

# BMJ Best Practice

## Alopecia areata

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
<b>Diagnóstico</b>	<b>6</b>
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	7
Anamnese e exame físico	7
Exames diagnóstico	8
Diagnóstico diferencial	9
Critérios de diagnóstico	10
<b>Tratamento</b>	<b>11</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	11
Visão geral do tratamento	12
Opções de tratamento	14
<b>Acompanhamento</b>	<b>24</b>
Recomendações	24
Complicações	24
Prognóstico	25
<b>Diretrizes</b>	<b>26</b>
Diretrizes de diagnóstico	26
Diretrizes de tratamento	26
<b>Recursos online</b>	<b>27</b>
<b>Referências</b>	<b>28</b>
<b>Imagens</b>	<b>30</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>33</b>

## Resumo

- ◇ Doença autoimune que atinge o folículo piloso.
- ◇ Caracterizada pelo início súbito da perda de cabelo em placas.
- ◇ O diagnóstico é clínico. Os achados físicos característicos são fios em ponto de exclamação (fios curtos e quebradiços) e um teste de tração (pull test) positivo. Uma biópsia do couro cabeludo mostra inflamação perifolicular.
- ◇ Corticosteroides tópicos ou intralesionais são adequados para pacientes com queda limitada de cabelos. A atrofia da pele pode ser um efeito colateral temporário.

## Definição

A alopecia areata (AA) é uma doença autoimune que afeta quase 2% da população nos EUA.[1] As células inflamatórias atingem o folículo piloso, assim impedindo o crescimento do cabelo. Tipicamente, nota-se uma pequena placa alopécica arredondada.

[Fig-1]

Essa perda de cabelo em placas pode apresentar novo crescimento, espontaneamente. Em outros casos, pode haver perda extensa dos cabelos em placas e, em casos raros, há perda do cabelo de todo o couro cabeludo e do corpo (alopecia areata universalis).

## Epidemiologia

A alopecia areata (AA) é uma doença comum, mas há poucos dados publicados sobre sua prevalência. Os dados mais confiáveis provêm de um estudo de base populacional dos EUA, que estimou que a AA afeta quase 2% da população do país.[1] O estudo mostrou que ela afeta ambos os sexos igualmente e que é observada em todas as faixas etárias, sem predominância étnica. Uma incidência mais alta é percebida em crianças e adultos jovens.[3]

Um estudo de base hospitalar na Grécia descobriu que uma maior prevalência da AA ocorreu nas idades de 21 a 50 anos em comparação a outras faixas etárias. Também houve uma prevalência ligeiramente superior em homens que em mulheres.[4]

Os pacientes geralmente apresentam vários episódios de perda e crescimento de cabelo ao longo de suas vidas. A evolução é irregular e imprevisível. A recuperação da perda capilar pode ser completa, parcial ou nenhuma. A incidência da forma crônica grave da doença é de 7% a 10% dentre as pessoas afetadas.[5] Os indicadores de prognóstico desfavorável são atopia, presença de outras doenças imunes, história familiar, idade jovem no início, distrofia das unhas, perda extensa de cabelo e ofíase (perda de cabelo na parte inferior da linha capilar do couro cabeludo [ou seja, couro cabeludo inferior parietal/occipital]).[6]

## Etiologia

A etiologia da alopecia areata (AA) não foi determinada. Entretanto, existe a hipótese de que seja uma doença autoimune específica a órgãos mediada por linfócitos T direcionados contra os folículos pilosos.[7] A respeito da genética da AA, parece haver genes tanto para a suscetibilidade quanto para a intensidade.[8]

## Fisiopatologia

A natureza autoimune da alopecia areata (AA) é sustentada pelo infiltrado inflamatório de linfócitos CD4 ativados em volta dos bulbos capilares afetados em fase anágena e pela capacidade de transferir a AA por meio de linfócitos T do couro cabeludo envolvido para explantes do couro cabeludo humano em camundongos com imunodeficiência combinada grave (IDCG).[9] Assim como em muitas outras doenças autoimunes, há uma forte associação da AA com alelos de antígeno leucocitário humano (HLA) de classe II.[10] Uma pesquisa genômica revelou evidências de pelo menos 4 loci de suscetibilidade nos cromossomos 6, 10, 16 e 18.[11] Também parece haver uma ligação entre AA e síndrome de Down, o que sugere que o cromossomo 21 também pode estar envolvido.[12]

## Classificação

### Índice de gravidade de doença para alopecia (Severity in Alopecia Tool [SALT])[2]

Isso categoriza o padrão ou a extensão e os fatores prognósticos da perda de cabelo, como a sua duração, a perda de pelos do corpo, as alterações ungueais e o tipo de cabelo remanescente no couro cabeludo:

- Alopecia areata em placa
- Alopecia totalis, indicando perda total do cabelo do couro cabeludo
- Alopecia universalis, refere-se à perda de cabelo de todo o couro cabeludo e dos pelos do corpo.

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma mulher de 20 anos apresenta-se com história de 1 mês de perda de cabelo em placas. A paciente nega qualquer sintoma de prurido ou irritação no couro cabeludo. Sua história médica pregressa é significativa em relação a asma e eczema leves. Sua tia tem artrite reumatoide. No exame físico, ela apresenta uma área circular de perda de cabelo de aproximadamente 25 mm de diâmetro no couro cabeludo occipital. O couro cabeludo naquela área tem coloração levemente de salmão. Os orifícios dos folículos capilares estão intactos e há evidência de fios em pontos de exclamação (fios curtos e quebradiços). O teste de tração do cabelo (pull test) é positivo na parte periférica das placas de alopecia (um sinal de atividade).

[Fig-2]

Suas sobrancelhas e cílios parecem normais, mas suas unhas mostram evidência de bordas finas.

