



Alopecia androgenética femenina y masculina

Causas, diagnóstico, tratamientos y nuevas investigaciones.

Dra. Marta Moratinos

Dermatóloga - Directora médica



BIBLIOTECA DERMAMORATINOS

AL 004



www.dermamoratinos.com

¿QUÉ ES LA ALOPECIA ANDROGENÉTICA?

En una unidad folicular normal se agrupan varios folículos, capaces de producir 2-3 cabellos terminales. En la alopecia androgenética disminuye el número de tallos visibles y cada cabello se hace más fino y corto.



¿QUÉ OCURRE EN LA UNIDAD FOLICULAR?

1

PREDISPOSICIÓN GENÉTICA

Participan numerosos genes que pueden heredarse de cualquiera de las dos ramas familiares. No sigue una herencia simple.

2

SENSIBILIDAD A LOS ANDRÓGENOS

Algunos folículos responden con mayor intensidad a los andrógenos, sobre todo a la DHT. Esto puede ocurrir con niveles hormonales normales.

3

MENOS CABELLOS POR UNIDAD

Los folículos secundarios suelen miniaturizarse primero. La unidad pasa de mostrar 2-3 cabellos terminales a uno solo, cada vez más fino.

NO ES UNA ALOPECIA CICATRICAL

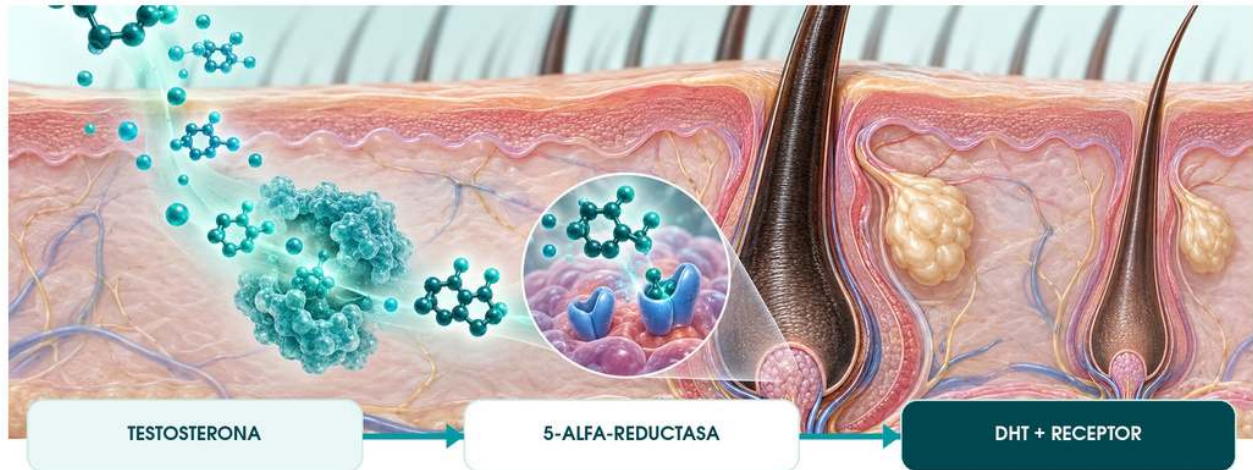
Los folículos no quedan destruidos ni sustituidos por una cicatriz. El tratamiento busca frenar la miniaturización y conservar o mejorar la densidad capilar.

MUJERES Y HOMBRES COMPARTEN PARTE DEL MECANISMO

La distribución de la pérdida y el peso de los andrógenos no son idénticos. Estas diferencias se explican en las páginas siguientes.

ANDRÓGENOS Y FOLÍCULO: ¿QUÉ PAPEL TIENEN?

La miniaturización no depende únicamente de la cantidad de hormonas en sangre. También influyen la conversión local a DHT y la sensibilidad genética de cada folículo.



NO SE COMPORTA IGUAL EN MUJERES Y HOMBRES

1

EN EL HOMBRE

La DHT y el receptor androgénico tienen un papel central y bien demostrado. Los folículos de las zonas predispuestas responden de forma distinta a los de la región occipital.

