasa representatividad de infantes con estas entidades en el estudio.

Se evidenció la utilidad de la tricoscopía en las alopecias no cicatrizales evaluadas, a través del empleo de los patrones dermatoscópicos definidos para ellas, lo que permitió establecer el diagnóstico concluyente en cada caso, y evitó realizar procedimientos invasivos como la biopsia de piel, que en estas edades puede conllevar a secuelas físicas y psicológicas.

En las referencias consultadas no se encontraron estudios donde se estableciera una concordancia clínica/tricoscópica, para de esta forma comparar los resultados obtenidos, lo que resultó novedoso en esta investigación y constituyó un referente.

Al tratarse de variables cualitativas, están relacionadas con la experiencia y preparación científica del especialista que rige la consulta para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de estas afecciones. De ahí que se considera imprescindible el tiempo de entrega a la incorporación de conocimientos relacionados con la técnica aplicada, y la superación continuada en los contenidos de la especialidad de Dermatología, para una buena práctica, en aras de una atención adecuada e integral de los pacientes.

Después de analizar los resultados de la presente investigación, se concluye que el rango de edad 5 a 9 años y el sexo masculino prevalecieron en el estudio. La tiña (*tinea capitis*) no inflamatoria fue la alopecia no cicatrizal de mayor representación. Los hallazgos tricoscópicos descritos fueron característicos de

las entidades diagnosticadas. La tricoscopia se estableció como un método diagnóstico útil, con un nivel de concordancia clínica/tricoscópica de Muy bueno para este tipo de alopecias.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tobía RSJ. Sistematización del estudio de las patologías del pelo [tesis en Internet]. Valencia (Venezuela): Universidad de Carabobo; 2020 [citado 12/05/2021]. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/8751/stetopia.pdf?sequence=2>
2. Muentes Solorzano JM, López Rodríguez ML, Piloza Santana GK, et al. Diagnóstico y tratamiento de pacientes con alopecia. RECIAMUC [Internet]. 2021 [citado 23/09/2022];5(3):175-81. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/729>
3. Sabido Toledo L, Díaz Díaz L, Pérez Hernández C. La tricoscopia como herramienta diagnóstica en afecciones de pelo y cuero cabelludo. Rev Méd Electrón [Internet]. 2022 [citado 23/09/2022];44(3):585-97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=117641>
4. Fernández-Domper L, Ballesteros-Redondo M, Vañó-Galván S. Actualización en tricoscopia. Actas Dermosifiliogr. 2023;114(4):T327-33. DOI: 10.1016/j.ad.2022.12.003.
5. Garnacho Saucedo GM, Moreno Jiménez JC. Alteraciones más frecuentes del pelo en Pediatría. Pediatr Integral [Internet]. 2021 [citado 02/07/2021];25(4):184-93. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-06/alteraciones-mas-frecuentes-del-pelo-en-pediatria/>
6. Kremer N, Martinez H, Leshem YA, et al. The trichoscopic features of hair shaft anomalies induced by epidermal growth factor receptor inhibitors: A case series. J Am Acad Dermatol. 2021;85(5):1178-84. DOI: 10.1016/j.jaad.2020.03.055.
7. Gómez-García R. La Dermatoscopia en el diagnóstico de Malignidad de las lesiones circunscritas cutáneo mucosas y de anejos cutáneos [tesis en Internet]. La Habana: Hospital Clínico-Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"; 2013 [citado 02/07/2021]. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/%20index.php/index.php?P=DownloadFile&Id=340>