### Outras apresentações

A perda de pelos faciais e/ou corporais (incluindo-se sobrancelhas, cílios ou barba) é menos comum. Apresentações mais incomuns são queda completa dos cabelos do couro cabeludo com (alopecia universalis) ou sem (alopecia totalis) perda dos pelos do corpo. Perda difusa de cabelo é uma apresentação rara da alopecia areata.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

Os pacientes geralmente apresentam queixas sobre início agudo de queda de cabelo ou sobre um local calvo recém-identificado. Do contrário, os pacientes geralmente são assintomáticos, mas às vezes sentem uma sensação estranha ou desconforto na área de alopecia ativa ou em desenvolvimento. A anamnese deve incluir o início, a duração e o local da perda de cabelo; história familiar de alopecia; e história familiar ou pessoal de atopia ou outras doenças autoimunes.[14]

### Exame

O exame físico irá revelar placas redondas e calvas de perda de cabelo com óstios foliculares preservados. A pele subjacente pode ser normal na aparência. O teste de tração do cabelo (pull test) pode ser positivo na parte periférica da alopecia areata (AA), indicando um estado ativo da doença.

[Fig-2]

O teste de tração (pull test) é feito segurando um tufo de cabelo agrupado (cerca de 50 fios) com os dedos polegar, indicador e médio, e aplicando uma tração suave ao puxar de maneira firme e lenta os cabelos do couro cabeludo. Em adultos normais, de 2 a 5 fios serão obtidos dessa maneira. Com mais de 5 fios, o teste de tração (pull test) é considerado positivo. Uma característica patognomônica de uma placa de AA é haver fios em pontos de exclamação que podem estar presentes dentro de uma placa de perda de cabelo. Fios em pontos de exclamação são fios quebradiços e curtos que se afinam em direção proximal ao couro cabeludo.

O padrão mais comum da AA são placas de perda de cabelo do tamanho de uma moeda, redondas ou ovais. A perda de cabelo também pode apresentar um padrão de ofíase ou de faixa ao longo da parte inferior do couro cabeludo parieto-occipital. De forma menos comum, todo o couro cabeludo pode estar envolvido (alopecia totalis) ou todo o corpo, incluindo a barba e os pelos corporais (alopecia universalis). Uma apresentação difusa da AA é muito rara. Depressões nas unhas (pitting) são observadas em 10% a 66% dos pacientes com AA.[6]

[Fig-3]

## Exames diagnósticos

Uma biópsia do couro cabeludo pode ser útil em quadros atípicos em que o diagnóstico não é claro. Autoanticorpos da tireoide podem ser positivos em alguns pacientes com AA. O exame dermatoscópico pode ser útil. Os achados característicos incluem a presença de pontos amarelos com ou sem fios curtos em nascimento e a presença de fios distróficos, com pontas quebradas, ou de fios em pontos de exclamação mais clássicos.[15]

## Fatores de risco

### Fracos

#### doença autoimune

- A alopecia areata (AA) tem sido associada a doenças autoimunes, como doença na tireoide, vitiligo, diabetes do tipo 1, anemia perniciosa e atopia.[6]

#### história familiar de doença autoimune

- Uma história familiar de doenças autoimunes é elevada em pacientes com AA.[13]

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

#### queda de cabelos (comum)

- A perda de cabelo em placas é a característica mais comum.
- A perda de pelos faciais e/ou corporais (incluindo sobrancelhas, cílios ou barba) é menos comum.
- A perda difusa de cabelo, a perda completa de cabelo do couro cabeludo (alopecia areata [AA] totalis) ou a perda total dos pelos do corpo (AA universalis) são raras.

#### alopecia não cicatricial (comum)

- Canais ou orifícios foliculares preservados. As alopecias não cicatriciais são consideradas reversíveis.

#### fios em pontos de exclamação (comum)

- Fios que são mais finos ou atenuados na extremidade proximal (próximo à pele) e que podem ser fracos ou quebradiços na extremidade distal.

#### teste positivo de tração do cabelo (pull test) (comum)

- O teste de tração é feito segurando um tufo de cabelo agrupado (cerca de 50 fios) com os dedos polegar, indicador e médio, e aplicando uma tração suave ao puxar de maneira firme e lenta os cabelos do couro cabeludo.
- Em adultos normais, de 2 a 5 fios serão obtidos dessa maneira. Com mais de 5 fios, o teste de tração (pull test) é considerado positivo.

[Fig-2]

### pele subjacente normal em áreas calvas (comum)

- A pele subjacente pode ser normal na aparência.

### depressões nas unhas (incomum)

- Observadas em 10% a 66% dos pacientes com AA.[6]

[Fig-3]

## Outros fatores de diagnóstico

### autoimunidade (comum)

- A AA está associada à história pessoal ou familiar de atopia, doença da tireoide ou outras doenças autoimunes.

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>diagnóstico clínico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geralmente, não é necessário realizar exames.</li> </ul>	<b>características da alopecia areata na história e exame físico</b>

### Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>biópsia de pele</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na maioria dos casos, o diagnóstico da alopecia areata (AA) pode ser feito de forma clínica.</li> <li>• Se o diagnóstico for incerto ou precisar ser confirmado, uma biópsia poderá ser útil. É melhor fazer duas biópsias de 4 mm (1 para corte vertical e 1 para corte horizontal).</li> </ul>	<b>infiltrado inflamatório linfocitário peribulbar folicular predominante; aumento de fios telógenos; aumento da miniaturização uniforme dos folículos; hialinização dos tratos fibrosos na subcútis</b>



Exame	Resultado
dermatoscopia	presença de pontos amarelos com ou sem fios crescendo novamente e presença de fios distróficos com pontas quebradiças ou fios em pontos de exclamação mais clássicos