La intensidad de la alopecia no se predice con una analítica hormonal aislada.

2

EN LA MUJER

El mecanismo es más heterogéneo. La mayoría de las mujeres con patrón femenino presentan andrógenos circulantes dentro del intervalo normal.

La sensibilidad folicular puede existir sin hiperandrogenismo.

UNA ANALÍTICA NORMAL NO DESCARTA EL DIAGNÓSTICO

En la mujer, una alopecia de patrón femenino aislada no debe considerarse por sí sola un signo de exceso de andrógenos.

¿CUÁNDO SE VALORA UN ESTUDIO HORMONAL?

Cuando existen signos acompañantes, como ciclos irregulares, hirsutismo, acné importante, inicio brusco o signos de virilización. No todas las pacientes lo necesitan.

¿CÓMO SE PRESENTA EN MUJERES Y HOMBRES?

La distribución suele ser diferente, aunque existen variantes y patrones que pueden solaparse. La pérdida de densidad acostumbra a avanzar de forma gradual.



PATRÓN FEMENINO



PATRÓN MASCULINO

RASGOS MÁS HABITUALES

1

EN LA MUJER

- La raya central se ensancha progresivamente.
- Disminuye la densidad en la zona frontal, media y el vértex.
- La línea de implantación frontal suele conservarse.

2

EN EL HOMBRE

- Aparecen entradas y retrocede la línea frontal.
- Puede aclararse el vértex o coronilla.
- Con el tiempo, las zonas frontal y superior pueden conectarse.

EL PATRÓN ORIENTA, PERO NO BASTA

Otras formas de alopecia pueden parecerse. La exploración y la tricoscopia permiten confirmar la miniaturización y descartar otros diagnósticos.

NO TODAS LAS PERSONAS SIGUEN EL MISMO PATRÓN

Una mujer puede presentar entradas y un hombre puede mostrar un aclaramiento difuso. La edad de inicio y la velocidad de cambio también varían.

¿CÓMO SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO?

En la mayoría de los casos, la exploración y la tricoscopia permiten identificar la miniaturización. Las pruebas adicionales se eligen según la historia clínica.



TRICOSCOPIA: OBSERVAR LA MINIATURIZACIÓN

CUATRO PARTES DE LA VALORACIÓN

1

HISTORIA Y EXPLORACIÓN

Se revisan el inicio, la velocidad de cambio, los antecedentes familiares, el patrón y el estado del cuero cabelludo.

2

TRICOSCOPIA

Busca variación del calibre, cabellos finos y miniaturizados, y más unidades foliculares con un solo tallo.

3

REGISTRO INICIAL

Las fotografías estandarizadas y, cuando se dispone, las mediciones digitales permiten comparar la respuesta en el tiempo.

4

PRUEBAS DIRIGIDAS

La analítica se solicita si hay datos que sugieran otra causa. La biopsia se reserva para diagnósticos dudosos.

NO SE DIAGNOSTICA SOLO POR CUÁNTO CABELLO CAE

La alopecia androgenética puede progresar sin una caída llamativa. Lo importante es reconocer la pérdida de calibre y densidad.

COMPARAR ZONAS AYUDA A CONFIRMARLA

La región frontal o el vértex se comparan con la zona occipital, que suele conservar cabellos de mayor calibre.

¿QUÉ PUEDE CONSEGUIR EL TRATAMIENTO?

El objetivo realista es frenar la miniaturización y mejorar los folículos que todavía conservan actividad. La respuesta depende del punto de partida y de la constancia.



UN PLAN ADAPTADO A CADA PERSONA

TRES OBJETIVOS PRINCIPALES

1

FRENAR

Reducir la velocidad de la miniaturización y conservar el cabello existente durante el mayor tiempo posible.

2

MEJORAR

Engrosar parte de los cabellos finos, prolongar su fase de crecimiento y recuperar algo de densidad cuando el folículo responde.

3

MANTENER

Conservar el beneficio con un tratamiento continuado y revisiones que permitan ajustar la pauta.

