

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LETÍCIA DALLA COSTA KUSANO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ALOPECIA FIBROSANTE
FRONTAL**

CURITIBA

2015

LETÍCIA DALLA COSTA KUSANO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ALOPECIA FIBROSANTE
FRONTAL**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Pós Graduada em Dermatologia, no curso de Especialização em Dermatologia, Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fabiane Andrade Mulinari Brenner.

CURITIBA

2015

TERMO DE APROVAÇÃO

LETÍCIA DALLA COSTA KUSANO

‘PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ALOPECIA FIBROSANTE FRONTAL’

Prof^a. Dr^a. Fabiane Andrade Mulinari Brenner
Orientadora desta monografia
Professora da disciplina de dermatologia, UFPR.

Prof. Dr. Jesus Rodriguez Santamaria Professor da disciplina de dermatologia,
UFPR.
Coordenador do programa de residência em dermatologia, UFPR.

Prof^a. Dr^a. Maira Mitsue Mukai
Professora da disciplina de dermatologia, UFPR.

Curitiba, 26 de fevereiro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha existência e por tornar toda essa trajetória possível.

À minha orientadora, Dra Fabiane Mulinari Brenner, por todo o aprendizado, dedicação e incentivo.

Aos professores e voluntários, pelo apoio na formação ao longo desses 2 anos.

Às minhas colegas de residência, pela amizade e companherismo nessa caminhada.

Às funcionárias do SAM-4, por toda a dedicação, paciência e carinho.

Aos meus familiares, especialmente aos meus pais e ao Carlos Henrique, por todo o amor, incentivo nas horas difíceis e apoio incondicional.

RESUMO

FUNDAMENTOS: A alopecia frontal fibrosante (AFF) é classificada como uma alopecia cicatricial; apresenta-se clinicamente com recessão progressiva da linha de implantação frontotemporal e redução das sobrancelhas, acometendo principalmente mulheres na pós-menopausa.

OBJETIVO: Revisão dos casos de alopecia fibrosante frontal a fim de definir aspectos epidemiológicos, comorbidades, associação com fatores extrínsecos, apresentação clínica, achados diagnósticos, opções terapêuticas e padrões de evolução da doença.

MÉTODOS: estudo retrospectivo, observacional, que utilizou dados de trinta e oito pacientes com o diagnóstico clínico de alopecia frontal fibrosante confirmada pelo exame histopatológico.

RESULTADOS: 38 pacientes, todas do sexo feminino, com idade média de 61,1 anos, 73,6% pós-menopausa. O acometimento das sobrancelhas estava presente em 34 (89,47%) pacientes, 73,68% referiram redução dos pelos no corpo. Apenas 2 pacientes apresentavam líquen plano ungueal, uma paciente com líquen plano pigmentoso e uma paciente com pápulas em frente. 28% das pacientes apresentaram hipotireoidismo. Foi feita a medida da distância glabella-linha frontal, cuja média foi de 8,03 cm.

CONCLUSÕES: Foi possível confirmar o predomínio em mulheres pós-menopausa da doença. Notamos a elevada frequência de acometimento em sobrancelhas e outros pelos do corpo, no entanto a frequência de líquen plano cutâneo associado foi rara. A associação com hipotireoidismo parece ser importante. A medida frontal pode ser útil para o seguimento e para o diagnóstico precoce da AFF.

PALAVRAS CHAVE: Alopecia fibrosante frontal. Líquen plano pilar. Alopecia cicatricial.

ABSTRACT

BACKGROUND: Frontal fibrosing alopecia (FFA) is a scarring alopecia; is clinically with progressive recession of the frontotemporal hairline and eyebrow loss, affects mainly postmenopausal women.

OBJECTIVE: Review of cases of frontal fibrosing alopecia in order to define epidemiological, comorbidities, extrinsic factors , clinical features, diagnostic findings, treatment options and patterns of evolution of the disease.

METHODS: A retrospective observational study using data collected from thirty eight patients with the clinical diagnosis of frontal fibrosing alopecia, most of which was confirmed by histopathological examination.

RESULTS: 38 patients, female, mean age 61.1 years, 73.6 % were postmenopausal. The involvement of the eyebrows was present in 34 (89.47%) patients, 73.68 % reported body hair involvement. Only 2 patients had nail lichen planus, a patient with lichen pigmentosum planus and a patient with papules on the forehead. 28% of patients had hypothyroidism. The measurement of the front - line glabella distance was made, with an average of 8.03 cm.

CONCLUSIONS: It was possible to confirm the predominance in postmenopausal women of the disease. We note the high frequency of involvement in eyebrows and body hair. The frequency of association with cutaneous lichen planus was rare. Association with hypothyroidism appears to be important. The front measure may be useful for monitoring and for early diagnosis of FFA.

KEYWORDS: Frontal fibrosing alopecia. Lichen planopilaris. Cicatricial alopecia.

LISTA DE ABREVIATURAS

AFF	alopecia fibrosante frontal
LPP	líquen plano pilar
TRH	terapia de reposição hormonal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVOS	10
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
2.1 INTRODUÇÃO	11
2.2 PATOGÊNESE	11
2.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	11
2.4 DIAGNÓSTICO	13
2.4 TRATAMENTO	14
3 MATERIAIS E MÉTODOS	16
4 RESULTADOS	17
5 DISCUSSÃO	31
6 CONCLUSÃO	37
7 CONFLITOS DE INTERESSE	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE	43

1 INTRODUÇÃO

A AFF foi primeiramente descrita por Kossard em 1994,¹ numa série de 6 casos em mulheres caucasianas pós-menopausa. Desde então, algumas séries de casos foram relatadas em diversas partes do mundo, incluindo relatos em pacientes pré-menopausa, do sexo masculino e casos familiares;²⁵ a maior delas foi uma revisão multicêntrica realizada na Espanha, com 355 pacientes.¹⁰ Esta é a maior série relatada, no Brasil, onde a primeira com 6 pacientes é de 2007.²⁹

O achado clínico característico é o recesso da linha de implantação capilar frontotemporoparietal associado à presença de eritema perifolicular na porção marginal do couro cabeludo, deixando uma faixa de atrofia com redução dos óstios foliculares.¹ Desde 1997, a AFF é considerada uma variante do líquen plano pilar,² devido às suas características histológicas indistinguíveis.

1.1 OBJETIVOS

Revisar casos de alopecia fibrosante frontal, definir aspectos epidemiológicos, comorbidades, associação com fatores extrínsecos, apresentação clínica, achados diagnósticos, opções terapêuticas e padrões de evolução da doença em pacientes que estão ou estiveram em acompanhamento no Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da UFPR e em clínica dermatológica particular.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 INTRODUÇÃO

A alopecia frontal fibrosante (AFF) é classificada como uma alopecia cicatricial linfocítica; apresenta-se clinicamente com um padrão característico de recesso progressivo da linha de implantação capilar frontotemporal e redução das sobrancelhas, acometendo principalmente mulheres na pós-menopausa.¹⁰

A AFF foi primeiramente descrita por Kossard em 1994,¹ sendo considerada uma variante do líquen plano pilar em 1997.² Há poucos relatos da sua ocorrência na pré-menopausa.^{2,8,9} A incidência não é conhecida, no entanto, nota-se um aumento do número de casos nos últimos anos.³⁻⁵ A maioria dos casos descritos na literatura é em mulheres caucasianas.⁵ Histologicamente, caracteriza-se por infiltrado linfocítico perifolicular na região do istmo e infundíbulo, redução do número de folículos pilosos que são substituídos por tratos fibrosos,² características histológicas indistinguíveis do líquen plano pilar.

2.2 PATOGÊNESE

A patogênese é pouco conhecida, apesar de evidências da participação do sistema imune⁶ e hormonal.^{4,7} O principal mecanismo envolve a destruição das células-tronco do folículo piloso, localizadas na região do bulge, onde o infiltrado inflamatório linfocitário primeiramente se localiza.¹⁴ A destruição das células-tronco leva à alopecia cicatricial, com perda permanente dos fios de cabelo.

2.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A característica clínica fundamental da AFF é a recessão progressiva da linha de implantação frontotemporal do couro cabeludo (figura 1). A região acometida do couro cabeludo apresenta-se discretamente atrófica, com perda dos óstios foliculares e a margem capilar exhibe eritema perifolicular. (figura 2).

A maioria dos pacientes apresenta redução da pilificação em sobrancelhas. Outras áreas pilosas do corpo também podem ser acometidas, como occipital do couro cabeludo, cílios, axilas, genitais e membros, porém são achados menos frequentes.⁴



Figura 1 – aspecto clínico característico da AFF: recessão da linha de implantação frontoparietotemporal.

