

## la opinión del experto

# Finasterida y alopecia de la mujer, 4 años después



**Aurora Guerra Tapia**  
Profesora titular de Dermatología de la Universidad Complutense y jefa de sección de Dermatología del Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid.



**Vanesa Bruña Fernández**  
Estudiante de sexto de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Beca de Excelencia de la Comunidad de Madrid.



**Ana María Delgado Márquez**  
Estudiante de sexto de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Beca de Excelencia de la Comunidad de Madrid.

La alopecia de la mujer llamada «de patrón femenino»<sup>1</sup> (figs. 1, 2 y 3) es un motivo frecuente de consulta en el que a menudo no se encuentran soluciones terapéuticas fáciles<sup>2</sup>.

El primer elemento terapéutico considerado suele ser el minoxidil al 2%, la única concentración autorizada por la Food and Drug Administration (FDA) para mujeres, o al 5% en uso compasivo. Es una herramienta útil, aunque no siempre consigue resultados óptimos. Unas veces es por falta de eficacia; otras, porque no se puede continuar el tratamiento por efectos secundarios —prurito, descamación, alergia, cefaleas— o por incompati-

bilidad de la vida diaria con la forma de uso —el cabello se ensucia, se deshacen los peinados de peluquería, no hay tiempo para el ritual de aplicación— o simplemente no existe la constancia suficiente para ver los efectos a largo plazo.

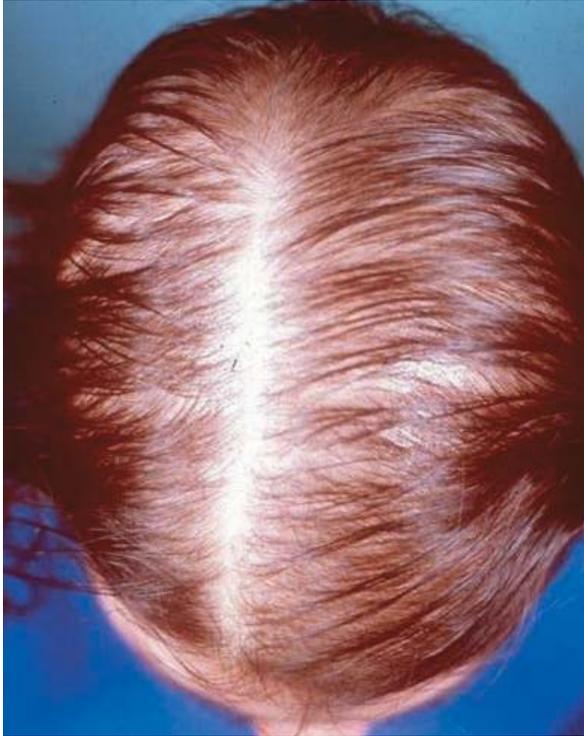
El segundo puntal en el tratamiento de la alopecia de la mujer está representado por los tratamientos antiandrogénicos (acetato de ciproterona, espironolactona, flutamida). Sin embargo, la implicación hormonal femenina, con los sucesivos cambios biológicos que experimenta la mujer a lo largo de su vida —pubertad, embarazo, menopausia, anciani-



**Figura 1.** Alopecia de patrón femenino de tipo Olsen. Intensificación en la línea media de la cabeza que aumenta de forma progresiva hacia la zona frontal. Es la forma más frecuente.



**Figura 2.** Alopecia de patrón femenino de tipo Hamilton. Distribución similar a la masculina con recesión de la línea de implantación frontal y alopecia en el vértex en distintos grados.



**Figura 3.** Alopecia de patrón femenino de tipo Ludwig. Forma difusa con una reducción de la densidad capilar frontoparietal, preservándose la línea de implantación frontal, con ausencia de calvicie en el vértex.

dad—, impide seguir un protocolo único o al menos simple, tal como se puede hacer en el caso del hombre. La diferente dosis que se precisa, la relación con otras hormonas y sus acciones —prolactina, aromatasas, sulfato de dehidroepiandrosterona, testosterona, progesterona, etc.—, la desigual distribución y comportamiento de los receptores androgénicos determinados genéticamente en la mujer respecto al hombre<sup>3</sup>, la relación con el síndrome metabólico, con el ovario poliquístico, con la infertilidad, la obesidad, la repercusión psicológica y otros muchos datos complican las posibilidades de tratamiento.

En los últimos años, cuando el tratamiento de la alopecia androgénica masculina ha quedado aceptado universalmente en la mayoría de sus parámetros<sup>4</sup>, surge la pregunta en las bocas de las mujeres que sufren el mismo proceso:

—Y yo ¿puedo hacer el mismo tratamiento que hace el hombre?