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Tricotilomania</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes com tricotilomania (compulsão por arrancar os cabelos) podem apresentar outros sinais ou sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo/psiquiátrico. Roer as unhas pode estar associado.[16]</li> <li>São observados padrões estranhos ou geométricos de perda de cabelo ou um padrão de perda de cabelo estilo "coroa de frade", com pontas fracas e quebradiças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A biópsia mostra acúmulos de melanina e tricomalácia.[17]</li> </ul>
<b>Tinha capilar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A tinha capilar ocorre com maior frequência em crianças.</li> <li>O couro cabeludo tipicamente apresenta coceira, inflamação e descamação; em menor frequência, há formação de kerion com áreas úmidas do couro cabeludo.</li> <li>Os linfonodos ficam aumentados e sensíveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A biópsia do couro cabeludo mostra hifas em coloração fúngica.</li> <li>Cultura de fungo é positiva.</li> </ul>
<b>Eflúvio telógeno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A alopecia é difusa.</li> <li>Pode haver história de um estressor causador (febre alta, cirurgia, parto), geralmente pelo menos 3 meses antes do início da queda de cabelo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A biópsia mostra um número elevado de folículos telógenos.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Alopecia sífilítica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A perda de cabelo tem aparência de "comido por traças".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os testes de reagina plasmática rápida (RPR) e de absorção do anticorpo treponêmico fluorescente (FTA-ABS) dão resultado positivo.</li> </ul>
<b>Lúpus eritematoso sistêmico (LES)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A alopecia é difusa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O anticorpo antinuclear (FAN) é positivo.</li> </ul>
<b>Alopecia cicatricial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de óstio folicular com vários níveis de inflamação associada, escamas e eritema dependendo do subtipo de alopecia cicatricial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os achados da biópsia podem mostrar um infiltrado de predominância linfocitária, infiltrado de predominância neutrofílica ou infiltrado inflamatório misto (dependendo do subtipo de alopecia cicatricial), associado à destruição dos folículos pilosos substituídos por cicatrização.</li> </ul>

## Critérios de diagnóstico

### Gravidade da alopecia areata

Leve: alopecia areata (AA) em placas e limitada a de 5% a 25% da área do couro cabeludo.

Moderada: de 25% a 50% da área do couro cabeludo é afetada.

Grave:

- Extensa - mais de 50% da área do couro cabeludo é afetada
- Alopecia totalis - envolve todo o couro cabeludo
- Alopecia universalis - envolve todo o corpo, incluindo a barba e os pelos do corpo.

## Abordagem passo a passo do tratamento

Os tratamentos atuais são imunossuppressores, imunomoduladores ou modificadores da resposta biológica. Os tratamentos estimulam o crescimento dos fios, mas não evitam a perda de cabelo e provavelmente não influenciam a evolução da doença.[3] [18]A alopecia areata (AA) frequentemente apresenta recidivas e remissões. Portanto, os ensaios de terapias são difíceis de interpretar. As terapias são mantidas até que ocorra remissão ou até que um novo crescimento cosmeticamente aceitável ocorra, o que pode levar meses ou anos. A escolha da terapia depende principalmente da idade do paciente, da extensão da perda de cabelo, da extensão do sofrimento psíquico causado e da motivação do paciente. O tratamento provavelmente é mais eficaz em pacientes com doença leve ou de duração mais curta. Os folículos pilosos não são destruídos pela inflamação na AA, portanto, geralmente há potencial para novo crescimento, embora em casos crônicos e de longa duração o potencial de crescimento de novos fios seja diminuído. Outra opção válida para o paciente é decidir não se submeter a nenhum tratamento farmacológico, uma vez que a AA não causa qualquer dano à saúde além do possível sofrimento psicológico e de alguns medicamentos disponíveis terem efeitos colaterais.

### Camuflagem cosmética e apoio ao paciente

Esta é uma parte importante do manejo, não apenas para o paciente que não responde ao tratamento, mas também para o paciente inicial ao começar o tratamento antes que seja possível determinar se irá haver resposta. Se a perda de cabelo for difusa ou incompleta em determinadas áreas, poderá ser usada uma formulação em pó. Entretanto, a maior parte das áreas afetadas geralmente não tem fios terminais e, nesse caso, sprays ou cremes para coloração podem ser experimentados. Em caso de perdas mais extensas, podem ser usadas perucas ou apliques de cabelo. As perucas podem ser sintéticas ou de cabelo natural fabricadas usando uma tela ou colocadas a vácuo em caso de alopecia totalis. Grupos de apoio aos pacientes podem ser muito úteis para fornecer informações a respeito desses serviços. Aconselhamento ou apoio psicológico também é importante, em virtude do impacto significativo que essa doença pode causar em decorrência de drásticas e às vezes rápidas mudanças na aparência, bem como de sua natureza imprevisível.

### Queda de cabelos limitada

Na queda leve de cabelos, aproximadamente 5% a 25% do couro cabeludo é afetado, enquanto na perda moderada aproximadamente 25% a 50% é afetado. Para perda de cabelo de leve à moderada, corticosteroides tópicos são o tratamento de primeira linha para crianças e para adultos que não querem se submeter à corticoterapia intralesional. A atrofia da pele pode ser um efeito adverso temporário. Corticosteroides intralesionais são o tratamento inicial adequado para adultos com doença localizada (áreas limitadas de perda de cabelo em placas) e também podem ser injetados nas sobrancelhas e barba. A administração de corticosteroides intralesionais pode ser dolorosa; o desconforto pode ser minimizado com a aplicação de anestésicos tópicos antes das injeções e com o uso de uma agulha de calibre 30. A atrofia cutânea, a foliculite localizada e a acne podem ser efeitos adversos temporários.[3] [6] O crescimento de novos fios pode ser observado, tipicamente, em 1 a 6 meses com a administração intralesional de corticosteroides. Em geral, a triancinolona acetonida é utilizada até que seja atingida a densidade total ou quando não houver crescimento de novos fios por aproximadamente 6 meses. Altas doses não demonstraram ser mais eficazes e aumentam a possibilidade de efeitos colaterais.

O tratamento tópico com minoxidil tem sido usado na Europa e nos EUA como opção de tratamento de primeira linha em crianças e adultos que não desejem corticoterapia intralesional ou que prefiram

essa opção; no entanto, não está claro se os pacientes atingem um crescimento de novos fios cosmeticamente aceitável.

Alguns médicos receitam corticosteroide oral em uma tentativa de deter a rápida progressão da queda de cabelos que acontece em alguns casos. No entanto, isso pode ser um benefício temporário, pois a continuação desse medicamento pode apresentar efeitos colaterais.