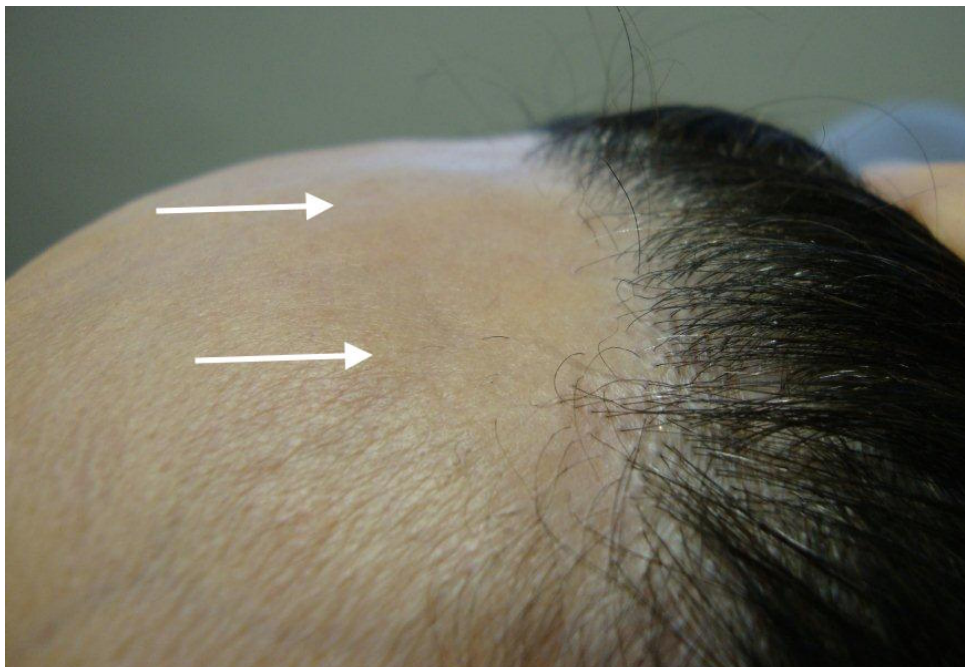


Figura 2 – Faixa do couro cabeludo acometida pela AFF, com atrofia, perda dos óstios foliculares.

2.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da AFF pode ser clínico, na presença de manifestações típicas. No entanto, pode ser corroborado por meio da dermatoscopia e do exame histopatológico.¹⁰

A dermatoscopia é um método não invasivo, que pode auxiliar no diagnóstico, no seguimento e na identificação de um sítio de biópsia. Os principais achados na AFF são ausência de aberturas foliculares, hiperqueratose folicular, eritema perifolicular e plugs foliculares (figura 3). O eritema perifolicular pode ser considerado um marcador de atividade da doença.¹⁵

Os achados histopatológicos iniciais consistem em um infiltrado linfocitário liquenoide com uma dermatite de interface entre o epitélio folicular e a derme, envolvendo as regiões do infundíbulo e istmo folicular. Podendo levar à dilatação infundibular, fibrose perifolicular, presença de células apoptóticas na bainha radicular externa e destruição do folículo piloso.²⁷

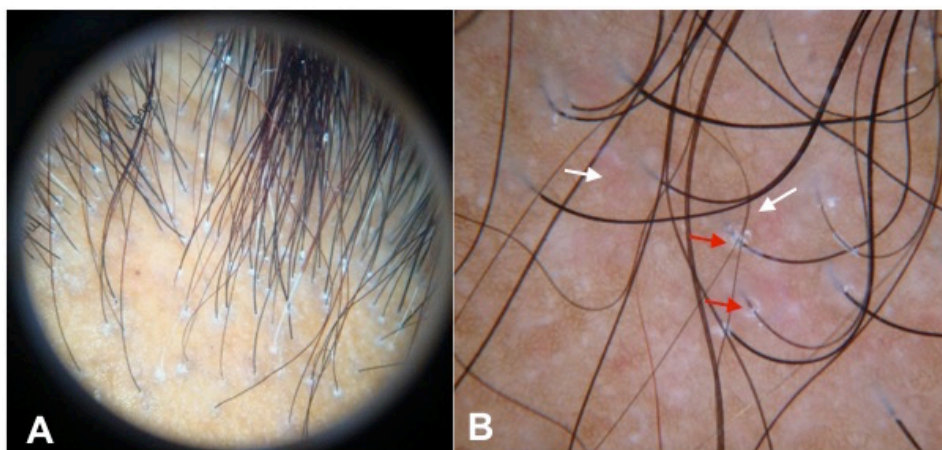


Figura 3 – Dermatoscopia do couro cabeludo de pacientes com AFF. Em A, observa-se hiperqueratose folicular, em B hiperqueratose folicular (seta vermelha) e eritema perifolicular (seta branca).

O diagnóstico diferencial inclui a variante ofiásica da alopecia areata e a alopecia de tração marginal, particularmente em pacientes afro-americanas.²⁸

2.5 TRATAMENTO

Devido às incertezas em relação à etiopatogenia da doença, várias modalidades terapêuticas tem sido propostas, com resultados variáveis, como minoxidil tópico, corticosteroides tópico, intralesional ou sistêmico, antibióticos, antimaláricos, imunomoduladores tópicos ou sistêmicos e inibidores da 5- α redutase.¹⁰

Não há nenhum protocolo de tratamento tanto para a AFF quanto para o LPP. No entanto, de acordo com o artigo de revisão publicado por Rácz et al em 2013, o tratamento mais efetivo para a AFF foram os inibidores da 5- α redutase (finasterida ou dutasterida via oral), sendo que dos 38 pacientes avaliados, 45% apresentaram uma boa resposta após 12-18 meses de tratamento e 45% uma resposta parcial.¹¹ Os antimaláricos, avaliados em 33 pacientes, mostraram boa resposta em 30% e parcial em 39% após 6 meses de tratamento. Os corticosteroides tópicos de moderada ou alta potência não apresentaram resposta em 93% dos casos, sendo que os corticosteroides intralesionais mostraram uma resposta clínica parcial em quase 60%. Quando usado como tratamento adjuvante para as sobrancelhas, 80% das pacientes

apresentaram uma repilação parcial ou completa. As demais modalidades terapêuticas (reposição hormonal, micofenolato mofetil, doxiciclina, prednisona, inibidores tópicos da calcineurina e minoxidil tópico) foram inefetivos na maioria dos casos. Possivelmente, há um importante papel da alopecia androgenética na AFF, o que explicaria a efetividade de drogas antiandrogênicas como a finasterida e a dutasterida.^{9,11} A ciclosporina via oral poderia ser uma boa opção terapêutica quando outros tratamentos falharem.¹¹ Dois novos medicamentos, rituximab (anticorpo anti-CD20) e pioglitazona, foram descritos em relatos de casos para o tratamento do LPP, mostrando resultados promissores.^{12,13}

A história natural é variável, a maioria dos casos evolui com progressão lenta e posterior estabilização espontânea. Uma das formas de avaliação da progressão da doença é através da medida da recessão frontotemporal, que pode ser obtida por meio da medida direta da recessão¹⁰ ou da distância entre a glabella e a linha de implantação frontal em avaliações periódicas.¹⁶

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional, que utilizou dados coletados através de prontuários e questionário aplicado a pacientes com diagnóstico de alopecia fibrosante frontal, acompanhados no serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e em clínica dermatológica particular. Cinquenta e sete casos foram identificados entre os anos de 2010 e 2014. Foram incluídos trinta e oito pacientes com o diagnóstico clínico de AFF confirmada pelo exame histopatológico.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Paraná. Todos os pacientes autorizaram a utilização dos seus dados e imagens. Os dados coletados conforme protocolo foram: epidemiológicos (idade, sexo, fototipo, data e local de início da doença, tempo de evolução da doença até o diagnóstico, tempo de seguimento, história menstrual), fatores extrínsecos (exemplo tintura capilar), história familiar de doenças do couro cabeludo, forma de apresentação clínica, comorbidades, medicamentos, exame histopatológico, tratamentos empregados e evolução da doença (anexo 1). A forma de apresentação clínica foi revisada através de fotografias dos pacientes. A evolução da doença foi avaliada através do prontuário, análise de fotografias e avaliação pela paciente, foi classificada em: piora (progressão do recesso da linha de implantação), estabilidade (sem alteração do recesso da linha de implantação) e melhora (repilação na área da linha de implantação). Fizemos a medida, com fita métrica em centímetros, da distância entre a glabella e a linha de implantação capilar frontal e da faixa transversal de atividade da doença. Para avaliar a faixa de atividade foi realizado o exame dermatoscópico, consideramos os seguintes sinais como a presença de atividade: eritema perifolicular e hiperqueratose folicular.

Para as variáveis contínuas, foi calculada a média. Para as variáveis qualitativas, foi calculada a frequência. A coleta de dados foi realizada entre o período de junho a outubro de 2014.

4 RESULTADOS

O total de 38 pacientes, todas do sexo feminino, com idade média de 61,1 anos (38-84 anos), 11 casos do Hospital de Clínicas da UFPR e 27 casos de clínica dermatológica particular. O gráfico 1 em colunas ilustra a distribuição da idade entre as pacientes.

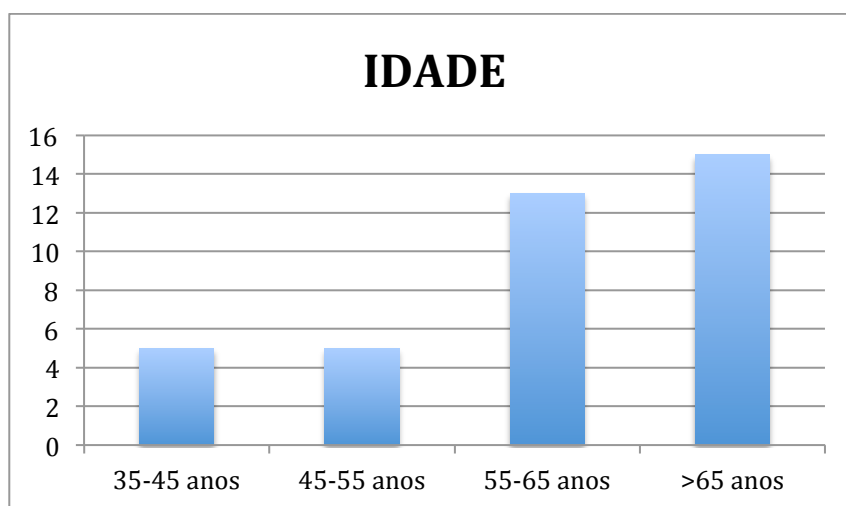


Gráfico 1 - distribuição da idade entre as pacientes.