LA MEJORÍA ES GRADUAL

La valoración suele necesitar al menos 6 meses y, con frecuencia, 9-12 meses. Mantener la densidad sin seguir perdiéndola también es una respuesta favorable.

NO EXISTE UNA PAUTA ÚNICA

El plan se elige según el sexo, la edad, el grado de miniaturización, otros problemas de salud, el deseo gestacional y las preferencias del paciente.

MINOXIDIL TÓPICO: TRATAMIENTO DE REFERENCIA

Es uno de los tratamientos con mayor respaldo para la alopecia androgenética. En España existen presentaciones tópicas autorizadas, aunque la indicación varía según el medicamento.



SOLUCIÓN CUTÁNEA



ESPUMA CUTÁNEA

LO MÁS IMPORTANTE

1

QUÉ HACE

Su mecanismo no se conoce por completo. Prolonga la fase de crecimiento y puede mejorar el calibre y la densidad del cabello.

2

QUÉ ESPERAR

Puede aparecer una caída transitoria al inicio. Los primeros cambios suelen requerir 3-6 meses y la valoración completa, más tiempo.

3

TOLERANCIA

Puede causar picor, descamación, irritación o vello no deseado. Los efectos generales son poco frecuentes con un uso correcto.

AUTORIZADO, PERO NO TODAS LAS PRESENTACIONES SON IGUALES

Existen soluciones al 2 % y al 5 %, además de espuma al 5 %. La indicación por sexo y edad, así como la frecuencia de uso, deben comprobarse en la ficha técnica de cada producto.

APLICAR SOBRE EL CUERO CABELLUDO SECO

Debe respetarse la cantidad pautada y lavarse las manos después. Usar más producto no mejora el efecto. No se recomienda durante el embarazo o la lactancia.

FINASTERIDA EN EL HOMBRE: EFICAZ Y BIEN ESTUDIADA

Reduce la formación de DHT y ayuda a frenar la miniaturización. En muchos hombres estabiliza la pérdida y puede mejorar la densidad mientras se mantiene el tratamiento.



VÍA ORAL · 1 mg



ESPRAY CUTÁNEO

DOS VÍAS AUTORIZADAS EN ESPAÑA

1

COMPRIMIDO ORAL

Finasterida 1 mg está indicada en hombres de 18 a 41 años con fases iniciales. Tiene amplia experiencia de uso y actúa de forma sistémica.

2

ESPRAY CUTÁNEO

Está indicado en hombres de 18 a 41 años con alopecia leve o moderada. La exposición sistémica es menor, aunque no es nula.

LA MAYORÍA DE LOS HOMBRES LO TOLERA BIEN

En algunos pacientes pueden aparecer menor deseo sexual o cambios en la erección o la eyaculación. Son poco frecuentes, aunque algunos estudios encuentran más casos que con placebo. Si aparecen, conviene revisarlo con el dermatólogo para decidir cómo continuar.

CAMBIOS DE ÁNIMO

Con los comprimidos se han descrito depresión e ideas suicidas, de frecuencia no conocida. Si aparece ánimo depresivo o pensamientos de hacerse daño, debe suspenderse y consultarse sin demora.

RESPUESTA Y CONTINUIDAD

La respuesta suele valorarse a partir de 6-12 meses. El efecto se conserva mientras se mantiene el tratamiento; al retirarlo, el beneficio se pierde de forma gradual.

DUTASTERIDA EN EL HOMBRE: CUÁNDO PUEDE SER UNA OPCIÓN

Inhibe los tipos I y II de la enzima 5-alfa-reductasa y reduce la DHT con mayor intensidad que la finasterida. Puede considerarse cuando la respuesta previa es insuficiente o el perfil del paciente lo aconseja.



TRATAMIENTO ORAL



VÍA INTRADÉRMICA

USO FUERA DE FICHA TÉCNICA EN ESPAÑA

La dutasterida está autorizada para la hiperplasia benigna de próstata, no para la alopecia. Su indicación capilar requiere valoración médica, información y seguimiento.