8. Sánchez Linares V, Reyes Rodríguez L, Hernández Albelo N. Alopecia frontal fibrosante. *Folia dermatol cuban* [Internet]. 2020 [citado 24/05/2021];12(3):141. Disponible en: <https://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/141/0>
9. Arrazola-Guerrero J, Isa-Isa R, Torres-Guerrero E, et al. Tiña de la cabeza: Descripción de hallazgos dermatoscópicos en 37 pacientes. *Rev Iberoam Micol*. 2015;32(4):242-6. DOI: 10.1016/j.riam.2014.09.002.
10. Al-Refu K. Importancia clínica de la tricoscopía en las causas communes de caída del cabello en niños: Análisis de 134 casos. *Int J Trichol*. 2018;10(4):154-61. DOI: 10.4103/ijtr.ijtr\_101\_17.
11. Buch JY, Criton S. Hallazgos tricoscópicos en cabello y cuero cabelludo normales en niños menores de 17 años. *Int J Trichol* [Internet]. 2019 [citado 22/09/2021];11(5):189-98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31728101/>
12. Mahajan R, Darach M, De D, et al. Características clínico-dermatoscópicas y capacidad de respuesta al tratamiento en la alopecia pediátrica: experiencia de una clinica de dermatologia pediatria de atencion terciaria. *Indian J Dermatol* [Internet]. 2020 [citado 22/09/2021];65(6):483-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33487703/>
13. Vargas-Navia N, Ayala Monroy GA, Franco Rúa C, et al. Tiña Capitis en niños. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2020 [citado 12/05/2021];91(5):773-83. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062020000500773](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500773)
14. Sarifakioglu E, Yimalz AE, Gorpelioglu C, et al. Prevalence of scalps disorders and hair loss in children. *Cutis* [Internet]. 2012 [citado 10/08/2023];90(5):225-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23270190/>
15. Genedy RM, Sorour OA, Elokazy MAW. Trichoscopic signs of tinea capitis a guide for selection of appropriate antifungal. *Int J Dermatol*. 2021;60(4):471-81. DOI: 10.1111/ijd.15289.
16. Wei LW, Qiao JJ. Mini-review: The diagnostic methods of Tinea capitis. *Mycopathologia*. 2023;188(5):563-9. DOI: 10.1007/s11046-023-00731.
17. Messina F, Walker L, Romero MLM, et al. Tinea capitis: aspectos clínicos y alternativas terapéuticas. *Rev Argent Microbiol*. 2021;53(4):309-13. DOI: 10.1016/j.ram.2021.01.004.



18. Kumar P, Pandhi D. Role of Trichoscopy in the Management of Tinea Capitis in Two. Infants: A case report. *J Cutan Aesthet Surg*. 2021;14(4):443-5. DOI: 10.4103/JCAS.JCAS\_160\_20.
19. Moreno Vázquez K, Calderón L, Bonifaz A. Dermatitis seborreica. Actualización. *Dermatol Rev Mex [Internet]*. 2020 [citado 12/05/2021];64(1):39-49. Disponible en: <https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/dermatitis-seborreica-actualizacion>
20. Paucar Mauret MB. Prevalencia de variaciones morfológicas del cuero cabelludo en dermatitis seborreica, aplicando tricoscopia en relación a manifestaciones clínicas en pacientes que acuden a la consulta externa de dermatología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 y Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional, enero a junio 2019 [tesis en Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2020 [citado 12/05/2021]. Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/a2f6de58-722d-46a9-b31e-b71cf4a21668>
21. Singh R, Madke BS, Bose S. Dermatitis seborreica y pitiriasis sicca: una revisión. *CosmoDerma [Internet]*. 2022 [citado 10/08/2023];2(36). Disponible en: <https://cosmoderma.org/seborrheic-dermatitis-and-pityriasis-sicca-a-review/>
22. Golińska J, Sar-Pomian M, Rudnicka L. Precisión diagnóstica de la tricoscopia en enfermedades inflamatorias del cuero cabelludo: una revisión sistemática. *Dermatología*. 2022;238(3):412-21. DOI: 10.1159/000517516.
23. Vyshak BM, Doshi BR, Manjunathswamy BS. 1-Year Hospital-based Observational Study of Trichoscopy Findings and Disease Activity in Alopecia Areata. *Indian Dermatol Online J*. 2020;11(6):965-9. DOI: 10.4103/idoj.IDOJ\_19\_20.
24. Al-Dhubaibi Ms, Alsenaid A, Alhetheli G, et al. Trichoscopy pattern in alopecia areata: A sytematic review and meta-analysis. *Skin Res Technol*. 2023;29(6):e13378. DOI: 10.1111/srt.13378
25. Divyalakshmi C, Hazarika N, Bhatia R, et al. Utility of trichoscopy in comparison to the standard methods for assessing the disease activity, severity, and therapeutic response in alopecia areata. *CosmoDerma [Internet]*. 2023 [citado 15/09/2023];3:96. Disponible en: <https://cosmoderma.org/utility-of-trichoscopy-in-comparison-to-the-standard-methods-for-assessing-the-disease-activity-severity-and-therapeutic-response-in-alopecia-areata/>



### Conflicto de intereses

Las autoras no declaran conflicto de intereses en este artículo de investigación.

### Contribución de autoría

Lisbeth Sabido-Toledo: conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización y redacción del borrador original.

Laidys Díaz-Díaz: curación de datos, análisis formal, investigación, redacción, revisión y edición.

Claudia Pérez-Hernández: curación de datos, metodología, redacción, revisión y edición.

Mayelín Martínez-González: redacción, revisión y edición.

Yunaysi Sánchez-Rodríguez: redacción, revisión y edición.