

PROTOCOLO DE ALOPECIA AREATA (AA)

1- Introdução:

Alopecia areata (AA) constitui uma enfermidade crônica de natureza autoimune, frequentemente associada à predisposição genética, cuja evolução é imprevisível. Caracteriza-se pela perda de pelos de padrão não cicatricial, podendo acometer o couro cabeludo, sobrancelhas, cílios, barba e demais regiões pilosas do corpo.

No Brasil, através do inquérito realizado pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), a AA foi responsável por 1,2% de todos os atendimentos.

Pode surgir em qualquer idade, mas é mais comum em crianças e adolescentes e antes dos 30 anos. Afeta ambos os sexos e todas as etnias de forma semelhante e 20% possuem histórico familiar.

Os possíveis gatilhos podem ser os vírus, bactérias, estresse, dieta, vacinas e hormônios. Estima-se que cerca de 2% da população mundial será afetada por AA ao longo da vida. Fatores como início precoce, curso prolongado, acometimento ungueal, presença de atopia, associação com outras doenças autoimunes e histórico familiar positivo estão relacionados a um prognóstico desfavorável. Os episódios podem manifestar-se de forma isolada ou recorrente; enquanto as formas leves frequentemente não requerem tratamento contínuo, nas apresentações graves, a interrupção terapêutica tende a resultar em recidiva.

2- Manifestações Clínicas e Dermatoscopia:

A alopecia areata é caracterizada por queda súbita de cabelos ou pelos. Pode afetar o couro cabeludo, barba, sobrancelhas, cílios e outras regiões pilosas do corpo.

Principais sinais e sintomas:

- Placas arredondadas bem delimitadas de queda de cabelo com áreas circulares ou ovais, lisas e sem pelos, geralmente no couro cabeludo, barba, sobrancelhas ou cílios. A pele nessas regiões costuma ter aspecto liso e brilhante, sem inflamação ou cicatrizes;
- Fios em forma de “ponto de exclamação” nas bordas das lesões (afinados na base e mais grossos na ponta);
- Coceira ou sensação de queimação antes da queda dos fios, em alguns casos;
- Cabelos quebradiços ou curtos nas áreas afetadas;
- Quando os fios voltam a crescer, podem surgir inicialmente brancos ou grisalhos, recuperando a cor natural com o tempo;
- Unhas podem apresentar pequenas depressões ("cavinhas"), fissuras, manchas vermelhas ou queda;

- Impacto emocional significativo, mesmo em casos leves, afetando autoestima e qualidade de vida.

Dermatoscopia:

- Pelos em ponto de exclamação
- Pontos amarelos
- Pontos negros
- Pelos cadavéricos ou “fuzzy”
- Pelos tipo vellus
- Fios finos e curtos
- Pelos quebrados
- Ausência de inflamação visível

3- Formas clínicas:

FORMAS	DESCRIÇÃO
AA em placas	Áreas circunscritas de alopecia, ovais ou arredondadas; únicas ou múltiplas
AA total	Alopecia comprometendo todo o couro cabeludo
AA universal	Alopecia comprometendo todo o corpo
AA ofiásica	Alopecia em faixa nas regiões laterais e occipital do couro cabeludo
AA ofiásica invertida (tipo sisalfo)	Alopecia na área frontoparietal, poupando as regiões laterais e occipital
AA difusa	Diminuição global da densidade, sem placas
AA difusa aguda e total	Perda difusa, progressiva e rápida dos cabelos, geralmente evoluindo para AA total dentro de 3 meses

Fonte - Müller Ramos P, Anzai A, Duque-Estrada B, Melo DF, Sternberg F, Santos LD, et al. II Consensus of the Brazilian Society of Dermatology for the treatment of alopecia areata. An Bras Dermatol. 2025;100:328---41

4- Diagnóstico:

O paciente com suspeita diagnóstica de AA é encaminhado pelo médico da Atenção Básica para consulta com o dermatologista na Atenção Especializada Ambulatorial para confirmação diagnóstica.

O diagnóstico da AA é feito principalmente por avaliação clínica dermatológica e dermatoscopia.

A biópsia com exame anatomopatológico é indicada para os casos duvidosos.

Exames laboratoriais podem ser solicitados de acordo com a suspeita clínica.