1

QUÉ DICE LA EVIDENCIA

Los ensayos en hombres muestran mejoría del recuento y del grosor capilar. En varios estudios, 0,5 mg al día obtuvo mejores resultados que finasterida 1 mg.

2

NO ES PARA TODOS

Una mayor reducción de DHT no implica que sea la mejor opción para cada paciente. La elección depende de la edad, la evolución, la respuesta previa y las preferencias.

VÍA ORAL

Es la vía con mayor respaldo clínico. Su permanencia en el organismo es prolongada. Si existe deseo de paternidad o antecedentes de fertilidad, conviene comentarlo antes de iniciar el tratamiento.

VÍA INTRADÉRMICA

Se administra en consulta mediante microinyecciones. Los estudios son más pequeños y heterogéneos; puede plantearse en casos seleccionados, sin asumir que carece de absorción sistémica.

SEGURIDAD: VALORAR Y SEGUIR

Puede producir efectos sexuales, cambios en el semen o molestias mamarias. La mayoría de los pacientes la tolera bien; si aparecen síntomas, deben revisarse antes de modificar el tratamiento.

MINOXIDIL ORAL A DOSIS BAJAS UNA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO TÓPICO

Puede favorecer el crecimiento y mejorar la densidad capilar. Se plantea sobre todo cuando el minoxidil tópico no se tolera, resulta poco práctico o no ofrece la respuesta esperada.



TOMA DIARIA



CONTROL DE TENSIÓN

USO FUERA DE FICHA TÉCNICA PARA LA ALOPECIA

Los comprimidos están autorizados para la hipertensión grave. En tricología se emplean dosis mucho menores, prescritas y controladas por el médico.

1

EFICACIA

En hombres, un ensayo encontró una eficacia similar entre 5 mg orales al día y minoxidil tópico al 5 % tras 24 semanas; la vía oral no fue superior.

2

ELECCIÓN PERSONALIZADA

La dosis se ajusta según sexo, edad, tensión arterial, antecedentes, otros medicamentos y tolerancia. No existe una pauta única para todos.

EL EFECTO MÁS FRECUENTE ES EL VELLO NO DESEADO

En la mayor serie publicada apareció hipertrichosis en aproximadamente 15 de cada 100 pacientes. El mareo, la retención de líquidos y las palpitaciones fueron mucho menos frecuentes. Solo 1,7 de cada 100 suspendieron el tratamiento por efectos adversos.

ANTES Y DURANTE

Conviene revisar tensión arterial, pulso, antecedentes cardiovasculares, retención de líquidos y medicación habitual.

CONSULTAR SIN DEMORA

Si aparecen desmayo, dificultad para respirar, dolor torácico, palpitaciones persistentes o hinchazón marcada.

ALOPECIA ANDROGENÉTICA FEMENINA

EL TRATAMIENTO SE ADAPTA A CADA ETAPA

El objetivo sigue siendo frenar la miniaturización y conservar densidad. En la mujer, la edad, el ciclo menstrual, el deseo gestacional y la menopausia influyen especialmente en la elección.



NO SIEMPRE EXISTE UNA ALTERACIÓN HORMONAL

Muchas mujeres presentan analíticas normales. El folículo puede ser sensible a los andrógenos sin que haya un exceso hormonal en sangre.

TRES DECISIONES CLAVE

1

ESTIMULAR

El minoxidil tópico es la opción con mayor respaldo. La vía oral a dosis bajas puede plantearse fuera de ficha técnica.

2

FRENAR LA ACCIÓN ANDROGENICA

Espironolactona, finasterida o dutasterida pueden ser útiles en pacientes seleccionadas. Su uso capilar es fuera de ficha técnica.

3

BUSCAR DATOS ASOCIADOS

Reglas irregulares, hirsutismo, acné, inicio rápido o signos de virilización orientan el estudio hormonal.

EDAD FÉRTIL

Antes de usar tratamientos antiandrogénicos debe descartarse el embarazo y acordarse una anticoncepción eficaz. Deben suspenderse antes de buscar gestación y no se emplean durante el embarazo.