## Queda de cabelos extensa

Pacientes com queda de cabelos extensa ou que não respondem bem às medidas descritas acima devem ser encaminhados a um especialista para tratamento adicional.

Pode-se testar a imunoterapia tópica com 1-cloro-2,4-dinitrobenzeno (DNCB), difenilciclopropenona (DPCP) ou éster dibutílico do ácido esquárico (SADBE). Primeiro, o paciente deve ser sensibilizado ao composto escolhido. Para tanto, deve-se aplicar o composto em uma pequena área de pele no ombro, na coxa ou no couro cabeludo em uma concentração de 2%. Após aguardar um mínimo de 2 semanas para permitir que uma reação alérgica se desenvolva, o paciente pode ser tratado ou testado para determinar qual concentração utilizar. Um método consiste em realizar um teste de contato através da aplicação de concentrações que variem entre 0.1% e 0.000001% sob oclusão por 2 dias. Dessa forma, a concentração mais fraca que causar eritema pode ser prescrita ao paciente para que ele aplique em casa. Alguns médicos preferem apenas escolher uma concentração com a qual iniciar o tratamento e ajustá-la com base na reação. Alguns preferem aplicar o medicamento no consultório semanalmente. Os efeitos colaterais incluem dermatite de contato, linfadenopatia e hiper ou hipopigmentação. O cabelo pode levar de 1 mês a um ano para começar a crescer, porém a média é de 5 a 6 meses.

## Outros tratamentos testados

A antralina é um irritante e, devido aos efeitos adversos de irritação e manchas e à incerteza sobre sua eficácia, não é utilizada com frequência. O psoraleno e o UV-A deixaram de ser utilizados devido à incerteza sobre sua eficácia e ao risco elevado de câncer de pele em longo prazo. Há vários relatórios sobre agentes biológicos utilizados na AA com resultados decepcionantes, incluindo alefacepte, efalizumabe e etanercepte.

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

( resumo )

#### queda de cabelos limitada (tratamento desejado)

1a	corticosteroide tópico
mais	camuflagem cosmética + apoio ao paciente
1a	minoxidil tópico ± corticosteroide tópico

<b>Agudo</b>		<b>( resumo )</b>
	<b>mais</b>	<b>camuflagem cosmética + apoio ao paciente</b>
	<b>1a</b>	<b>corticosteroide intralesional</b>
	<b>adjunto</b>	<b>minoxidil tópico ± corticosteroide tópico</b>
	<b>mais</b>	<b>camuflagem cosmética + apoio ao paciente</b>
	<b>2a</b>	<b>corticosteroide oral</b>
	<b>adjunto</b>	<b>minoxidil tópico ± corticosteroide tópico</b>
	<b>mais</b>	<b>camuflagem cosmética + apoio ao paciente</b>
<b>queda de cabelos limitada (nenhum tratamento desejado)</b>		
	<b>1a</b>	<b>apenas camuflagem cosmética + apoio ao paciente</b>

<b>Em curso</b>		<b>( resumo )</b>
<b>queda de cabelos extensa (tratamento desejado)</b>		
	<b>1a</b>	<b>imunoterapia tópica</b>
	<b>mais</b>	<b>camuflagem cosmética e apoio ao paciente</b>
<b>queda de cabelos extensa (nenhum tratamento desejado)</b>		
	<b>1a</b>	<b>apenas camuflagem cosmética + apoio ao paciente</b>

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

queda de cabelos limitada  
(tratamento desejado)

1a

**corticosteroide tópico**

#### Opções primárias

» **clobetasol tópico:** (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Corticosteroides tópicos são o tratamento inicial para crianças, pois os corticosteroides intralesionais são uma opção de difícil administração nesse grupo. Eles também são utilizados para pacientes que recusam a injeção intralesional. Corticosteroides tópicos apresentam riscos e efeitos adversos mínimos.

» Deve ser escolhido um veículo que seja adequado ao local de administração (por exemplo, solução ou gel são preferíveis no couro cabeludo). Creme também é uma opção apropriada, pois as áreas afetadas frequentemente não têm cabelos ou pelos.

» Corticosteroides tópicos superpotentes (por exemplo, propionato de clobetasol a 0.05%) são usados.

» Alguns médicos recomendam a aplicação sob oclusão, mas esse método oferece maiores riscos de complicações, incluindo atrofia cutânea.

» O tratamento com corticosteroide tópico precisa ser testado por muitos meses, mas com monitoramento próximo para possíveis efeitos adversos.

mais

**camuflagem cosmética + apoio ao paciente**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Esta é uma parte importante do manejo, não apenas para o paciente que não responde ao tratamento, mas também para o paciente inicial ao começar o tratamento antes que seja possível determinar se irá haver resposta. Se a perda de cabelo for difusa ou incompleta em determinadas áreas, poderá ser usada uma

## Agudo

formulação em pó. Entretanto, a maior parte das áreas afetadas geralmente não tem fios terminais e, nesse caso, sprays ou cremes para coloração podem ser experimentados. Em caso de perdas mais extensas, podem ser usadas perucas ou apliques de cabelo. As perucas podem ser sintéticas ou de cabelo natural fabricadas usando uma tela ou colocadas a vácuo em caso de alopecia totalis. Grupos de apoio aos pacientes podem ser muito úteis para fornecer informações a respeito desses serviços. Aconselhamento ou apoio psicológico também é importante, em virtude do impacto significativo que essa doença pode causar em decorrência de drásticas e às vezes rápidas mudanças na aparência, bem como de sua natureza imprevisível.

### 1a minoxidil tópico ± corticosteroide tópico

#### Opções primárias

» **minoxidil tópico:** (solução a 2% ou 5%) aplicar 1 mL na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia; (espuma a 5%) aplicar meia tampa na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

#### Opções secundárias

» **minoxidil tópico:** (solução a 2% ou 5%) aplicar 1 mL na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia; (espuma a 5%) aplicar meia tampa na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **clobetasol tópico:** (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» O minoxidil tópico tem sido usado na Europa e nos EUA como opção de tratamento de primeira linha em crianças e adultos que não desejem corticoterapia intralesional ou que prefiram essa opção; no entanto, não está claro se os pacientes atingem um crescimento de novos fios cosmeticamente aceitável.