Para a classificação do fototipo foi usada a escala de Fitzpatrick; a grande maioria 29 pacientes (76,31%) pertenciam ao fototipo 2; 6 pacientes (15,78%) ao fototipo 3; 2 pacientes (5,26%) ao fototipo 4; e apenas 1 paciente (2,63%) ao fototipo 6. O gráfico 2 em pizza ilustra a distribuição do fototipo entre as pacientes.

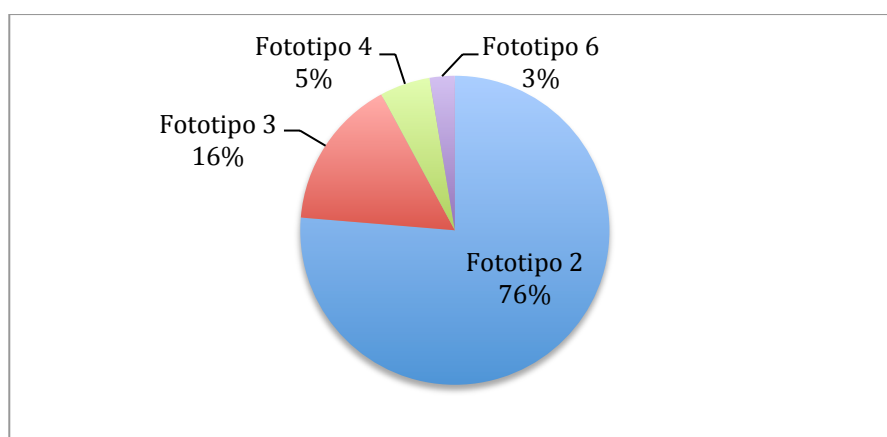


Gráfico 2 - distribuição do fototipo entre as pacientes.

O diagnóstico foi feito por achado de exame em 4 pacientes (10,5%), que acompanhavam por outras doenças dermatológicas, como câncer de pele não-melanoma e onicomicose. Das 34 pacientes restantes, o tempo médio de início da doença até o diagnóstico correto foi de 3 anos (0-10 anos).

Foi investigada a relação da menopausa com a doença: 10 pacientes (26,31%) tiveram o início da doença no período pré-menopausa; enquanto 28 pacientes (73,68%) na pós-menopausa (gráfico 3). Entre as menopausadas, 1 apresentou falência ovariana precoce antes dos 40 anos e 8 tiveram menopausa cirúrgica (pós-histerectomia) (gráfico 4). Também foi avaliado a média de início da doença nos grupos pré- e pós-menopausa: no pré-menopausa, a média de início da doença foi com 44 anos (33-54 anos); no grupo pós-menopausa, foi de 59,7 anos (42-74 anos), sendo que a paciente que teve o início da doença com 42 anos apresentou menopausa precoce aos 36 anos, desconsiderando essa paciente a idade variou de 48-74 anos. Apenas 1 paciente do estudo apresentou menopausa precoce, aos 36 anos, pertencendo ao grupo pós-menopausa, com início da doença aos 42 anos. 16 pacientes (42,1%) estudo haviam realizado terapia de reposição hormonal previamente ao quadro da AFF, sendo 14 do grupo pós-menopausa.

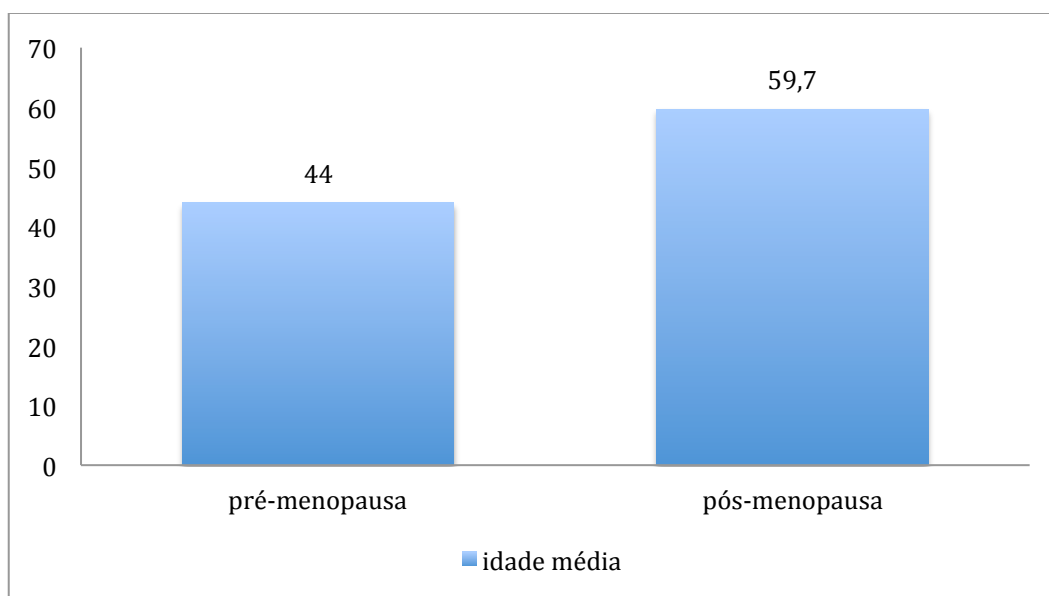


Gráfico 3 – Distribuição das pacientes em relação à menopausa, com a idade média de início da doença.

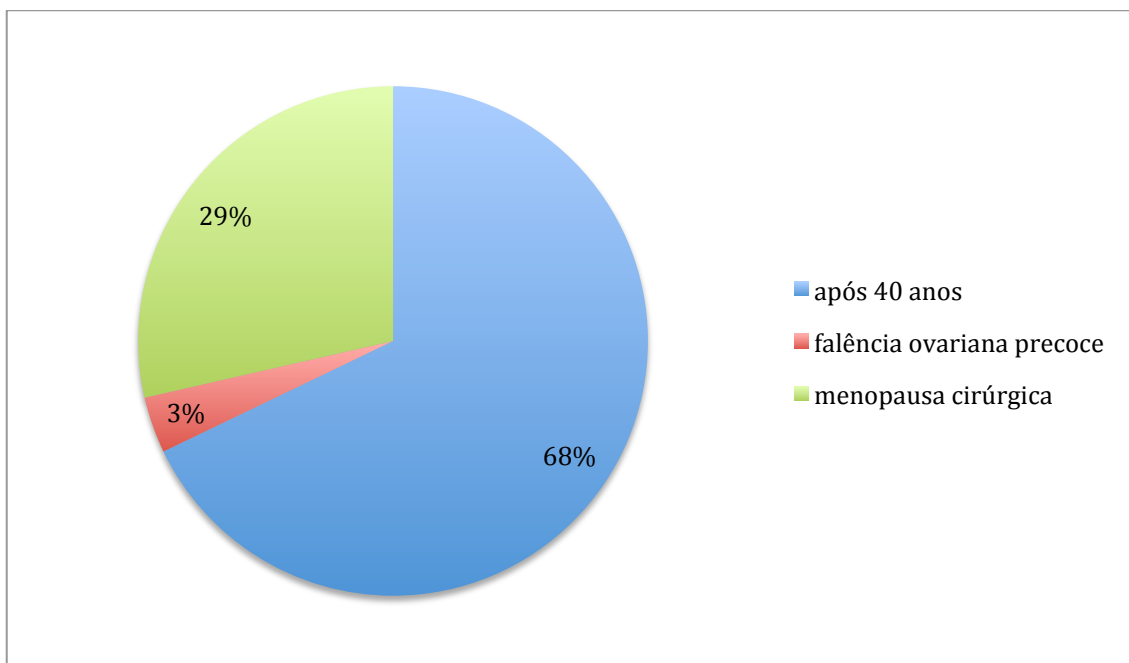


Gráfico 4 - Classificação das pacientes do grupo pós-menopausa.

A idade média da menarca de 37 pacientes foi de 12,89 anos (10-17 anos). Apenas 2 pacientes referiram história de síndrome do ovário policístico. Apenas uma paciente apresentou história de infertilidade devido à inversão uterina. O número de gestações variou de 0 a 7 gestações por paciente, apenas uma nunca engravidou, com número médio de gestações de 2,59 (1-7).

Quando questionado sobre procedimentos químicos capilares, 33 pacientes (86,84%) afirmaram uso frequente de tintura capilar, 8 pacientes (21,05%) referiram alisamento, 3 pacientes (7,89%) uso de megahair, e 16 pacientes (42,1%) referiram ter realizado permanente (gráfico 5).