MENOPAUSIA

Al desaparecer el riesgo gestacional pueden valorarse más opciones, pero siguen importando la tensión arterial, la función renal, los antecedentes y la medicación habitual.

LA RESPUESTA SE VALORA EN MESES Y REQUIERE CONTINUIDAD

FINASTERIDA Y DUTASTERIDA EN LA MUJER QUÉ SABEMOS Y QUÉ NO SABEMOS

Pueden ser útiles en mujeres seleccionadas, especialmente tras la menopausia o cuando existe anticoncepción segura. Su empleo para la alopecia femenina es fuera de ficha técnica.



DECISIÓN COMPARTIDA

SEGUIMIENTO MÉDICO

1

FINASTERIDA

Inhibe sobre todo la 5-alfa-reductasa tipo II. Los estudios en mujeres son pequeños y heterogéneos; algunas series muestran mejoría con dosis superiores a 1 mg.

2

DUTASTERIDA

Inhibe los tipos I y II y reduce la DHT con mayor intensidad. La evidencia femenina es menor y procede principalmente de estudios observacionales.

NO DEBEN UTILIZARSE DURANTE EL EMBARAZO

Pueden alterar el desarrollo genital de un feto masculino. En mujeres con posibilidad de gestación se requiere anticoncepción eficaz y una planificación individual antes de retirarlos.

¿INCREMENTAN EL RIESGO DE CÁNCER DE MAMA?

Hasta ahora no se ha demostrado un incremento del riesgo. Un estudio poblacional publicado en 2025 no encontró más cáncer de mama ni cánceres ginecológicos entre mujeres tratadas con inhibidores de la 5-alfa-reductasa por indicaciones dermatológicas. Aun así, los datos a largo plazo son más limitados que en hombres.

SI EXISTE CÁNCER DE MAMA ACTUAL O PREVIO

Se han publicado un caso y una serie estadounidense de 8 pacientes con alopecia por tratamiento endocrino que recibieron dutasterida o finasterida, con estabilización o crecimiento variable. Son datos prometedores, pero no prueban la seguridad oncológica a largo plazo: la decisión debe acordarse con Oncología.

ESPIRONOLACTONA Y OTROS ANTIANDRÓGENOS EN LA MUJER

Actúan reduciendo la respuesta del folículo a los andrógenos. Pueden utilizarse aunque la analítica hormonal sea normal, siempre que el perfil clínico y la situación reproductiva lo permitan.



TRATAMIENTO ORAL



CONTROL INDIVIDUAL

1

ESPIRONOLACTONA: LA OPCIÓN CON MÁS EXPERIENCIA

Bloquea el receptor androgénico y se usa fuera de ficha técnica. Un ensayo de 2025 en mujeres premenopáusicas confirmó que, añadida al minoxidil tópico, ofrece un beneficio adicional a las 24 semanas. La respuesta suele valorarse tras 6-12 meses.

2

BICALUTAMIDA

Bloquea el receptor androgénico. Los estudios son todavía limitados, aunque los resultados son prometedores. Requiere control hepático y revisión de interacciones.

3

ACETATO DE CIPROTERONA

Actualmente tiene un papel más restringido. El riesgo de meningioma es poco frecuente, pero crece con dosis altas y mayor exposición acumulada.

CON ESPIRONOLACTONA

Pueden aparecer reglas irregulares, mastalgia, mareo, tensión baja o mayor frecuencia de orina. La función renal y el potasio se controlan según edad, antecedentes y medicación.

