

Le alopecie nelle connettivopatie autoimmuni

Le connettivopatie, come è noto, appartengono ad un gruppo di patologie caratterizzate da una patogenesi autoimmunitaria ,in particolare con interessamento del connettivo favorendo la fibrosi dermica .

A seconda della patologia (lupus eritematoso discoide o sistemico, sclerodermia, dermatomiosite, vitiligine, connettivite mista) e del grado di severità della stessa asse possono presentare un coinvolgimento di più organi, quali la cute, i polmoni,il cuore, i reni, il tratto gastrointestinale, le articolazioni.

Il coinvolgimento della cute in queste patologie comprende oltre l'epidermide ed il derma , anche i suoi annessi quali il follicolo pilifero e l'unghia.

Di nostro interesse è volgere una maggiore attenzione all'interessamento patologico del pelo nelle connettivopatie. Nonostante sia una manifestazione più rara e meno grave rispetto al coinvolgimento di altri organi, le alopecia rappresentano un evento molto stressante e socialmente importante per chi lo vive.

Fisiologicamente il follicolo pilifero da cui nasce il pelo si impianta nella cute obliquamente, con un angolo circa di 75°. Al follicolo pilifero, insieme alla ghiandola sebacea, si ancora il muscolo erettore del pelo, è quindi una struttura complessa influenzata da fattori ormonali, alimentari, emotivi, fattori immunologici ed intrinseci o genetici.

Nel follicolo pilifero si distinguono tre parti :la porzione superiore (infundibulo), la porzione intermedia (istmo),la porzione profonda (bulbo). Nel follicolo è possibile

osservare una struttura formata da strati concentrici dall'esterno verso l'interno (cuticola,corticale,midollare) che vanno a costituire il pelo.(fig.1)

Nell'uomo si riconoscono due tipi di peli: i peli vello corti e morbidi ed i peli terminali più lunghi e spessi. Sia i peli vello che i peli terminali si possono trasformare gli uni negli altri per stimolo ormonale.

La crescita del pelo è caratterizzata da un alternarsi di periodi di attività e di riposo, in modo discontinuo ed asincrono. Questo significa che ogni giorno un centinaio di capelli cadono ed altrettanti crescono. In particolare,si distinguono tre fasi: anagen (crescita attiva di 1mm ogni 3 giorni –durata 2-6 anni), catagen (regressione-durata giorni o settimane) ,telogen (riposo-durata mesi). (fig.2)

Le fasi variano in base alla sede corporea ed al corredo recettoriale ormonale che varia da persona a persona ma soprattutto fra uomo e donna.

La fase anagen è la fase più delicata e tutte le condizioni patologiche che inducono una caduta di capelli ,interferiscono con questo momento del ciclo del capello.

L'alopecia consiste nella perdita o nella riduzione dei peli dove sono normalmente presenti. Si distingue in alopecia localizzata o diffusa, cicatriziale e non cicatriziale.

La manifestazione clinica relativa al pelo nelle connettivopatie (lupus eritematoso e sclerodermia) è rappresentata prevalentemente da telogen effluvium, alopecia cicatriziale ed alopecia areata.

Il telogen effluvium è caratterizzato da una caduta diffusa dei capelli dovuta ad interferenze del ciclo del capello. Nella maggior parte dei casi, non si riesce ad avere

un riscontro obiettivo della caduta dei capelli ;normalmente si perdono 50-100 capelli al giorno, numero che può raddoppiare nel telogen effluvium.

In alcuni pazienti si può osservare un assottigliamento localizzato o diffuso.

E' importante osservare attentamente il capillizio alla ricerca di aree di alopecia, in quanto talvolta un defluvium marcato precede le chiazze alopeciche.

Più frequentemente, l'esordio dell'alopecia areata è acuto. Nell'alopecia areata i follicoli piliferi interrompono la loro fase di crescita ed entrano di colpo nella fase di riposo. I follicoli piliferi possono essere conservati, ridotti di dimensioni o sostituiti da una cicatrice. Nelle forme più comuni, i peli terminali sono sostituiti dai peli del vellus.