Nos estamos refiriendo a la finasterida. Y la respuesta a esta pregunta obliga a reflexiones previas.

### **FINASTERIDA**

La finasterida es un antiandrógeno periférico no esteroideo que actúa inhibiendo la enzima 5  $\alpha$ -reductasa de tipo 2, bloqueando así la conversión de testosterona libre a 5  $\alpha$ -dihidrotestosterona (5  $\alpha$ -DHT). La 5  $\alpha$ -DHT actúa sobre el cabello miniaturizándolo, esto es, favoreciendo el mecanismo de producción tanto de la alopecia androgénica masculina como de la de patrón femenino. Por ello, si se inhibe su acción, se detiene el proceso alopécico.

Hay dos tipos de isoenzimas de la 5  $\alpha$ -reductasa. El tipo 1 se encuentra en las glándulas sebáceas, mientras que el tipo 2 está presente en la próstata y en determinadas regiones del pelo terminal. Aproximadamente el 70-80% de la 5  $\alpha$ -reductasa sérica está producida por la isoenzima de tipo 2, mientras que el 20-30% restante lo hace por el tipo 1.

Mientras que otros antiandrógenos actúan sobre los dos isoenzimas, la finasterida lo hace de forma predominante sobre el tipo 2, disminuyendo los niveles de DHT en el suero y el cuero cabelludo.

La dosis óptima de finasterida para el tratamiento de la alopecia masculina androgénica está estipulada en 1 mg/d.

### **FINASTERIDA EN LA MUJER, 4 AÑOS DESPUÉS**

Hace ya 4 años iniciamos nuestros estudios sobre la eficacia y la posibilidad de uso de la finasterida en la mujer<sup>5</sup>.

Partíamos del conocimiento previo de que la finasterida no había mostrado interacciones de importancia clínica con otros fármacos, ni efectos secundarios salvo en el caso de una gestación. Con respecto a esta situación, la finasterida está encua-

drada entre los medicamentos con categoría X, lo cual contraindica su uso en mujeres en edad fértil si no usan métodos anticonceptivos. Si quedarán embarazadas, la finasterida podría causar la feminización de un feto varón.

Hicimos una revisión en aquel momento y, por aquel entonces, el año 2007, la finasterida se mostraba en los estudios preliminares como un posible tratamiento efectivo de la alopecia en la mujer en algunos casos. Había experiencias con dosis variables, duración irregular y resultados diversos, en función también de la edad de las pacientes —peores resultados en la mujeres posmenopáusicas— y del momento de inicio de la alopecia —peor en las de comienzo tardío. En general, respondían mejor las mujeres con alopecia de comienzo precoz con hiperandrogenismo, aunque también había experiencias positivas en mujeres con alopecia normoandrogénica.

Durante estos últimos años, los ensayos prospectivos y retrospectivos, series de casos e informes de casos han seguido apareciendo, pero no en número suficiente para llegar a una conclusión unánime<sup>6,7,8</sup>.

La mayoría de los autores han utilizado dosis de 1 a 2,5 mg de finasterida, y sólo unos pocos, 5 mg. Del mismo modo, son escasos los que han llegado a una evaluación 2 años después<sup>9</sup>.

A este respecto, cabe destacar el trabajo de Camacho<sup>10</sup>, que trata a 31 mujeres con alopecia androgenética femenina con finasterida 5 mg/d y minoxidil tópico al 5%, obteniendo una respuesta clínica al cabo de 1 año que denomina «razonable» en 23 mujeres (74,1%) y moderada en otros ocho casos (26%).

## NUESTRO ESTUDIO

Por nuestra parte, durante estos años hemos tratado, únicamente con finasterida, a un total de 37 mujeres diagnosticadas de alopecia de patrón femenino. La edad se encontraba comprendida entre los 21 y los 68 años. Eran mujeres que no habían recibido tratamientos previos, salvo complementos orales nutricosméticos o lociones de

peluquería, excluyendo el minoxidil. De todas ellas, 25 se encontraban en edad fértil y 12 eran posmenopáusicas.

Las pacientes en edad fértil hicieron tratamiento simultáneo con un anticonceptivo a base de 3 mg de drospirenona y 0,035 mg de etinilestradiol. Sólo una paciente diagnosticada de un trastorno de coagulación (trombofilia con alteración del factor V, Leiden) fue tratada con otros métodos anticonceptivos considerados seguros.