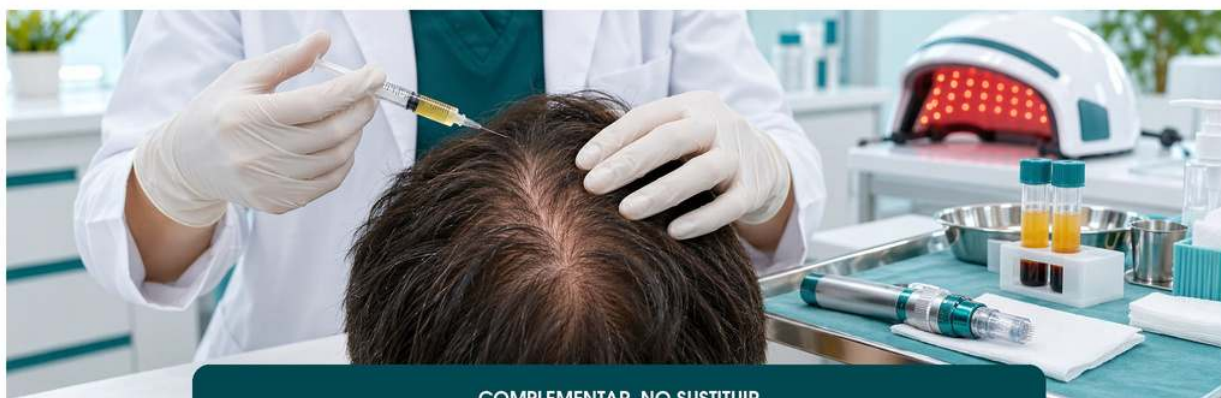
EMBARAZO

Los antiandrógenos no deben utilizarse durante el embarazo. En mujeres con posibilidad de gestación se requiere anticoncepción eficaz y planificación médica antes de suspenderlos.

TODOS ESTOS USOS SON FUERA DE FICHA TÉCNICA

PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS: ¿QUÉ SABEMOS?

Pueden aportar un beneficio adicional en pacientes seleccionados. Su resultado depende del protocolo y deben integrarse en un plan médico, no sustituir los tratamientos con mayor respaldo.



COMPLEMENTAR, NO SUSTITUIR

1

BIOESTIMULACIÓN CON PLAQUETAS

EVIDENCIA MODERADA

Utiliza plasma de la propia persona. Los estudios muestran una mejoría media de la densidad capilar, aunque la respuesta es variable y los métodos de preparación no están unificados. Suele requerir varias sesiones y mantenimiento.

2

FOTOBIMODULACIÓN

EVIDENCIA MODERADA

La luz roja de baja potencia puede mejorar densidad y grosor con buena tolerancia. El resultado exige constancia y depende del dispositivo utilizado.

3

MICRONEEDLING

EVIDENCIA EMERGENTE

Parece más útil combinado con minoxidil que como técnica aislada. Faltan protocolos comunes de profundidad, frecuencia y duración.

4

DUTASTERIDA INTRADÉRMICA

EVIDENCIA LIMITADA

Uso fuera de ficha técnica. Hay estudios favorables, pero pocos ensayos comparables. No puede asumirse que la exposición sistémica sea nula.

LA ELECCIÓN DEPENDE DE:

el diagnóstico, el grado de miniaturización, los tratamientos ya pautados, la tolerancia, las expectativas y la disponibilidad para mantener el plan.

TRASPLANTE CAPILAR: REDISTRIBUIR, NO CREAR CABELLO

Traslada folículos de una zona donante estable a las áreas con menor densidad. Puede ofrecer un resultado duradero, pero no detiene la progresión del cabello no trasplantado.



LA ZONA DONANTE MARCA EL LÍMITE

1

ANTES DE INDICARLO

Se confirma el diagnóstico, se comprueba que la caída esté controlada y se estudian mediante tricoscopia la densidad, el calibre y la miniaturización de la zona donante. También se valora el área a cubrir y si las expectativas son realistas.

2

EN EL HOMBRE

Suele existir una zona occipital y temporal más estable. El diseño debe ser conservador y tener en cuenta cómo podría progresar la alopecia con los años.

3

EN LA MUJER

La selección es más estricta porque el afinamiento puede afectar también a la zona donante. La tricoscopia es decisiva; no toda alopecia difusa es operable.

FUE Y FUT

Son dos formas de obtener los folículos. La elección depende de la zona donante, el peinado, la extensión, las cicatrices aceptables y la planificación quirúrgica.