Em relação à história familiar de alopecia, 10 pacientes (26,31%) referiram história materna, 16 pacientes (42,1%) referiram história paterna, 14 pacientes (36,84%) história positiva em irmãos. Apenas uma paciente (2,63%) referiu ter uma filha com AFF. Sobre história familiar de líquen plano, apenas uma paciente referiu uma filha com líquen plano cutâneo.

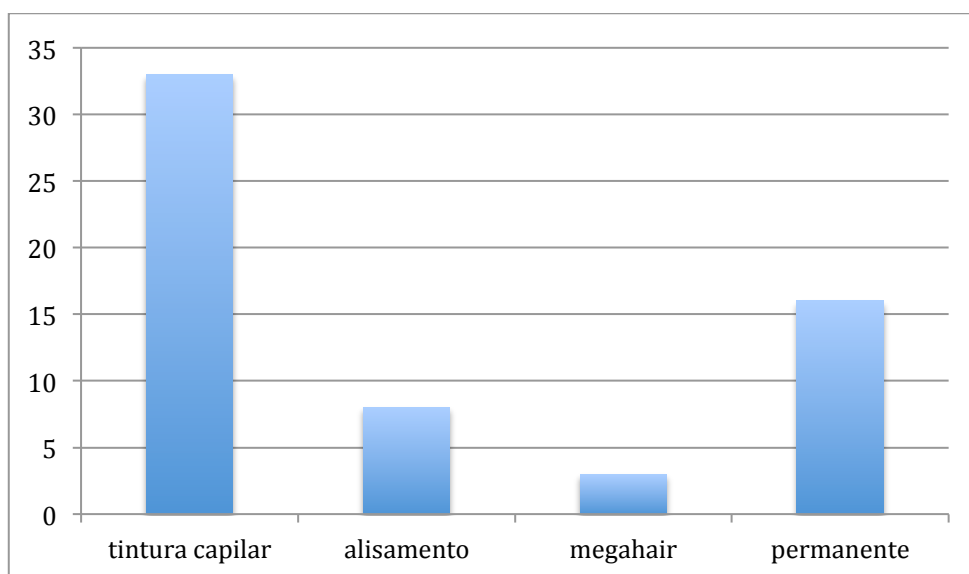


Gráfico 5 – procedimentos químicos capilares.

A apresentação clínica da doença foi avaliada, todas as pacientes (100%) apresentavam recessão da linha de implantação frontotemporal, sendo que 3 dessas pacientes (7,89%) apresentavam também rarefação difusa não cicatricial em couro cabeludo e uma (2,63%) paciente apresentava recessão também da linha occipital. Avaliamos a presença de placas de alopecia cicatricial com padrão de líquen plano pilar, presente em apenas 4 dessas pacientes (10,52%). As figuras 4-7 ilustram a apresentação clínica da AFF. A tabela 1 mostra a distribuição entre as pacientes de acordo com a clínica apresentada.

Áreas de alopecia	(% de pacientes acometidos)
Couro cabeludo	
• Recesso da linha de implantação frontotemporal	38 (100%)
• Placas de alopecia cicatricial	4 (10%)
Sobrancelhas	34 (89%)
Cílios	14 (36%)
Corpo	28 (73%)
• Axilas	21 (55%)

Tabela 1 – Distribuição entre as pacientes de acordo com a clínica apresentada.



Figura 4 – recesso da linha de implantação frontotemporal em um grupo de pacientes do estudo (perfil frontal).



Figura 5 – recesso da linha de implantação frontotemporal em um grupo de pacientes do estudo (perfil lateral).



Figura 6 – placas de alopecia cicatricial com padrão de líquen plano pilar em pacientes do estudo.



Figura 7 – acometimento da região occipital em paciente com AFF do estudo.

O acometimento das sobrancelhas estava presente em 34 (89,47%) pacientes, sendo a maioria com rarefação das sobrancelhas. 14 pacientes (36,84%) referiram acometimento dos cílios. 28 pacientes (73,68%) referiram redução dos pelos em corpo, sendo que a principal região acometida em 21 pacientes (55,26%) foi as axilas. A figura 8 ilustra o acometimento das sobrancelhas de algumas pacientes do estudo.

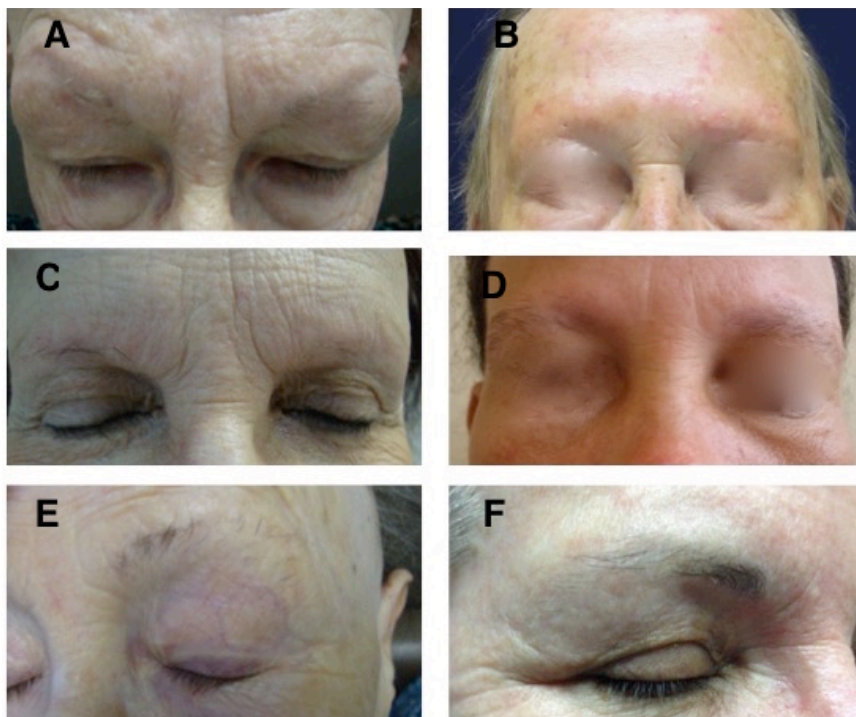


Figura 8 – Formas de acometimento das sobrancelhas observadas nas pacientes do estudo, rarefação parcial (A,C,D,E,F) e total (B).

Em relação a outras formas de líquen plano associado ao LPP, apenas duas pacientes apresentavam líquen plano ungueal (figura 9), uma paciente com líquen plano pigmentoso e uma paciente com pápulas em frente comprovada histologicamente, apesar de diversas pacientes apresentarem pápulas na face clinicamente (figura 10).



Figura 9 – líquen plano ungueal acometendo todas as unhas das mãos em uma paciente da amostra.

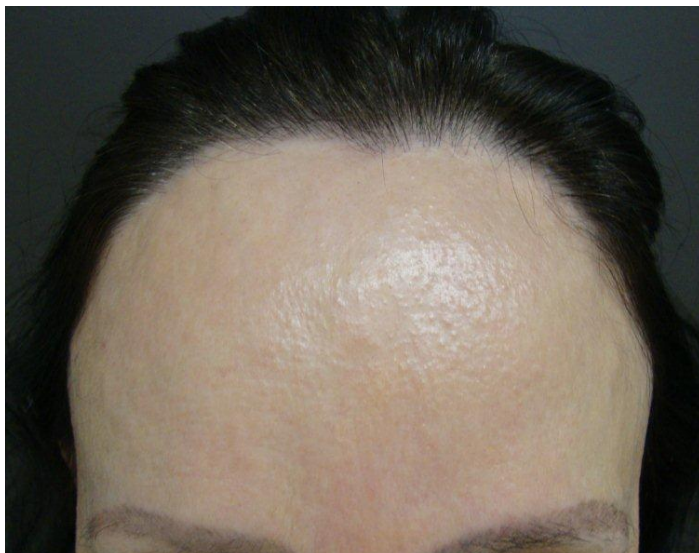


Figura 10 – Pápulas na frente observada na paciente que apresentou comprovação histológica de líquen plano.

Na avaliação das fotografias de 29 pacientes do nosso estudo, encontramos a presença do sinal do cabelo solitário em 17 delas (58,6%).

Foram pesquisadas as comorbidades apresentadas pelas pacientes, as mais comuns foram: hipertensão arterial em 18 pacientes (47,36%); dislipidemia em 14 pacientes (36,84%); depressão em 14 pacientes (36,84%); tireoidopatias em 14 pacientes (36,84%), sendo que 11 apresentavam hipotireoidismo (28,94%), 2 hipertireoidismo e 1 nódulos benignos na tireoide, ilustrado pelo gráfico 6.

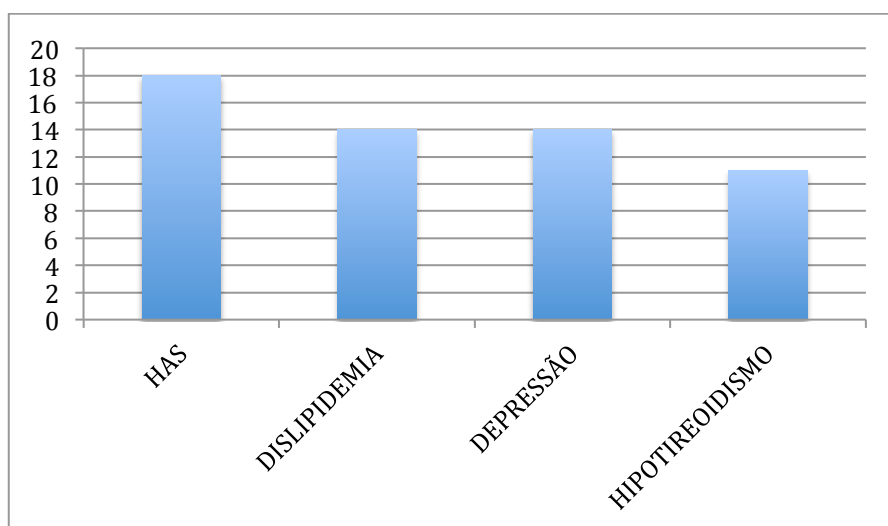


Gráfico 6 – distribuição das principais comorbidades apresentadas pelos pacientes.