» A solução de minoxidil tópico a 5% mostrou promover o crescimento de novos fios em pacientes com AA, apesar de o mecanismo de ação ser incerto.<sup>[19]</sup> A solução a 2% também pode ser usada. A utilização em adultos e crianças é segura, sendo a irritação na pele o efeito adverso mais comum desta solução.

» A prescrição de um corticosteroide tópico juntamente com minoxidil é útil para evitar qualquer irritação no couro cabeludo; outra

## Agudo

alternativa é usar a espuma, que não contém veículo irritante.

» Uma vez que todo o cabelo tenha crescido novamente, o uso de minoxidil pode ser suspenso (exceto para o afinamento hereditário).

**mais**

### **camuflagem cosmética + apoio ao paciente**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Esta é uma parte importante do manejo, não apenas para o paciente que não responde ao tratamento, mas também para o paciente inicial ao começar o tratamento antes que seja possível determinar se irá haver resposta. Se a perda de cabelo for difusa ou incompleta em determinadas áreas, poderá ser usada uma formulação em pó. Entretanto, a maior parte das áreas afetadas geralmente não tem fios terminais e, nesse caso, sprays ou cremes para coloração podem ser experimentados. Em caso de perdas mais extensas, podem ser usadas perucas ou apliques de cabelo. As perucas podem ser sintéticas ou de cabelo natural fabricadas usando uma tela ou colocadas a vácuo em caso de alopecia totalis. Grupos de apoio aos pacientes podem ser muito úteis para fornecer informações a respeito desses serviços. Aconselhamento ou apoio psicológico também é importante, em virtude do impacto significativo que essa doença pode causar em decorrência de drásticas e às vezes rápidas mudanças na aparência, bem como de sua natureza imprevisível.

**1a**

### **corticosteroide intralesional**

#### **Opções primárias**

» **triancinolona acetonida**: 2.5 a 5 mg por injeção intralesional nas sobrancelhas, na barba ou no couro cabeludo a cada 4-6 semanas até novo crescimento completo

» Corticosteroides intralesionais são o tratamento inicial adequado para adultos com doença localizada (áreas limitadas de queda de cabelo em placas).

» Em geral, a triancinolona acetonida é utilizada até que seja atingida a densidade total ou quando não houver crescimento de novos fios por aproximadamente 6 meses. Altas doses não demonstraram ser mais eficazes e aumentam a possibilidade de efeitos colaterais.



## Agudo

» A administração de corticosteroides intralesionais pode ser dolorosa; o desconforto pode ser minimizado com a aplicação de anestésicos tópicos antes das injeções e com o uso de uma agulha de calibre 30.

» A atrofia cutânea, a foliculite localizada e a acne podem ser efeitos adversos temporários.[3][6]

» Qualquer área com perda de cabelo pode ser injetada, incluindo-se sobrancelhas e barba. Doses menores geralmente são usadas para a área da sobrancelha, da parte frontal do couro cabeludo e da barba, pois há um risco elevado de atrofia nessas áreas.

» Isso deve ser feito por um dermatologista.

### adjunto minoxidil tópico ± corticosteroide tópico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **minoxidil tópico**: (solução a 2% ou 5%) aplicar 1 mL na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia; (espuma a 5%) aplicar meia tampa na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

#### Opções secundárias

» **minoxidil tópico**: (solução a 2% ou 5%) aplicar 1 mL na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia; (espuma a 5%) aplicar meia tampa na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **clobetasol tópico**: (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» O minoxidil tópico tem sido usado na Europa e nos EUA; no entanto, não está claro se pacientes atingem um novo crescimento cosmeticamente aceitável.

» A solução de minoxidil tópico a 5% mostrou promover o crescimento de novos fios em pacientes com AA, apesar de o mecanismo de ação ser incerto.[19] A solução a 2% também pode ser usada. A utilização em adultos e crianças é segura, sendo a irritação na pele o efeito adverso mais comum desta solução.

» A prescrição de um corticosteroide tópico juntamente com minoxidil é útil para evitar qualquer irritação no couro cabeludo; outra

## Agudo

alternativa é usar a espuma, que não contém veículo irritante.

» Uma vez que todo o cabelo tenha crescido novamente, o uso de minoxidil pode ser suspenso (exceto para o afinamento hereditário).

**mais**

### **camuflagem cosmética + apoio ao paciente**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Esta é uma parte importante do manejo, não apenas para o paciente que não responde ao tratamento, mas também para o paciente inicial ao começar o tratamento antes que seja possível determinar se irá haver resposta. Se a perda de cabelo for difusa ou incompleta em determinadas áreas, poderá ser usada uma formulação em pó. Entretanto, a maior parte das áreas afetadas geralmente não tem fios terminais e, nesse caso, sprays ou cremes para coloração podem ser experimentados. Em caso de perdas mais extensas, podem ser usadas perucas ou apliques de cabelo. As perucas podem ser sintéticas ou de cabelo natural fabricadas usando uma tela ou colocadas a vácuo em caso de alopecia totalis. Grupos de apoio aos pacientes podem ser muito úteis para fornecer informações a respeito desses serviços. Aconselhamento ou apoio psicológico também é importante, em virtude do impacto significativo que essa doença pode causar em decorrência de drásticas e às vezes rápidas mudanças na aparência, bem como de sua natureza imprevisível.

