



Minoxidil: la soluzione definitiva per l'alopecia?

Minoxidil: the ultimate solution for alopecia?

Arianna Alborghetti, Claudia Aiello, Federico Barbarano,
Federica Fundarò, Francesca Fabbri, Luigi Tramonte
SIMG macroarea cronicità

L'alopecia areata (AA) è una malattia infiammatoria del follicolo, ad eziopatogenesi multifattoriale espressione di processi autoimmunitari, ereditarietà, fattori stressogeni, emotivi, caratteriali e danni a livello della guaina epiteliale interna. È caratterizzata da caduta di peli o capelli, in una zona circoscritta, senza una apparente causa iniziale sottostante. Le zone maggiormente interessate, in ordine di frequenza sono il cuoio capelluto, la barba, più raramente la zona genitale. Nella maggior parte dei casi, può risolversi spontaneamente, senza esiti cicatriziali, e anche per questo motivo i dati epidemiologici sono sottostimati. Meno frequentemente, circa nell'1%, non ha risoluzione spontanea, rendendo necessario il trattamento. Secondo lo studio "Italian National Registry of Alopecia Areata: an epidemiological study"¹, la creazione del Registro Nazionale dell'AA ha permesso di raccogliere dati epidemiologici dettagliati sulla malattia. Questo studio ha evidenziato che il numero di nuovi casi è in crescita, probabilmente per una maggiore sensibilizzazione dei medici e una migliore capacità diagnostica.

La prevalenza maggiore è tra i 10 e i 25 anni (60%) e raramente negli adulti con più di 60 anni; sembra non esserci sostanziale differenza di genere nell'incidenza, sebbene siano maggiori i casi di soggetti con i capelli scuri e di etnia caucasica. Inoltre, una revisione sistematica intitolata "Insights into Alopecia Areata: A systematic Review of Prevalence" ha rilevato che circa il 60% dei pazienti manifesta il primo episodio di alopecia areata prima dei 30 anni.

Questa revisione ha anche sottolineato che la condizione può avere un impatto significativo sulla qualità della vita dei pazienti².

Secondo i dati della *National Alopecia Areata Foundation*³, circa il 2% della popolazione mondiale sperimenterà l'AA nel corso della vita, il che equivale a circa 160 milioni di persone a livello globale.

In Italia si stima che l'alopecia areata colpisca circa 118 mila persone, ma si suppone che il dato sia sottostimato, per ritardi nella diagnosi o per mancata presa in carico.

Alcune ricerche indicano che l'AA può avere un impatto psicologico più significativo nelle donne rispetto agli uomini, a causa degli standard estetici e sociali prevalenti. Ad esempio, uno studio pubblicato di recente ha evidenziato che le donne con alopecia riportano un maggiore impatto negativo sulla qualità della vita rispetto agli uomini, nonostante livelli simili di disagio emotivo e stigma⁴.

Inoltre, è rilevato che l'alopecia areata è fortemente associata all'ansia e alla depressione, con una maggiore prevalenza di effetti psicologici negativi nelle donne. Questi risultati sottolineano l'importanza di considerare le differenze di genere nell'affrontare l'impatto psicologico dell'alopecia areata e nel fornire supporto adeguato ai pazienti.

Negli ultimi anni, la ricerca ha esplorato nuove strategie terapeutiche per l'AA, tra cui l'uso del **Minoxidil**. Uno studio recente ha valutato l'efficacia del Minoxidil, sia topico che orale, nel trattamento dell'AA. I risultati indicano che il Minoxidil può favorire la ricrescita nei capelli in alcuni pazienti affetti da questa condizione. Inoltre, una revisione altrettanto recente ha esaminato l'uso del Minoxidil orale a basso dosaggio come trattamento per diverse forme di perdita di capelli, inclusa l'AA, suggerendo che potrebbe rappresentare un'opzione terapeutica efficace e ben tollerata.⁶

CLASSIFICAZIONI DI MALATTIA

La classificazione principale e storica si basa proprio sull'estensione delle zone interessate, dall'AA o "a chiazze" che è la forma più comune e crea delle piccole aree senza capelli o peli, all'interessamento dell'intero cuoio capelluto (**alopecia totale**, AT) o a tutto il corpo (**alopecia universale**, AU) con la totale perdita di tutti i peli del corpo. La prevalenza dell'AA è stata stimata a circa lo 0.2% della popolazione generale e circa l'1.7-2.1% della popolazione sperimenta un episodio di AA nel corso della vita. Questa classificazione è fondamentale per determinare la scelta terapeutica più adeguata. Un'altra classificazione "storica" ma significativa per la prognosi divide l'AA in 4 tipi:

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Minoxidil: la soluzione definitiva per l'alopecia?
Rivista SIMG 2025;
32 (03):10-11.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Tipo comune: molto frequente, ha un decorso inferiore ai 3 anni ed è tipico della tarda adolescenza. La regressione delle chiazze avviene comunemente in meno di sei mesi. Non vi è associazione significativa con malattie autoimmuni.

Tipo atopico: esordisce quasi sempre nell'infanzia, ha decorso prolungato e spesso evolve verso un'AT.

Tipo preipertensivo: colpisce giovani adulti con diatesi ipertensiva. Evolve rapidamente verso un'AT.

Tipo autoimmune: si associa a malattie autoimmuni esordendo dopo i 40 anni ed evolvendo nel 10% dei casi verso l'AA.

Diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale deve valutare sempre le comorbidità, soprattutto in presenza di patologie autoimmuni, nella sindrome di Down e in anomalie gonadiche, condizioni in cui si deve sospettare l'AA. Valutando il piano psicopatologico si dovrebbe prendere in considerazione la tricotillomania, l'anamnesi positiva per patologie oncologiche potrebbe orientare verso l'alopecia metastatica. Altresì dall'analisi dermatoscopica si dovrebbe prendere in considerazione la psoriasi, le micosi, i trattamenti cosmetici/estetici aggressivi che danno origine a fenomeni desquamativi o a danno del bulbo pilifero. Un'analisi con il **dermatoscopio** può facilitare la diagnosi e aiutare a distinguere l'AA da altre forme di caduta dei capelli.

Trattamenti e impatto del Minoxidil

Una opzione di terapia farmacologica può essere l'uso di farmaci a base di Minoxidil. La soluzione cutanea è indicata nel trattamento sintomatico dell'**alopecia androgenica** (comunemente **calvizie**), ma si è visto che può avere un suo utilizzo ed efficacia in tutte quelle condizioni in cui il follicolo pilifero sia ancora attivo. Il Minoxidil nasce come farmaco per il trattamento dell'ipertensione, in quanto possiede effetti vasodilatatori. Tra gli effetti secondari/collaterali però, è stata quasi subito notata una significativa ricrescita dei capelli e l'irsutismo.

La terapia sarà però in funzione della diagnosi, della presenza di patologie correlate, ma anche in funzione della classificazione. Il Minoxidil è una delle opzioni più utilizzate, soprattutto nella formulazione topica, sebbene negli ultimi anni si sia studiato anche il suo utilizzo per via orale (LDOM).

Successi del trattamento:

- ▶ Studi hanno dimostrato che il Minoxidil topico può accelerare la ricrescita dei capelli nelle forme più lievi di AA.
- ▶ Il Minoxidil orale è stato sperimentato con dosaggi variabili tra 0.25 e 5 mg al giorno, con risultati incoraggianti in pazienti resistenti ad altri trattamenti.
- ▶ Effetti collaterali: arrossamento, prurito e untuosità del cuoio capelluto nella formulazione topica (causa di scarsa aderenza alla terapia); ritenzione idrica, ipotensione e ipertricosi nella formulazione orale. In caso di assorbimento sistemico o sovradosaggio, anche nell'uso delle soluzioni topiche è stata registrata, cefalea, edema estremità, tachicardia. In particolar modo inizialmente si può assistere ad una caduta più rapida dei capelli presenti per essere sostituiti in 3-4 mesi dal nuovo capello.

La formulazione in compresse dovrebbe essere presa in considerazione in caso di mancata tollerabilità della soluzione cutanea o quando si vogliono raggiungere effetti in tempi più rapidi, o anche in caso di scarsa compliance del paziente che dimentica o non è costante con le applicazioni topiche (es - salto di seduta o distribuzione non corretta del prodotto). Per via orale, il Minoxidil de-

termina un prolungamento della fase anagen del capello, bloccandone la caduta, e favorisce la ricrescita di peli terminali, proprio come la formulazione topica. Formulazione topica ed orale possono anche essere co-somministrate per potenziarne gli effetti.

Considerazioni a parte, meritano l'uso del minoxidil in gravidanza. Non ci sono abbastanza studi che rendano sicuro l'uso del Minoxidil in gravidanza o in allattamento. La fetopatia da Minoxidil è stata descritta in alcuni casi, con anomalie congenite come ipertricosi neonatale che si riduce gradualmente nei primi sei mesi di vita, difetti cardiovascolari, anomalie dello sviluppo neurologico, malformazioni gastrointestinali e renali. Per questo motivo, il farmaco è controindicato in gravidanza e andrebbe sospeso nelle donne in età fertile che stanno pianificando una gravidanza.

CONCLUSIONI

L'AA è una condizione complessa e multifattoriale, che può avere un impatto significativo sulla qualità della vita. Il Minoxidil rappresenta una possibile opzione terapeutica, soprattutto nelle forme meno gravi della malattia, ma la ricerca è ancora in corso per definirne il ruolo specifico e la migliore strategia di utilizzo.

Ulteriori studi sono necessari per comprendere appieno l'efficacia del Minoxidil nell'AA e per ottimizzare i protocolli terapeutici. Nel frattempo, è fondamentale un approccio personalizzato che tenga conto delle esigenze del paziente e delle caratteristiche della malattia.

Bibliografia

1. Piraccini BM, et al. Italian National Registry of Alopecia Areata: an epidemiological study of 699 Italian patients. *Int J Dermatol Venereol* 2024;159:336-43.
2. Bahashwan E, et al. Insights into Alopecia Areata: a systematic review of prevalence, pathogenesis, and psychological consequences. *Open Dermatol J* 2024;18:e18743722280092
3. <https://www.naaf.org/alopecia-areata/>
4. Mesinkovska N, et al. The invisible impact of a visible disease: psychosocial impact of alopecia areata. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2023;13:1503-15
5. Majewski M, et al. The role of minoxidil in treatment of alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med* 2024;13:7712.
6. Randolph M, et al. Oral minoxidil treatment for hair loss: A review of efficacy and safety. *J Am Acad Dermatol* 2021;84:737-46