In letteratura è ,comunque, stata riscontrata solo una piccola percentuale di pazienti affetti da alopecia areata associata a connettiviti, quali lupus eritematoso sistemico, lupus eritematoso discoide, sclerodermia. Nel lupus eritematoso sistemico, nella sclerodermia e nella vitiligine, l'alopecia areata si presenta clinicamente con chiazze in cui i capelli cadono in senso centrifugo e formano aree non cicatriziali, rotondeggianti, uniche o multiple, localizzandosi ovunque (cuoio capelluto,ciglia,barba,etc). La cute è liscia e in genere non presenta alcuna alterazione, anche se più tardi può assumere un aspetto rugoso dovuto alla formazione di papule follicolari.

Nelle chiazze in fase di attività si possono vedere i cosiddetti peli a “punto esclamativo”, tronchi, corti, più sottili nella porzione inferiore, che cadono in un paio di settimane .

I peli cadaverizzati sono invece presenti nelle forme più gravi e a rapida evoluzione e si presentano come punti neri.

Sia i capelli a punto esclamativo che quelli cadaverizzati indicano che la malattia è in progressione.

In fase di ricrescita i capelli possono essere più chiari o a volte crescere bianchi.

Il decorso dell'alopecia areata è imprevedibile; può avvenire una ricrescita in 6 mesi, talvolta oltre 6 mesi ed è certamente correlata con l'andamento della patologia associata.

Alcune volte l'alopecia areata si può manifestare con un improvviso diradamento diffuso (specie frontale ed al vertice) senza le tipiche chiazze.

In letteratura (3), è stato descritto un caso di alopecia universale in un paziente affetto da lupus eritematoso sistemico. L'alopecia areata universale consiste nella perdita di tutti i capelli e di tutti i peli del corpo (ciglia, sopracciglia, peli del pube, peli ascellari), in questo caso la prognosi è negativa e solo in rari casi si può avere una crescita spontanea. La causa dell'alopecia areata è sconosciuta, tuttavia è ipotizzabile che un fattore scatenante determini un processo autoimmune in soggetto già geneticamente predisposto. La patogenesi autoimmune troverebbe ulteriore conferma con l'associazione di diverse patologie quali la vitiligine, l'atopia, l'ipotiroidismo, le connettivopatie, etc.

Nel lupus eritematoso discoide e nella sclerodermia localizzata (morfea) è più frequente riscontrare un'alopecia cicatriziale. L'alopecia cicatriziale è per definizione

un'alopecia irreversibile ed è caratterizzata da un processo cicatriziale che porta a danneggiamento del follicolo pilifero con conseguente perdita dei capelli.

Nel lupus eritematoso discoide, la lesione caratteristica presenta un bordo eritematoso ed un'area cicatriziale centrale biancastra. La cute, dunque è assottigliata e gli sbocchi follicolari sono ridotti o assenti. Tipico delle alopecia cicatriziale è la ritenzione di ciuffi di peli, fenomeno spesso denominato "segno del pennello".

Tra queste patologie connettivali autoimmuni potremmo inserire una patologia meno grave ma con caratteristiche immunologiche e cliniche simili al lupus eritematoso del cuoio capelluto ovvero il lichen del cuoio capelluto. Nel lichen alcune cellule del sistema immunitario aggrediscono la base del pelo atrofizzandolo e lasciandolo cadere. L'area rimane cicatrizzata ed il pelo non cresce più.

Non esistono terapie specifiche per le alopecie. Questo significa che non esistono fiale o lozioni miracolose in grado di far crescere i capelli. Gli ausili anticaduta sono un palliativo o un coadiuvante della terapia che deve essere sempre mirata alla patologia di base. Gli integratori alimentari non hanno evidenze scientifiche che supportano il loro utilizzo ma almeno non fanno male visto che contengono elementi che utilizza il pelo per la sua crescita ! In tutti i casi comunque è la calma ed il buon senso del paziente e del medico che permettono di gestire la connettivopatia e l'alopecia associata nel modo migliore.

Federica Morelli,

Specialista in Dermatologia e Venereologia, Pescara

Claudio Feliciani,

Professore Associato in Dermatologia e Venereologia, Università Cattolica del Sacro

Cuore, Roma