Entre as comorbidades dermatológicas, 2 pacientes apresentaram o diagnóstico de vitiligo, 1 de lúpus eritematoso sistêmico, 1 de psoríase, 3 pacientes com câncer de pele não melanoma.

Sobre procedimentos cirúrgicos faciais, 5 pacientes referiram lifting facial e 1 brown lifting, única que relacionou com o início da doença.

Em relação a outras comorbidades, 2 pacientes com diabetes mellitus (5,26%), 2 com cardiopatia (1 DAC e 1 IC), 1 com osteopenia e 1 com osteoporose, 4 com hepatopatias (1 esteatose hepática, 3 hepatite viral B ou C), e 3 com ansiedade.

Apenas 3 pacientes tinham histórico de tabagismo (sendo 2 ex-tabagistas), 35 negaram tabagismo (gráfico 7).

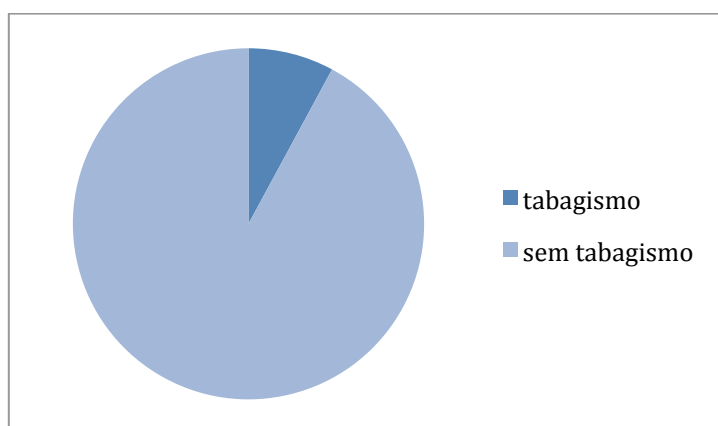


Gráfico 7 – distribuição do tabagismo entre os pacientes.

Os principais medicamentos contínuos usados pelas pacientes incluíram a classe dos antihipertensivos 19 pacientes (50%) (6 pacientes iECA, 11 pacientes BRA, 8 tiazídicos e 4 betabloqueador). 12 pacientes (31,57%) fizeram uso de hormônio tireoidiano, 9 pacientes (23,68%) de antidepressivo, 11 pacientes (28,94%) de antilipêmico, 7 pacientes (18,42%) de inibidor da bomba de prótons, 7 pacientes (18,42%) de vitamina D, 6 pacientes (15,78%) de cálcio, 2 pacientes (5,26%) de antidiabético e 3 pacientes (7,89%) de antiagregante plaquetário. Apenas uma paciente correlacionou a piora da AFF com uso de medicação antihipertensiva. O gráfico 8 em colunas ilustra a distribuição dos principais medicamentos contínuos usados pelas pacientes.

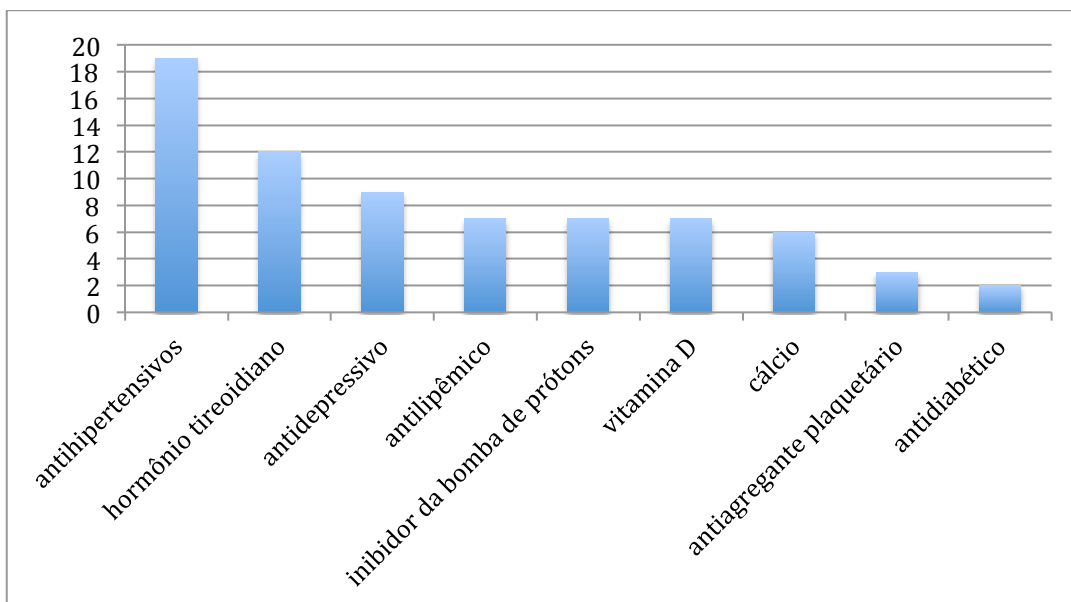


Gráfico 8 – Principais medicamentos de uso contínuo usados pelas pacientes.

A grande maioria das pacientes realizou biópsia do couro cabeludo com exame histopatológico com alopecia cicatricial linfocitária. Três casos apresentaram amostras com alopecia cicatricial sem sinais de inflamação.

Em relação ao tratamento realizado para a AFF, 34 pacientes (89,47%) haviam feito tratamento tópico e 33 pacientes (86,84%) tratamento sistêmico.

Os medicamentos tópicos utilizados por esse grupo de pacientes, com as respectivas porcentagens de pacientes, foram os seguintes: corticoide tópico (27 pacientes – 71,05%), corticoide intralesional (16 pacientes – 42,10%), minoxidil (29 pacientes – 76,31%), inibidor da calcineurina (2 pacientes – 5,26%) (gráfico 9).

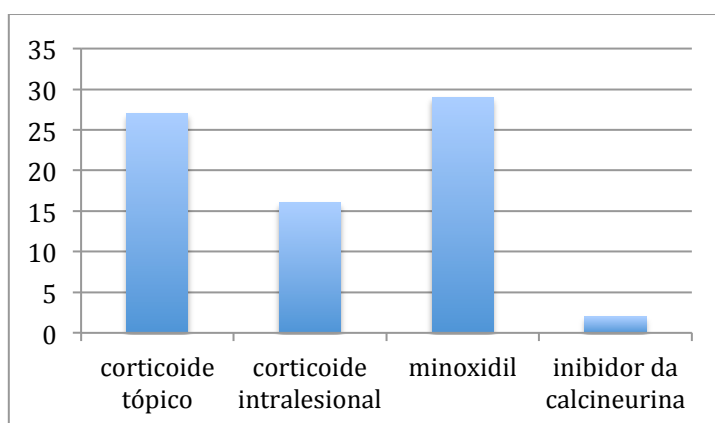


Gráfico 9 – Distribuição das variedades de tratamento tópico entre os pacientes.

Sobre os medicamentos para tratamento sistêmico, 5 pacientes (14,7%) haviam usado corticoide sistêmico, 27 pacientes (79,41%) antimalárico, 17 pacientes (52,94%) inibidor da 5 α redutase (finasterida 16/ dutasterida 2 - obs: 1 paciente fez uso de finasterida e dutasterida), 4 pacientes (11,76%) de tetraciclina (gráfico 10).

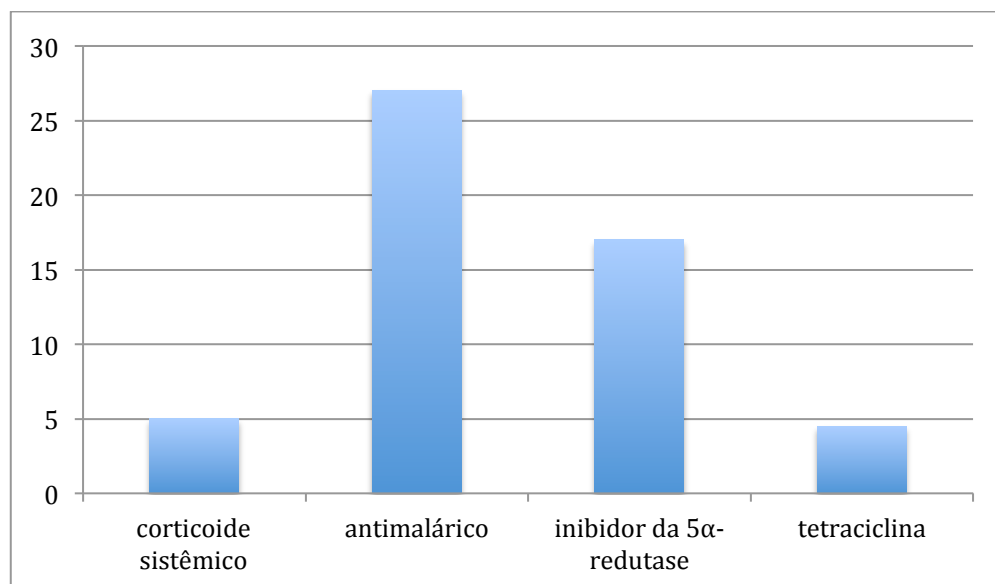


Gráfico 10 – distribuição das variedades de tratamento sistêmico entre os pacientes.