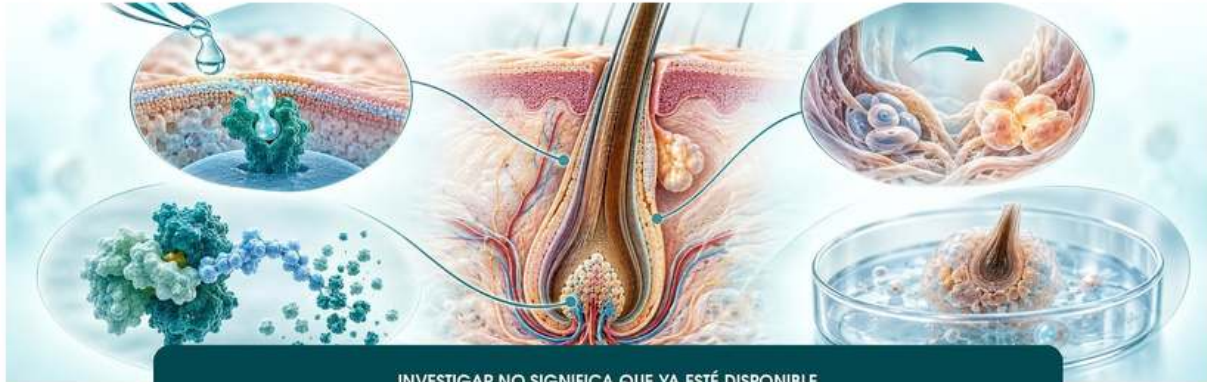
CUÁNDO NO ES ADECUADO

Si la zona donante está miniaturizada, la pérdida sigue activa o existe una alopecia cicatricial sin controlar, el resultado puede ser insuficiente o poco estable.

EL TRATAMIENTO MÉDICO SUELE CONTINUAR TRAS LA CIRUGÍA

¿QUÉ TRATAMIENTOS ESTÁN EN INVESTIGACIÓN?

Se investigan mecanismos distintos a los tratamientos actuales. Los resultados iniciales son interesantes, pero todavía deben confirmarse en estudios amplios y mediante evaluación regulatoria.



INVESTIGAR NO SIGNIFICA QUE YA ESTÉ DISPONIBLE

1

CLASCOTERONA 5 %

FASE III COMPLETADA

Antiandrógeno tópico estudiado en hombres. Los ensayos pivotaes comunicaron resultados positivos; las solicitudes de autorización siguen su curso.

2

GT20029

FASE II

Tratamiento tópico que induce la degradación del receptor androgénico. Ha mostrado mejoría del recuento capilar con baja exposición sistémica.

3

PP405

FASE IIa

Compuesto tópico no hormonal que busca reactivar células madre foliculares mediante su metabolismo. Se preparan estudios en fases posteriores.

4

HMI-115

FASE II

Anticuerpo dirigido al receptor de prolactina. Se ha estudiado en hombres; los datos clínicos públicos todavía son escasos.

MÁS LEJOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La multiplicación de folículos, los organoides y las terapias celulares buscan generar nuevas estructuras pilosas. Por ahora permanecen en investigación temprana y no son tratamientos disponibles.

NINGUNO ESTÁ APROBADO TODAVÍA PARA ESTA INDICACIÓN

¿CÓMO SABEMOS SI EL TRATAMIENTO FUNCIONA?

La percepción diaria puede resultar engañosa. Para comparar con rigor se necesitan tiempo, fotografías reproducibles y mediciones realizadas siempre en las mismas zonas.



COMPARAR SIEMPRE EN LAS MISMAS CONDICIONES

1

FOTOGRAFÍAS

Misma posición, distancia, luz, peinado y estado del cabello. Permiten valorar la cobertura global y la evolución del patrón.

2

TRICOSCOPIA

Mide densidad, calibre, proporción de cabellos finos y número de fallos por unidad folicular en puntos localizados.

3

VALORACIÓN CLÍNICA

Incluye tolerancia, adherencia, caída referida, exploración del cuero cabelludo y percepción de cambio por la persona tratada.

EL TIEMPO TAMBIÉN FORMA PARTE DE LA MEDICIÓN

3

MESES

Revisar tolerancia, adherencia y posibles efectos iniciales.

