

## Imagem da Semana: Fotografia



**Imagem 01.** Fotografia com duas semanas de evolução da alopecia.



**Imagem 02.** Fotografia com três semanas de evolução da alopecia.

Criança, sexo masculino, nove anos, com perda de cabelos iniciada há duas semanas. Relata início brusco com queda acentuada. Informa quadro semelhante aos seis anos de idade, porém menos intenso, tendo sido tratado com sucesso. Nega outros sinais e/ou sintomas. Nega história familiar de alopecia, doenças autoimunes e/ou comorbidades. Em um primeiro momento não foram identificados fatores psicológicos relacionados à alopecia.

**De acordo com a história clínica e as imagens, qual o diagnóstico provável?**

- a) Tinha do couro cabeludo
- b) Tricotilomania
- c) Alopecia areata**
- d) Alopecia cicatricial

## Análise das Imagens



**Imagem 3:** Fotografia de couro cabeludo após duas semanas do início da alopecia, com evidência de áreas ovais múltiplas de alopecia, sem sinais inflamatórios e/ou de atrofia no couro cabeludo, sendo esse liso e brilhante.



**Imagem 4:** Fotografia de couro cabeludo após três semanas de evolução: nota-se rápida progressão da alopecia areata.

## Diagnóstico

A perda brusca de pelos e a alopecia com áreas únicas ou múltiplas arredondadas sem outras alterações sugerem o diagnóstico de **alopecia areata (AA)**. Além disso, a recorrência do quadro indica se tratar de alopecia não cicatricial, como a AA.

A **tinha do couro cabeludo** pode ser tonsurante ou favosa, sendo a primeira caracterizada por cotos pilosos e áreas descamativas e a segunda, por lesões crateriformes em torno do folículo piloso. Ambas apresentam evolução crônica. A forma aguda da tinha tonsurante, o *Kerion celsi*, caracteriza-se por um quadro inflamatório intenso.

A **tricotilomania** é um transtorno psicológico em que há impulso de arrancar os fios de cabelo. É um diagnóstico diferencial da AA que deve ser considerado principalmente em crianças. Manifesta-se por alopecia irregular com cabelos de diferentes comprimentos.

O quadro prévio de alopecia com sucesso terapêutico, em um primeiro momento, exclui o diagnóstico de **alopecia cicatricial**. Nesta há destruição definitiva do folículo piloso. O aspecto do couro cabeludo, nesse caso, é atrófico (a pele perde o brilho e a consistência).

# Discussão

A alopecia areata é um tipo de alopecia não cicatricial. É uma doença autoimune contra o folículo piloso com determinantes genéticos e ambientais, destacando-se fatores psicológicos. Aproximadamente 20% das pessoas com AA tem história familiar dessa condição. Normalmente, o início se dá antes dos 30 anos. A prevalência estimada é 1 a cada 1000 pessoas, com o risco médio de desenvolver ao longo da vida de 2%.

Sabe-se que as células T tem importância na patogênese da AA. Há interação dos linfócitos T com antígenos das células da matriz do pelo, o que pode ser observado à histologia como infiltrado linfocitário circundando os folículos pilosos. Há ainda relação da AA com doenças autoimunes, como vitiligo e tireoidite.

O início da alopecia é brusco com rápida progressão. Caracteriza-se por áreas circulares de alopecia do couro cabeludo que podem ou não atingir outros locais. Pode ocorrer perda total dos cabelos (alopecia total) ou perda completa dos cabelos e pelos do corpo (alopecia universal). Na borda da lesão, observam-se pelos descolorados e com a parte proximal mais afilada (em ponto de exclamação). O acometimento de outros anexos ectodérmicos pode ocorrer, principalmente o de unhas. As depressões cupuliformes são as anormalidades ungueais mais comuns.

Alguns fatores relacionam-se ao pior prognóstico: início na infância, história familiar, acometimento ungueal, alopecia total ou universal, duração de mais de um ano, atopia e/ou padrão ofiásico (alopecia em faixa na periferia da região occipital e temporal).

O diagnóstico da AA é clínico. Considera-se a biópsia em casos duvidosos. O tratamento inicial é feito com corticosteroide tópico até a reponta dos pelos. Em um segundo momento, outras opções são corticosteroide intralesional, fototerapia, minoxidil e antralina tópicos. A terapia imunossupressora é indicada para os casos de alopecia extensa.

A alopecia tem implicações estéticas importantes de tal forma a causar distúrbios psicossociais, logo, a abordagem psicológica é essencial. Grupos de apoio estão disponíveis para ajudar os portadores da AA a lidar com a doença.

## Aspectos relevantes

- A AA é uma alopecia não cicatricial, tendo comumente padrão circular.
- É uma doença autoimune relacionada a fatores genéticos e ambientais.
- O diagnóstico é clínico, sendo a biópsia considerada em casos incertos.
- Pior prognóstico: início na infância, história familiar positiva, acometimento ungueal e padrão ofiásico.
- Tratamento inicial é feito com corticoide tópico.
- A abordagem psicológica é importante devido às repercussões estéticas e emocionais da doença.

## Referências

- Bologna LJ, Jorizzo LJ, Rapini PR. Dermatologia. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 3ª Edição. São Paulo: Artes Médicas; 2007.

- Messenger, GA. Management of alopecia areata. In UpToDate, 2014.

- Messenger, GA. Clinical manifestations and diagnosis of alopecia areata. In UpToDate, 2014.

## **Autor**

Janaína Chaves Lima, acadêmica do 11º período de Medicina da FM-UFMG

Email: janaina-chaves[arroba]hotmail.com

## **Orientador**

Antonio Guedes, dermatologista, professor do Departamento de Clínica Médica da FM-UFMG

## **Revisores**

Luanna Monteiro, Amanda de Oliveira, Ana Júlia Furbino, Professora Viviane Parisotto