Em relação ao tempo de seguimento e à evolução da doença, foram consideradas 35 pacientes, uma vez que 3 pacientes tiveram o diagnóstico no momento da coleta de dados. O tempo médio de seguimento encontrado foi de 2,6 anos (0-11 anos). Incluímos 3 desfechos em relação à evolução da doença: 20 pacientes (57,14%) referiram estabilidade, 6 pacientes (17,14%) piora da doença, apesar do tratamento e 9 pacientes (25,71%) repilação (gráfico 11). A figura 11 ilustra uma paciente que apresentou uma evolução ruim com piora da doença, apesar do tratamento por 5 anos.

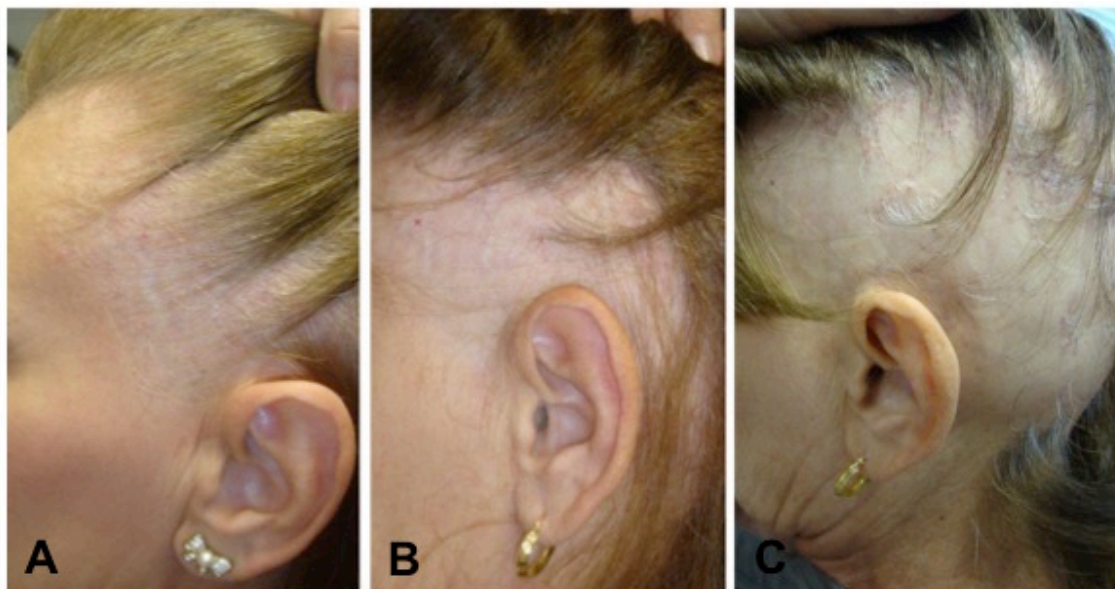


Figura 11 – Paciente que apresentou evolução clínica ruim, apesar do tratamento por 5 anos, com 2 anos (A), 5 anos (B) e 6 anos (C) após o início da doença.

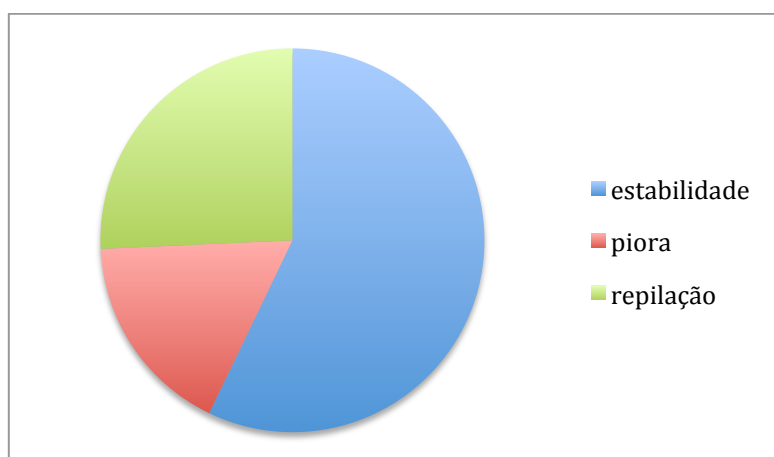


Gráfico 11 – Distribuição da evolução da doença em nossa amostra.

Em 13 pacientes, a medida da distância entre a glabella e a linha de implantação frontal foi utilizada para avaliar o seguimento, ela variou de 7 a 9,5 cm, com média de 8,03 cm (figura 12, tabela 2). Fizemos a medida da faixa transversal de atividade da doença em 10 pacientes, que variou de 1,2 a 5,5 cm, com média de 3,12 cm.



Figura 12 – Medida da distância da glabella à linha de implantação frontal do couro cabeludo.

PACIENTE	GLABELA – LINHA IMPLANTAÇÃO (CENTÍMETROS)	IDADE DE INÍCIO DA DOENÇA (ANOS)	TEMPO DE SEGUIMENTO (ANOS)
1	7,0	48	5,3
2	8,0	33	0,7
3	8,5	78	1,2
4	8,5	51	1,1
5	8,0	34	0
6	8,5	68	0
7	9,0	61	3,6
8	7,0	48	10
9	7,0	54	0,4
10	7,0	53	6,3
11	9,5	65	2,5
12	8,5	67	0,3
13	8,0	49	0,3

Tabela 2 – Dados da medida glabella-linha de implantação frontal, idade de início da doença e tempo de seguimento nas 13 pacientes em que fizemos essa medida.

5 DISCUSSÃO

A idade média de início da doença em couro cabeludo foi de 55 anos em nosso estudo, similar ao encontrado em outros estudos.^{4,5,7,10,16} Encontramos um predomínio de pacientes pertencentes ao fototipo 2 da Classificação de Fitzpatrick, concordantes aos dados encontrados na literatura em que observa-se um predomínio em pacientes caucasianos,¹⁰ mas também pode ocorrer em asiáticos³⁴ e afrodescendentes²⁰. Optamos por essa classificação do fototipo devido à grande miscigenação encontrada na população brasileira, levando a uma dificuldade na classificação baseada nas origens raciais.

Todas as pacientes do nosso estudo eram do sexo feminino, o que corrobora a grande predominância no sexo feminino encontrada na literatura, no entanto, há alguns casos na literatura descritos em homens.^{10,19,20}

Pelo fato de a AFF acometer principalmente mulheres na pós-menopausa, grupo que frequentemente apresenta queda de cabelo, e por a doença ser subdiagnosticada, podemos explicar os dados encontrados de que a doença foi diagnosticada a partir de um achado de exame pelo médico dermatologista em 10% das pacientes e no diagnóstico correto da doença após 3 anos em média do início das alterações em couro cabeludo. Dados semelhantes em relação à demora no diagnóstico são encontrados na literatura, Vañó-Galván et al mostraram um média de 5 anos.¹⁰

O envolvimento das sobrancelhas aconteceu na grande maioria das pacientes, também concordante aos dados da literatura.^{4,5,10,16} A redução da pilificação em cílios foi referida por 36% das pacientes, uma incidência um pouco superior a apresentada em outras séries de casos, que foram de 14%¹⁰ e 26%.⁴ Em relação ao acometimento dos pelos do corpo, a incidência encontrada foi de 73%, muito superior ao encontrado na maioria das séries de caso encontradas na literatura,^{4,5,9,10} que talvez possa ser explicado pela dificuldade na avaliação dessa alteração que pode ocorrer com a idade de forma independente, uma vez que a grande maioria das pacientes afirmou ter notado redução da pilificação relacionadas à idade em determinadas áreas, como axilas, pernas e região genital. No entanto, semelhante ao encontrado por Chew et al³, que numa série de 13 pacientes notaram o acometimento não cicatricial dos pelos periféricos em 10 pacientes, todos os casos foram

biopsiados e mostraram infiltrado linfocítico liquenoide e fibrose perifolicular. Isso sugere que a AFF seja considerada como um processo de perda dos folículos pilosos generalizado, e não restrito ao couro cabeludo como inicialmente se acreditava.

A maioria dos casos tem início na pós-menopausa. No entanto, em nosso estudo, o início da doença na pré-menopausa ocorreu em 26% das pacientes, proporção maior do que a encontrada em séries de casos da literatura,^{5,10} e por alguns artigos considerada raro.^{8,16} Esse achado pode ser explicado pelo diagnóstico inicial ter sido precoce, portanto o tratamento foi iniciado mais precocemente na evolução da doença e as pacientes responderam melhor ao tratamento comparado ao grupo pós-menopausa.