Investigados otros signos clínicos de androgenización, encontramos que 10 padecían o habían padecido alguno o varios de los signos siguientes: seborrea, acné o hirsutismo. Ninguna de ellas presentaba alteraciones en la bioquímica básica o en la hematología elemental, salvo la paciente diagnosticada de alteración del factor V. Las determinaciones hormonales de prolactina, testosterona libre y sulfato de dehidroepiandrosterona fueron normales, salvo en cuatro, que presentaban una discreta elevación de la prolactina, y sólo en una paciente se observó una mínima elevación de la testosterona libre.

Se repitió la analítica a los 6 meses, al año y a los 2 años, sin que se observaran alteraciones y con normalización de las cifras hormonales.

Elegimos la dosis de 5 mg de finasterida referida por algunos autores, con el convencimiento de que incluso las mujeres normoandrogénicas tienen una importante actividad de la 5  $\alpha$ -reductasa.

Mantuvimos el tratamiento durante 2 años, con la hipótesis de que es este el tiempo que necesita el cabello para alcanzar la mayor mejoría, tal como ocurre en el caso del hombre.

La forma de evaluación constó de las siguientes fases:

- Opinión subjetiva de la paciente.
- Test modificado del lavado.
- Evaluación del dermatólogo prescriptor.
- Evaluación de un dermatólogo externo mediante fotografía.

Todas las pacientes se encontraron satisfechas con el tratamiento. El test modificado de lavado

demostró en el 100% de las mujeres un decrecimiento en la caída de pelo de diferente magnitud, más evidente a los 2 años de tratamiento. La evaluación del dermatólogo interno y externo fue coincidente, lo cual demuestra la fiabilidad de la prueba.

A los 2 años, se produjo una mejoría global satisfactoria en 21 de las mujeres en edad fértil (84%), incluidas en este grupo todas las que tenían algún signo de androgenización, y en 9 de las mujeres posmenopáusicas (75%). El resto se mantuvo sin cambios. Ninguna empeoró.

No se encontraron factores predictivos de la buena respuesta al tratamiento, aunque parece que fue mejor la de las mujeres en edad fértil con signos de androgenización.

## CONCLUSIONES

Podemos revalidar las conclusiones previas, emitidas en el año 2007<sup>5</sup>, con alguna precisión mayor:

1. La finasterida se muestra como un tratamiento eficaz de la alopecia de la mujer de patrón femenino.
2. La respuesta al tratamiento es superior en las mujeres en edad fértil y con signos de androgenización.
3. La dosis de elección es de 5 mg/d.
4. Se alcanza la mayor respuesta a los 2 años de tratamiento, en los que se llega a obtener no sólo

la detención de la caída sino cierto recrecimiento del cabello.

5. Es imprescindible una anticoncepción segura en las mujeres en edad fértil.
6. No parecen existir efectos secundarios significativos.
7. En cualquier caso, son necesarios más estudios y valoraciones objetivas por parte de la comunidad científica para llegar a conclusiones unánimes.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Olsen EA. The midline part: an important physical clue to the clinical diagnosis of androgenetic alopecia in women. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:106-9.
2. Guerra-Tapia A. La alopecia de la mujer. Madrid: Editorial Raíz Publicidad; 2009.
3. Sawaya ME, Price VH. Different levels of 5 $\alpha$  reductase type I and II, aromatase and androgen receptor in hair follicles of women and men with androgenetic alopecia. *J Invest Dermatol* 1997;109:296-300.
4. Kaufman KD, Olsen EA, Whiting D, Savin R, DeVillez R, Bergfeld W, et al; Finasteride Male Pattern Hair Loss Study Group. Finasteride in the treatment of men with androgenetic alopecia. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39(4Pt1):578-89.
5. Rivera R, Guerra Tapia A. ¿Sirve la finasterida en la alopecia de la mujer? *Mas Dermatol*. 2007;1:21-4.
6. Dinh Q, Sinclair R. Female pattern hair loss: current treatment concepts. *Clin Interv Aging*. 2007;2(2):189-99.
7. Rivera R, Guerra-Tapia A. Management of androgenetic alopecia in postmenopausal women. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99(4):257-61.
8. Unluhizarci K, Ozel D, Tanriverdi F, Karaca Z, Kelestimur F. A comparison between finasteride, flutamide, and finasteride plus flutamide combination in the treatment of hirsutism. *J Endocrinol Invest* 2009;32(1):37-40.
9. Stout SM, Stumpf JL. Finasteride treatment of hair loss in women. *Ann Pharmacother*. 2010;44:1090-7.
10. Camacho FM. Hair loss in women. *Semin Cutan Med Surg*. 2009;28(1):19-32.