**2a**

### **corticosteroide oral**

#### **Opções primárias**

» **prednisolona:** 1 mg/kg/dia por via oral por duas semanas, em seguida reduzir a dose gradualmente durante as quatro semanas seguintes perfazendo seis semanas de tratamento no total

» Corticosteroides orais são usados em quadros agudos quando a doença está ativa e se faz a tentativa de interromper a atividade. Corticosteroides orais podem ser utilizados para interromper o ataque inflamatório até mesmo em pacientes com perda extensa de cabelo, mas são usados com moderação, devido a potenciais efeitos adversos.<sup>[20]</sup> Os pacientes devem ser encaminhados a um especialista se o tratamento com corticosteroides orais for necessário. Devido a potenciais efeitos

## Agudo

adversos, o tratamento em longo prazo com corticosteroides orais não é uma opção. Os efeitos adversos em curto prazo incluem alteração no apetite, no humor e nos padrões de sono; gastrite; hipertensão e glicose sanguínea elevada em pacientes com diabetes.

### adjunto minoxidil tópico ± corticosteroide tópico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **minoxidil tópico**: (solução a 2% ou 5%) aplicar 1 mL na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia; (espuma a 5%) aplicar meia tampa na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

#### Opções secundárias

» **minoxidil tópico**: (solução a 2% ou 5%) aplicar 1 mL na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia; (espuma a 5%) aplicar meia tampa na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

-e-

» **clobetasol tópico**: (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» O minoxidil tópico tem sido usado na Europa e nos EUA; no entanto, não está claro se pacientes atingem um novo crescimento cosmeticamente aceitável.

» A solução de minoxidil tópico a 5% mostrou promover o crescimento de novos fios em pacientes com AA, apesar de o mecanismo de ação ser incerto.[19] A solução a 2% também pode ser usada. A utilização em adultos e crianças é segura, sendo a irritação na pele o efeito adverso mais comum desta solução.

» Uma vez que todo o cabelo tenha crescido novamente, o uso de minoxidil pode ser suspenso (exceto para o afinamento hereditário).

### mais camuflagem cosmética + apoio ao paciente

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Esta é uma parte importante do manejo, não apenas para o paciente que não responde ao tratamento, mas também para o paciente inicial ao começar o tratamento antes que seja possível determinar se irá haver resposta. Se

## Agudo

a perda de cabelo for difusa ou incompleta em determinadas áreas, poderá ser usada uma formulação em pó. Entretanto, a maior parte das áreas afetadas geralmente não tem fios terminais e, nesse caso, sprays ou cremes para coloração podem ser experimentados. Em caso de perdas mais extensas, podem ser usadas perucas ou apliques de cabelo. As perucas podem ser sintéticas ou de cabelo natural fabricadas usando uma tela ou colocadas a vácuo em caso de alopecia totalis. Grupos de apoio aos pacientes podem ser muito úteis para fornecer informações a respeito desses serviços. Aconselhamento ou apoio psicológico também é importante, em virtude do impacto significativo que essa doença pode causar em decorrência de drásticas e às vezes rápidas mudanças na aparência, bem como de sua natureza imprevisível.

### queda de cabelos limitada (nenhum tratamento desejado)

1a

#### apenas camuflagem cosmética + apoio ao paciente

» Outra opção válida para o paciente é decidir não se submeter a nenhum tratamento farmacológico, uma vez que a AA não causa qualquer dano à saúde além do possível sofrimento psicológico e de alguns medicamentos disponíveis terem efeitos colaterais.

» A camuflagem cosmética e o apoio ao paciente são uma parte importante do manejo, não apenas para o paciente que não responde ao tratamento, mas também para o paciente inicial ao começar o tratamento antes que seja possível determinar se irá haver resposta. Se a perda de cabelo for difusa ou incompleta em determinadas áreas, poderá ser usada uma formulação em pó. Entretanto, a maior parte das áreas afetadas geralmente não tem fios terminais e, nesse caso, sprays ou cremes para coloração podem ser experimentados. Em caso de perdas mais extensas, podem ser usadas perucas ou apliques de cabelo. As perucas podem ser sintéticas ou de cabelo natural fabricadas usando uma tela ou colocadas a vácuo em caso de alopecia totalis. Grupos de apoio aos pacientes podem ser muito úteis para fornecer informações a respeito desses serviços. Aconselhamento ou apoio psicológico também é importante, em virtude do impacto significativo que essa doença pode causar em decorrência de drásticas e às vezes rápidas

**Agudo**

mudanças na aparência, bem como de sua natureza imprevisível.

**Em curso**

**queda de cabelos extensa  
(tratamento desejado)**

**1a****imunoterapia tópica**

» Pacientes com queda de cabelos extensa ou que não respondem bem às medidas descritas acima devem ser encaminhados a um especialista para tratamento adicional.

» Pode-se testar a imunoterapia tópica com 1-cloro-2,4-dinitrobenzeno (DNCB), difenilciclopropenona (DPCP) ou éster dibutílico do ácido esquárico (SADBE).

» Primeiro, o paciente deve ser sensibilizado ao composto escolhido. Para tanto, deve-se aplicar o composto em uma pequena área de pele no ombro, na coxa ou no couro cabeludo em uma concentração de 2%. Após aguardar um mínimo de 2 semanas para permitir que uma reação alérgica se desenvolva, o paciente pode ser tratado ou testado para determinar qual concentração utilizar. Um método consiste em realizar um teste de contato através da aplicação de concentrações que variem entre 0.1% e 0.000001% sob oclusão por 2 dias. Dessa forma, a concentração mais fraca que causar eritema pode ser prescrita ao paciente para que ele aplique em casa.

» Alguns médicos preferem apenas escolher uma concentração com a qual iniciar o tratamento e ajustá-la com base na reação. Alguns preferem aplicar o medicamento no consultório semanalmente.

» Os efeitos colaterais incluem dermatite de contato, linfadenopatia e hiper ou hipopigmentação. O cabelo pode levar de 1 mês a um ano para começar a crescer, porém a média é de 5 a 6 meses.

» Essas terapias podem precisar ser manipuladas por um farmacêutico.