6

MESES

Primera valoración objetiva de eficacia en muchos tratamientos.

12

MESES

Balace más fiable del resultado y del plan de mantenimiento.

MEJORAR NO ES SOLO VER MÁS PELO

Frenar la progresión, conservar densidad, recuperar calibre o mejorar la cobertura pueden ser respuestas clínicamente valiosas.

CUÁNDO REVISAR EL PLAN

Si hay mala tolerancia, empeoramiento mantenido, poca adherencia o ausencia de cambios objetivos tras el plazo previsto.

LA ESTABILIZACIÓN PUEDE SER UN BUEN RESULTADO

LO MÁS IMPORTANTE

La alopecia androgenética puede controlarse. Un diagnóstico correcto y un plan mantenido permiten proteger el cabello a largo plazo.

1

ES PROGRESIVA, PERO TRATABLE

Cuanto antes se detecta la miniaturización, más cabello susceptible de recuperación puede conservarse.

2

MUJERES Y HOMBRES NO SE TRATAN IGUAL

El patrón, la edad, la situación reproductiva, los antecedentes y la zona donante cambian la elección.

3

LA MAYORÍA DE LOS TRATAMIENTOS SON MANTENIDOS

La mejoría suele aparecer de forma gradual y puede perderse si se suspende el tratamiento eficaz.

4

OFF LABEL NO SIGNIFICA SIN EVIDENCIA

Indica que ese uso no figura en la ficha técnica. Requiere información clara, selección clínica y seguimiento.

5

MEDIR ES MEJOR QUE RECORDAR

Las fotografías estandarizadas y la tricoscopia permiten distinguir estabilidad, respuesta y progresión.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

1. Vañó-Galván S, et al. Recomendaciones sobre el manejo clínico de la alopecia androgénica. Actas Dermosifiliogr. 2024. PMID: 38336246.
2. Devjani S, et al. Androgenetic Alopecia: Therapy Update. Drugs. 2023. PMID: 37166619.
3. Ramos PM, et al. Female-pattern hair loss: therapeutic update. An Bras Dermatol. 2023. PMID: 37003900.
4. Akiska YM, et al. Low-Dose Oral Minoxidil Initiation for Patients With Hair Loss: International Delphi Consensus. JAMA Dermatol. 2025. PMID: 39565602.
5. Chen LC, et al. 5α-reductase inhibitor exposure and female breast or gynecologic cancers. J Am Acad Dermatol. 2025;92:343-345. PMID: 39442887.
6. Mysore V, et al. Hair Transplant Practice Guidelines. J Cutan Aesthet Surg. 2021;14:265-284. PMID: 348611706.

EL PLAN DEBE ADAPTARSE A CADA PERSONA



¿Tienes dudas sobre tu piel?

Solicita valoración por un dermatólogo

En Clínica DermaMoratinos realizamos una valoración dermatológica completa para llegar a un diagnóstico preciso y ofrecer el tratamiento más adecuado para cada paciente.



**Escanea el QR para solicitar
tu cita**

Más información y artículos divulgativos
www.dermamoratinos.com



Sobre la autora

Dra. Marta Moratinos

Dermatóloga
Directora médica de
Clínica DermaMoratinos

Desde hace años acompaño a mis pacientes en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la piel.

En estas guías comparto las preguntas que con más frecuencia escucho en la consulta y las respondo con un lenguaje claro, cercano y basado en la evidencia científica, para ayudar a comprender mejor cada enfermedad y sus opciones de tratamiento.

“**Mi objetivo es que cada paciente comprenda qué le ocurre y pueda tomar decisiones informadas sobre la salud de su piel.**”

ÁREAS DE ESPECIAL DEDICACIÓN:

- ✓ Acné
- ✓ Rosácea
- ✓ Alopecia
- ✓ Cicatrices
- ✓ Manchas cutáneas
- ✓ Láser dermatológico
- ✓ Cirugía dermatológica



Más artículos y guías en
dermamoratinos.com/blog



Madrid



910 694 032



Escanea para leer
más guías