Em nosso estudo, apenas uma paciente apresentou menopausa precoce (4,16%), semelhante à incidência na população geral, que é de 6%.¹⁸ Também observamos uma alta incidência de menopausa cirúrgica (27%), concordante ao encontrado na literatura,⁴ sendo que em apenas uma dessas pacientes o início da AFF não foi precedido pela histerectomia total. A associação da AFF pode estar relacionada à súbita queda dos hormônios esteroides, que provocaria uma redução do crescimento dos fios e um aumento na conversão dos fios catágenos em telógenos.^{21,22} Encontramos uma frequência de 42% das pacientes no estudo com história de terapia de reposição hormonal (TRH) previamente ao início da doença, esse dado também foi encontrado em outro estudo, no entanto, ainda não há explicação e nem prova da predisposição ao desenvolvimento da AFF devido à TRH, talvez isso possa estar associado ao predomínio da doença na pós-menopausa.³⁵

Em relação aos tratamentos químicos da haste capilar, encontramos uma alta frequência do uso de tinturas por essas pacientes (86%), no entanto não encontramos nenhum estudo que tenha observado essa associação com a AFF. Talvez possa uma associação encontrada ao acaso pelo hábito comum na população feminina de nosso meio que apresenta canície relacionada ao envelhecimento.

Há casos descritos de história familiar de AFF,²⁵⁻²⁶ no entanto, no nosso estudo, apenas uma paciente referiu apresentar uma filha com achados clínicos semelhantes à AFF em couro cabeludo. Nenhum componente genético foi demonstrado até o momento. A AFF tem sido associada a outros tipos de

alopecia, incluindo a alopecia androgenética, associação corroborado pela resposta às drogas com atividade antiandrógenas.^{9,41}

Na literatura, há a descrição da associação da AFF com o LP idiopático⁸ e com o LP pigmentoso, esse última associação ocorrendo principalmente em mulheres africanas, e na maioria o LP pigmentoso precedeu o início da AFF.¹⁷ No nosso estudo, apenas uma paciente de descendência africana participou do trabalho, que apresentou quadro compatível com LP pigmentoso, que precedeu as manifestações da AFF.

As comorbidades mais prevalentes no grupo de pacientes em nosso estudo foram, em ordem: hipertensão arterial sistêmica (HAS) (47%), seguida por dislipidemia (36%) e depressão (36%), doença tireoidiana (36%), cuja alteração mais prevalente foi hipotireoidismo (28%), semelhante ao encontrado em uma série de 60 casos do Reino Unido que observou uma prevalência de 23% de hipotireoidismo.⁵ Nota-se um aumento da prevalência de hipotireoidismo nos pacientes com AFF; comparado à população geral, que tem sido relatada como de 1,5%, o hipotireoidismo subclínico é quase dez vezes mais frequente.²⁴ Essa associação sugere que os exames laboratoriais da função tireoidiana sejam solicitados na avaliação clínica inicial de pacientes com AFF.¹⁰ Entre outras doenças auto-imunes encontramos vitiligo, falência ovariana precoce e lúpus eritematoso sistêmico, entre essas, a mais frequente em nossa amostra foi o vitiligo, observado em 2 pacientes (5,2%), valor próximo ao encontrado por Meinhard et al (6,5%).³⁵ Miteva et al publicaram 4 casos da ocorrência simultânea de AFF e vitiligo no couro cabeludo.³⁶ A prevalência da HAS, dislipidemia foram semelhantes a encontrado na população de idosos no Brasil.^{37,38} A prevalência de depressão foi próxima ao encontrado nas mulheres no período peri e pós-menopausa.³⁹

MacDonald et al. encontraram uma prevalência de não tabagistas em 71% um grupo de 60 pacientes com AFF.⁵ Nosso estudo encontrou que 92% das pacientes não tinham histórico de tabagismo, no entanto, não sabemos se esse dado é significativo pois não foi realizada análise estatística.

A gravidade clínica da AFF pode ser classificada conforme escala utilizada por Vañó-Galván et al, através da medida da área cicatricial produzida pelo recesso da linha de implantação frontotemporal. Essa classificação inclui 5 graus: I (<1cm), II (1-2,99cm), III (3-4,99cm), IV (5-6,99cm) e V (≥7cm). Essa

medida não foi avaliada em nosso estudo, ao invés dela optamos pela medida da distância entre a glabella e a linha de implantação frontal, e compará-la à medida da população sem a doença. Em nosso estudo, a média dessa distância foi de 8,03 cm, superior à encontrada na população caucasiana espanhola que foi de 5,83 cm.²³

A presença de fios terminais isolados no centro ou lateral da fronte, no local onde a linha de implantação se localizava, pode ser uma pista diagnóstica para a AFF, auxiliando no diagnóstico diferencial com alopecia de tração, alopecia areata e alopecia androgenética. Esses fios geralmente tem de 3 a 7 centímetros de comprimento, podem ou ser se acompanhados de eritema ou descamação perifolicular. Esse sinal foi descrito por Tosti et al. como *lonely hair sign*, sinal do cabelo solitário, pode ser considerado um sinal específico da doença.³¹ Na avaliação das fotografias de 29 pacientes do nosso estudo, encontramos a presença desse sinal em 17 delas (58,6%), próximo a outros estudos realizados que avaliaram a presença desse sinal.^{4,10,20} A figura 13 ilustra o sinal do cabelo solitário.



Figura 13 – Fios terminais isolados na região temporal, ilustrando o sinal do cabelo solitário.

Em nosso estudo, 5 pacientes referiram lifting facial e uma paciente brown lifting antes do início do quadro da AFF. A única paciente que relacionou o procedimento temporalmente ao início da alopecia foi a submetida ao brown lifting. Na literatura encontramos o relato de uma série de 10 pacientes que desenvolveram LPP/AFF após cirurgia estética do couro cabeludo. Sete pacientes desenvolveram LPP após transplante capilar e 3 pacientes desenvolveram AFF após lifting facial. Algumas das explicações incluem a indução do fenômeno de Koebner, de um processo autoimune ou pró-inflamatório que teria como alvo o folículo piloso, desencadeados pelo trauma cirúrgico em indivíduos suscetíveis.³³

O tratamento sistêmico para a AFF deve ser iniciado precocemente, a fim de reduzir os sinais, sintomas e a progressão da doença. Os tratamentos tópicos podem ser associados aos sistêmicos, e ser usados como tratamento de manutenção após controle da atividade da doença. Os primeiros estudos sobre o tratamento da AFF apontavam a hidroxicloroquina – do grupo dos animaláricos – como a escolha, uma vez que é uma variante do LPP.⁴⁰ No entanto, Rácz et al. , em uma revisão sistemática sobre o tratamento da AFF e do LPP, mostraram que a AFF apresenta uma melhor resposta com o uso de inibidores da 5 α -redutase via oral (finasterida ou dutasterida), diferentemente do LPP, cujo tratamento de primeira linha foi considerado os corticosteroides sistêmicos, que não são efetivos na AFF.¹¹ A razão para a eficácia dos inibidores da 5 α -redutase, que apresentam mecanismo antiandrogênico, pode estar no papel desempenhado pela alopecia androgenética na AFF.⁹

No estudo feito por Vañó-Galván et al. uma conduta expectante foi adotada em 79 pacientes, após um tempo de seguimento médio de 2,1 anos, 94% apresentou piora e 6% estabilização da doença.¹⁰ Comparando aos desfechos observados em nossa amostra, após um tempo médio de 2,6 anos de seguimento, a maioria (57%) apresentou estabilidade, apenas 7% piora da AFF e 17% repilação, o que mostrar algum benefício da interrupção da evolução da doença com o tratamento. No entanto, estudos controlados são necessários para afirmar sobre a eficácia terapêutica das medicações empregadas.

O estudo apresentou algumas limitações, por ser um estudo retrospectivo, observacional, apresentar uma amostra pequena e não ter sido

feita a análise estatística das associações encontradas. Pode ter acontecido viés de memória na coleta de alguns dados relacionados à memória da paciente em relação ao acontecimento, pois alguns dos dados pesquisados haviam acontecido a muitos anos e algumas das pacientes não recordavam com exatidão a data do evento. Não foi pesquisada a ocorrência de alopecia androgenética na nossa amostra, doença que estudos mais recentes tem demonstrado importância, devido não apenas à associação com a AFF, mas também devido às implicações na escolha terapêutica e sua resposta.

6 CONCLUSÃO

Nesta amostra foi possível confirmar o predomínio em mulheres pós-menopausa da doença. Pode se perceber a frequência de acometimento em sobrancelhas e outros pelos do corpo nessas pacientes. A frequência de associação com líquen plano cutâneo em outras áreas do corpo foi rara. A associação com AAG e tratamentos químicos ... Não demonstrou correlação com hiperandrogenismo. A medida frontal pode ser útil para o seguimento e para o diagnóstico precoce da AFF. Associação com hipotireoidismo parece ser importante.