**mais****camuflagem cosmética e apoio ao paciente**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Esta é uma parte importante do manejo, não apenas para o paciente que não responde ao tratamento, mas também para o paciente

## Em curso

inicial ao começar o tratamento antes que seja possível determinar se irá haver resposta. Se a perda de cabelo for difusa ou incompleta em determinadas áreas, poderá ser usada uma formulação em pó. Entretanto, a maior parte das áreas afetadas geralmente não tem fios terminais e, nesse caso, sprays ou cremes para coloração podem ser experimentados. Em caso de perdas mais extensas, podem ser usadas perucas ou apliques de cabelo. As perucas podem ser sintéticas ou de cabelo natural fabricadas usando uma tela ou colocadas a vácuo em caso de alopecia totalis. Grupos de apoio aos pacientes podem ser muito úteis para fornecer informações a respeito desses serviços. Aconselhamento ou apoio psicológico também é importante, em virtude do impacto significativo que essa doença pode causar em decorrência de drásticas e às vezes rápidas mudanças na aparência, bem como de sua natureza imprevisível.

## queda de cabelos extensa (nenhum tratamento desejado)

1a

**apenas camuflagem cosmética + apoio ao paciente**

» Outra opção válida para o paciente é decidir não se submeter a nenhum tratamento farmacológico, uma vez que a AA não causa qualquer dano à saúde além do possível sofrimento psicológico e de alguns medicamentos disponíveis terem efeitos colaterais.

» A camuflagem cosmética e o apoio ao paciente são uma parte importante do manejo, não apenas para o paciente que não responde ao tratamento, mas também para o paciente inicial ao começar o tratamento antes que seja possível determinar se irá haver resposta. Se a perda de cabelo for difusa ou incompleta em determinadas áreas, poderá ser usada uma formulação em pó. Entretanto, a maior parte das áreas afetadas geralmente não tem fios terminais e, nesse caso, sprays ou cremes para coloração podem ser experimentados. Em caso de perdas mais extensas, podem ser usadas perucas ou apliques de cabelo. As perucas podem ser sintéticas ou de cabelo natural fabricadas usando uma tela ou colocadas a vácuo em caso de alopecia totalis. Grupos de apoio aos pacientes podem ser muito úteis para fornecer informações a respeito desses serviços. Aconselhamento ou apoio psicológico também é importante, em virtude do impacto significativo que essa doença pode causar em

**Em curso**

decorrência de drásticas e às vezes rápidas mudanças na aparência, bem como de sua natureza imprevisível.

## Recomendações

### Monitoramento

O monitoramento envolve reavaliar o percentual do couro cabeludo com perda de cabelo, comparando se a área afetada é maior ou menor em relação à última visita. Além disso, o teste de tração (pull test) deve ser realizado. Um teste de tração (pull test) positivo sugere atividade contínua. O paciente deve ser examinado em relação a qualquer sinal de crescimento de novos fios, incluindo o uso do dermatoscópio. O paciente deve ser acompanhado inicialmente após 6 semanas do início da terapia, depois disso, os intervalos de acompanhamento dependem da tentativa terapêutica específica e da resposta ao tratamento.

### Instruções ao paciente

Uma clara explicação aos pacientes sobre a natureza e a evolução da alopecia areata é importante, assim como uma explicação sobre os tratamentos disponíveis. Eles devem ser alertados de que apesar do sucesso inicial do tratamento ainda pode haver recidiva da doença. Os pacientes lidarão de formas diferentes com a perda de cabelo. Alguns podem se beneficiar de grupos de apoio ao paciente, [\[National Alopecia Areata Foundation\]](#) e o contato com outras pessoas com a doença pode ajudar. Se os pacientes apresentarem perda extensiva de cabelos, podem ser úteis informações sobre perucas, uma vez que isso pode ser uma solução muito efetiva.

Os pacientes devem ser acompanhados pelo médico inicialmente após 6 semanas e depois dependendo da resposta ao tratamento e da tentativa terapêutica.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>irritação da pele e hipertricose induzidas por minoxidil tópico</b>	<b>curto prazo</b>	<b>alta</b>
Podem ser efeitos adversos precoces no tratamento; irritação ocorre frequentemente. A prescrição de um corticosteroide tópico juntamente com minoxidil é útil para evitar qualquer irritação no couro cabeludo; outra alternativa é usar a espuma, que não contém veículo irritante.		
<b>efeitos adversos induzidos por corticosteroide intralesional</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
Incluem atrofia cutânea, eritema ou vasos telangiectásicos, foliculite localizada ou acne e são observados dentro de algumas semanas de tratamento. Os efeitos adversos são mais prováveis com corticosteroides intralesionais, especialmente atrofia ou recuo. Isso é observado com maior frequência no couro cabeludo frontal ou temporal e quando injetado na face. É necessário o monitoramento adequado dos efeitos adversos durante o tratamento.		



Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>efeitos adversos induzidos por corticosteroide oral</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
Os efeitos adversos são agudos e incluem alteração no apetite, no humor e nos padrões de sono; gastrite; hipertensão e glicose elevada em pacientes com diabetes. Não deve haver efeitos adversos por longo período devido à curta duração do tratamento.		
<b>sensibilização induzida por imunoterapia tópica</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
Forte reação alérgica que leva à inflamação significativa, edema, erosões e linfadenopatia cervical e occipital com linfonodos aumentados.		
<b>efeitos adversos induzidos por corticosteroide tópico</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
Incluem atrofia cutânea, eritema ou vasos telangiectásicos, foliculite localizada ou acne e são observados dentro de algumas semanas de tratamento. É necessário o monitoramento adequado dos efeitos adversos durante o tratamento.		
<b>sofrimento psíquico</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>
Os pacientes podem apresentar sofrimento psíquico que pode afetar as atividades cotidianas, como o emprego e a socialização.[21] Suporte e encaminhamento adequados devem ser fornecidos.		
<b>despigmentação induzida por imunoterapia tópica</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>
Há um risco de despigmentação, especialmente naqueles com pele de fototipo III ou mais escura. A despigmentação não ocorre agudamente, mas é observada após semanas ou meses de tratamento.		