5- Avaliação da Gravidade:

A gravidade da AA é avaliada pelo escore SALT (Severity of Alopecia Areata Tool). Divide-se o couro cabeludo em quatro regiões e é medida a porcentagem afetada. O avaliador estima a área de alopecia em cada região e soma os valores para obter o escore final (fig 1)

- Superior: 40%
- Laterais: 18% cada
- Posterior: 24%

SALT 0: sem perda capilar

SALT 100: perda total dos cabelos do couro cabeludo

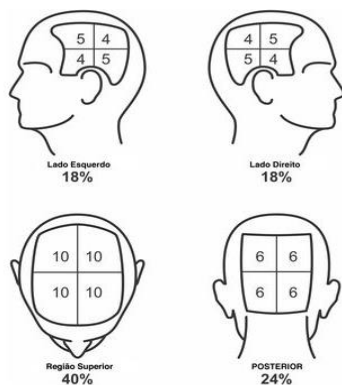


Figura 1.

Escore SALT para determinação de área de perda capilar secundária à alopecia areata. Na imagem, observa-se o percentual de cada região e a subdivisão destes em quadrantes. O avaliador deve estimar a área de alopecia em cada uma das regiões e somá-las. Áreas de alopecia incluem aquelas com ausência de fios ou com finos velos, e as áreas repiladas obrigatoriamente com fios terminais. O escore SALT resultará da soma desses valores. Por exemplo, paciente com alopecia que compromete metade da região superior e um quarto da região posterior terá um escore SALT de $20 + 6 = 26$.

Fonte - Müller Ramos P, Anzai A, Duque-Estrada B, Melo DF, Sternberg F, Santos LD, et al. II Consensus of the Brazilian Society of Dermatology for the treatment of alopecia areata. An Bras Dermatol. 2025;100:328---41

Escala de gravidade da AA:

GRAVIDADE	EXTENSÃO DA ÁREA DE ALOPECIA
Areata leve	20% ou menos do couro cabeludo
Areata moderada	21% a 49% do couro cabeludo
Areata grave	50% a 100% do couro cabeludo
Nos casos de AA leve ou moderada, aumente a classificação de gravidade da AA em um nível se um ou mais dos seguintes estiverem presentes: - Impacto negativo no psicossocial resultante da AA - Envolvimento perceptível de sobrancelhas ou cílios - Resposta inadequada após pelo menos seis meses de tratamento - Teste de tração positivo multifocal	
Fonte – AA, alopecia aerata. Adaptado de KingBA et al.20222	

6- Tratamento:

O tratamento será de acordo com a gravidade (leve, moderada, grave), localização, tempo de evolução, idade, comorbidades e impacto emocional, social e na qualidade de vida.

Medicamentos disponíveis REMUNE.

6.1- Corticoterapia tópica:

- Corticóide de média ou alta potência em creme.
- Indicação: AA leve e moderada e pacientes que recusam infiltração;
- Efeitos adversos: foliculite, atrofia, estrias, acne, telangiectasias

6.2- Corticoterapia intralesional:

- Indicação: AA leve a moderada (placas <3cm e <25% do couro cabeludo).
Aplicações a cada 4–6 semanas
- Triancinolona 40mg/ml suspensão injetável 1ml:
 - 2,5–10mg/mL (couro cabeludo)
 - 2,5–5mg/mL (face e corpo).
 - Resposta geralmente após 3 sessões.
- Efeitos adversos: dor, atrofia cutânea, discromia, cefaleia, absorção sistêmica.

6.3- Corticoterapia sistêmica:

- Indicação: AA moderada a grave, por curto períodos.
- Prednisona 20mg comprimido: 0,5 a 1mg/kg.
- Prednisolona, fosfato sódico 4,02mg/mL (equivalente a 3mg/mL de prednisolona) solução oral.

7- Tratamento das comorbidades associadas.

8- Apoio psicológico:

A alopecia areata tem forte impacto emocional e social. A perda de cabelo afeta a autoimagem, relações interpessoais, desempenho escolar e profissional, mesmo em casos leves. Quando indicado o paciente será encaminhado para consulta com a equipe de saúde mental.

9- Referências:

- Müller Ramos P, Anzai A, Duque-Estrada B, Melo DF, Sternberg F, Santos LD, et al. II Consensus of the Brazilian Society of Dermatology for the treatment of alopecia areata. *An Bras Dermatol*. 2025;100:328-41.
- Rivitti EA Alopecia areata: revisão e atualização.
- Silva AP, Sanchez APG, Pereira JM. A importância do exame tricológico no diagnóstico da alopecia areata. *An Bras Dermatol*. 2011;86(5):1027–30.
- Cranwell WC, Lai VWY, Photiou L, Meah N, Wall D, Rathnayake D, et al. Treatment of alopecia areata: An Australian expert consensus statement. *Australas J Dermatol*. 2019;60(2):163–70.
- T. Ikeda. A new classification of alopecia areata. *Dermatologica.*, 131 (1965), pp. 421-445
- F. Mulinari-Brenner. Psychosomatic aspects of alopecia areata. *Clin Dermatol.*, 36 (2018), pp. 709-713