7 CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não tem conflitos de interesse com o tema desta monografia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Kossard S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: scarring alopecia in a pattern distribution. *Arch Dermatol* 1994;130:770-4.
- 2- Kossard S, Lee MS, Wilkinson B. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: a frontal variant of lichen planopilaris. *J Am Acad Dermatol* 1997;36:59-66.
- 3- Chew AL, Bashir SJ, Wain EM, Fenton DA, Stefanato CM. Expanding the spectrum of frontal fibrosing alopecia: a unifying concept. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:653-60.
- 4- Ladizinski B, Bazakas A, Selim MA, Olsen EA. Frontal fibrosing alopecia: a retrospective review of 19 patients seen at Duke University. *J Am Acad Dermatol* 2013;68:749-55.
- 5- MacDonald A, Clark C, Holmes S. Frontal fibrosing alopecia: a review of 60 cases. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:955-61.
- 6- Vaisse V, Matard B, Assouly P, Jouannique C, Reygagne P. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: 20 cases [in French]. *Ann Dermatol Venereol* 2003;130:607-10.
- 7- Tosti A, Piraccini BM, Iorizzo M, Misciali C. Frontal fibrosing alopecia in postmenopausal women. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:55-60.
- 8- Faulkner C, Wilson N, Jones S. Frontal fibrosing alopecia associated with cutaneous lichen planus in a premenopausal woman. *Australas J Dermatol* 2002; 45:65–7.
- 9- Moreno-Ramirez D, Camacho Marti´nez F. Frontal fibrosing alopecia: a survey in 16 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19:700–5.
- 10- Vaño-Galvan et al. Frontal fibrosing alopecia: A multicenter review of 355 patients. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:670-8.
- 11- Rácz E, Gho C, Moorman PW, Noordhoek Hegt V, Neumann HAM. Treatment of frontal fibrosing alopecia and lichen planopilaris: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27:1461-1470.
- 12- Mirmirani P, Karnik P. Lichen planopilaris treated with a peroxisome proliferator-activated receptor gamma agonist. *Arch Dermatol* 2009; 145: 1363–1366.
- 13- Erras S, Mouna Z, Akhdari N, Belaabidia B, Essaadouni L. Rapid and complete resolution of lichen planopilaris in juvenile chronic arthritis treated with

rituximab. *Eur J Dermatol* 2011; 21: 116–117.

14- Harries MJ, Paus R. The pathogenesis of primary cicatricial alopecias. *Am J Pathol* 2010; 177: 2152–2162.

15- Toledo-Pastrana T, Hernández MJ, Camacho Martínez FM. Perifollicular erythema as a trichoscopy sign of progression in frontal fibrosing alopecia. *Int J Trichology*. 2013 Jul;5(3):151-3.

16- Tan KT, Messenger AG. Frontal fibrosing alopecia: clinical presentations and prognosis. *British Journal of Dermatology* 2009; 160: 75–79.

17- Dlova NC. Frontal fibrosing alopecia and lichen planus pigmentosus: is there a link? *Br J Dermatol*. 2013 Feb;168(2):439-42.

18- Santoro N. Mechanisms of premature ovarian failure. *Ann Endocrinol (Paris)* 2003;64:87-92.

19- Chen W1, Kigitsidou E, Prucha H, Ring J, Andres C. Male frontal fibrosing alopecia with generalised hair loss. *Australas J Dermatol*. 2014 May;55(2):e37-9.

20- Dlova NC, Jordaan HF, Skenjane A, Khoza N, Tosti A. Frontal fibrosing alopecia: a clinical review of 20 black patients from South Africa. *Br J Dermatol* 2013;169:939-41.

21- Kodaman PH. Early menopause: primary ovarian insufficiency and surgical menopause. *Semin Reprod Med* 2010;28:360-9.

22- Hu HM, Zhang SB, Lei XH, Deng ZL, Guo WX, Qiu ZF, et al. Estrogen leads to reversible hair cycle retardation through inducing premature catagen and maintaining telogen. *PLoS One* 2012;7:e40124.

23- Ceballos C, Priego C, Mendez C, Hoffner MV, Garcia-Hernandez MJ, Camacho FM. Study of frontal hairline patterns in Spanish Caucasian women. *Actas Dermosifiliogr* 2013;104:311-5.

24- Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, Bergoglio LM, Andrada NC, Bravo PP, Orlandi AM, Graf H; Task Force on Hypothyroidism of the Latin American Thyroid Society (LATS). Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2013 Jun;57(4):265-91.

25- Dlova N, Goh CL, Tosti A. Familial frontal fibrosing alopecia. *Br J Dermatol* 2013;168:220-2.

26. Junqueira Ribeiro Pereira AF, Vincenzi C, Tosti A. Frontal fibrosing alopecia in two sisters. *Br J Dermatol* 2010;162:1154-5.

- 27- Poblet E, Jiménez F, Pascual A, Piqué E. Frontal fibrosing alopecia versus lichen planopilaris: a clinicopathological study. *Int J Dermatol*. 2006 Apr;45(4):375-80.
- 28- Khumalo NP, Jessop S, Gumedze F, Ehrlich R. Determinants of marginal traction alopecia in African girls and women. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59:432–8.
- 29- Mulinari-Brenner F, Rosas FM, Sato MS, Werner B. Alopecia frontal fibrosante: relato de seis casos. *An Bras Dermatol*. 2007;82(5):439-44.
- 30- Stockmeier M, Kunte C, Sander CA, Wolff H. Kossard frontal fibrosing alopecia in a man. *Hautarzt*. 2002 Jun;53(6):409-11.
- 31- Tosti A, Miteva M, Torres F. Lonely hair: a clue to the diagnosis of frontal fibrosing alopecia. *Arch Dermatol*. 2011 Oct;147(10):1240.
- 32- Donati A, Molina L, Doche I, Valente NS, Romiti R. Facial papules in frontal fibrosing alopecia: evidence of vellus follicle involvement. *Arch Dermatol*. 2011 Dec;147(12):1424-7.
- 33- Chiang YZ, Tosti A, Chaudhry IH, Lyne L, Farjo B, Farjo N, Cadore de Farias D, Griffiths CE, Paus R, Harries MJ. Lichen planopilaris following hair transplantation and face-lift surgery. *Br J Dermatol*. 2012 Mar;166(3):666-370.
- 34- Inui S, Nakajima T, Shono F, Itami S. Dermoscopic findings in frontal fibrosing alopecia: report of four cases. *Int J Dermatol* 2008;47:796-9.
- 35- Meinhard J, Stroux A, Lünemann L, Vogt A, Blume-Peytavi U. Lichen planopilaris: Epidemiology and prevalence of subtypes - a retrospective analysis in 104 patients. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2014 Mar;12(3):229-35, 229-36.
- 36- Miteva M, Aber C, Torres F, Tosti A. Frontal fibrosing alopecia occurring on scalp vitiligo: report of four cases. *Br J Dermatol* 2011; 165: 445–7.
- 37- Zaitune MPA et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(2):285-294, fev, 2006.

38- Leite-Cavalcanti C, Rodrigues-Gonçalves MC, Rios-Asciutti LS e Leite-Cavalcanti A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. Rev. salud pública. 11 (6): 865-877, 2009.

39- Timur S1, Sahin NH. The prevalence of depression symptoms and influencing factors among perimenopausal and postmenopausal women. Menopause. 2010 May-Jun;17(3):545-51.

40- Samrao A1, Chew AL, Price V. Frontal fibrosing alopecia: a clinical review of 36 patients. Br J Dermatol. 2010 Dec;163(6):1296-300.

41- Georgala S, Katoulis AC, Befon A, Danopoulou I, Georgala C. Treatment of postmenopausal frontal fibrosing alopecia with oral dutasteride. J Am Acad Dermatol 2009;61:157-8.

APÊNDICE



Protocolo de Avaliação de Alopecia Fibrosante Frontal

Nome: _____ Registro: _____ Data: _____
 Data Nasc.: _____ Sexo: _____ Raça: _____

Avaliação do prontuário:

1. História clínica

- a) Data de início da doença:
- b) Tempo de evolução desde a queixa de queda até o diagnóstico correto:
- c) Tempo de seguimento desde o dx:
- d) Início da doença: () pré-menopausa () pós-menopausa

2. Antecedentes

- a) História menstrual: DUM
 - Menarca
 - SOP
 - Infertilidade
- b) Gesta Para Abortos
- c) Reposição hormonal: () prévia ao dx () após o dx
- d) Comorbidades:

<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Hipotireoidismo	<input type="checkbox"/> Dislipidemia
<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Vitiligo
<input type="checkbox"/> Hepatite B/C	<input type="checkbox"/> Cirurgia plástica facial, qual?

- Histerectomia
- Tabagismo
- Outras, quais: _____
- Medicamentos, quais: _____

3. Fatores extrínsecos

- Tintura capilar
- Alisamento capilar
- Outros – quais: _____

3. História familiar de alopecia

Mãe

Pai

Irmã

Irmão

Tipo de alopecia

Líquen plano

4. Apresentação clínica

- Recessão da linha marginal frontotemporal:
- Acometimento das sobrancelhas:
- Perda de pelos em outros locais:
 - Cílios
 - Face
 - Axilas
 - Corpo
- Líquen plano em outras áreas
 - Ungueal
 - Cutâneo
 - Oral
 - Genital

5. Exame histopatológico (laudo, nº da lâmina e laboratório):**6. Tratamentos tópicos realizados:**

Corticoide tópico

Corticoide intralesional

Minoxidil

Inibidor da calcineurina

Outros

7. Tratamentos sistêmicos realizados:

Corticoide sistêmico

Antimalárico

Finasterida

Outros

8. Evolução da doença/resposta ao tratamento (e tempo de evolução):

Evolução

Estabilidade

Repilação

Tempo de evolução da doença