## Prognóstico

A história natural da alopecia areata (AA) é de uma doença com episódios imprevisíveis recidivantes e remitentes. Dentro de 2 anos, 90% dos pacientes com envolvimento parcial do couro cabeludo terão crescimento de novos fios espontaneamente. Esses pacientes com envolvimento parcial do couro cabeludo também são os que têm maior probabilidade de responder a qualquer forma de tratamento. A presença de alopecia totalis/universalis por >2 anos, anormalidades graves nas unhas, atopia e início durante a infância (<5 anos) são fatores supostamente associados a uma resposta desfavorável ao tratamento. Além disso, uma longa duração e início precoce da doença são indicadores de prognóstico desfavorável.

## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### EEMCO guidance for the assessment of hair shedding and alopecia

**Publicado por:** European Expert Group on Efficacy Measurement of Cosmetic and other Topical Products

**Última publicação em:** 2004

### América do Norte

#### Alopecia areata investigational assessment guidelines: part II

**Publicado por:** National Alopecia Areata Foundation

**Última publicação em:** 2004

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### British Association of Dermatologists' guidelines for the management of alopecia areata 2012

**Publicado por:** British Association of Dermatologists

**Última publicação em:** 2012

## Recursos online

---

1. [National Alopecia Areata Foundation](#) (*external link*)
-

## Artigos principais

- Price VH. Treatment of hair loss. *N Engl J Med*. 1999;341:964-973.
- Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:549-566.
- Hordinsky MK. Medical treatment of noncicatricial alopecia. *Semin Cutan Med Surg*. 2006;25:51-55.
- Norris D. Alopecia areata: current state of knowledge. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:S16-S17.

## Referências

1. Safavi KH, Muller SA, Suman VJ, et al. Incidence of alopecia areata in Olmsted County, Minnesota, 1975 through 1989. *Mayo Clin Proc*. 1995;70:628-633.
2. Olsen EA, Hordinsky MK, Price VH, et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines: part II. National Alopecia Areata Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:440-447.
3. Price VH. Treatment of hair loss. *N Engl J Med*. 1999;341:964-973.
4. Kyriakis KP, Paltatzidou K, Kosma E, et al. Alopecia areata prevalence by gender and age. *Eur Acad Dermatol Venereol*. in press.
5. Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:549-566.
6. Hordinsky MK. Medical treatment of noncicatricial alopecia. *Semin Cutan Med Surg*. 2006;25:51-55.
7. Norris D. Alopecia areata: current state of knowledge. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:S16-S17.
8. Green J, Sinclair RD. Genetics of alopecia areata. *Australas J Dermatol*. 2000;41:213-218.
9. Gilhar A, Ullmann Y, Berkutzki T, et al. Autoimmune hair loss (alopecia areata) transferred by T lymphocytes to human scalp explants on SCID mice. *J Clin Invest*. 1998;101:62-67.
10. Colombe BW, Price VH, Khoury EL, et al. HLA class II antigen associations help to define two types of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 1995;33:757-764.
11. Martinez-Mir A, Zlotogorski A, Gordon D, et al. Genomewide scan for linkage reveals evidence of several susceptibility loci for alopecia areata. *Am J Hum Genet*. 2007;80:316-328.
12. McDonagh AJG, Tazi-Ahnini R. Epidemiology and genetics of alopecia areata. *Clin Exp Dermatol*. 2002;27:405-409.
13. Goh C, Finkel M, Christos PJ, et al. Profile of 513 patients with alopecia areata: associations of disease subtypes with atopy, autoimmune disease and positive family history. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:1055-1060.

14. Han A, Mirmirani P. Clinical approach to the patient with alopecia. *Semin Cutan Med Surg.* 2006;25:11-23.
15. Tosti A, Torres F. Dermoscopy in the diagnosis of hair and scalp disorders. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100(suppl 1):114-119.
16. Stein DJ, Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol.* 1992;26:237-242.
17. Eudy G, Solomon AR. The histopathology of noncicatricial alopecia. *Semin Cutan Med Surg.* 2006;25:35-40.
18. Delamere F, Sladden M, Dobbins H, et al. Interventions for alopecia areata. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):CD004413. [Texto completo](#)
19. Khoury EL, Price VH, Abdel-Salam MM, et al. Topical minoxidil in alopecia areata: no effect on the perifollicular lymphoid infiltration. *J Invest Dermatol.* 1992;99:40-47.
20. Sharma VK. Pulsed administration of corticosteroids in the treatment of alopecia areata. *Int J Dermatol.* 1996;35:133-136.
21. Hull SP MacDonald, Wood ML, Hutchinson PE, et al. Guidelines for the management of alopecia areata. *Br J Dermatol.* 2003;149:692-699.

## Imagens



*Figura 1: Alopecia areata*

*Concedido por Paradi Mirmirani, MD*



*Figura 2: Teste de tração do cabelo*

*Concedido por Paradi Mirmirani, MD*



*Figura 3: Depressões nas unhas na alopecia areata*

*Concedido por Paradi Mirmirani, MD*



## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	Numerais de 5 dígitos
	Numerais de 4 dígitos
	Numerais < 1

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web atualizada pela última vez em: Nov 10, 2017.

As monografias do BMJ Best Practice são atualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Richard A. Strick, MD**

---

Professor of Dermatology/Medicine (Retired)

David Geffen School of Medicine, UCLA, Los Angeles, CA

DIVULGAÇÕES: RAS is currently an honorary member of the National Alopecia Areata Foundation (NAAF) clinical scientific advisory board.

### // Reconhecimentos:

Dr Richard A. Strick would like to gratefully acknowledge Dr Jack Green and Dr Paradi Mirmirani, previous contributors to this monograph. JG is an author of a reference cited in this monograph. PM declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

#### **Maria Hordinsky, MD**

---

Professor and Chair

Department of Dermatology, University of Minnesota, Minneapolis, MN

DIVULGAÇÕES: MH declares that she has no competing interests.

#### **Ralph M. Trueb, MD**

---

Associate Professor

Department of Dermatology, University Hospital of Zurich, Zurich, Switzerland

DIVULGAÇÕES: RMT is an author of a number of references cited in this monograph.