

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LETÍCIA MAYER ALVES DA SILVA

**APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE ATIVIDADE DO LÍQUEN PLANO PILAR E
ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE**

CURITIBA

2018

LETÍCIA MAYER ALVES DA SILVA

**APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE ATIVIDADE DO LÍQUEN PLANO PILAR E
ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista durante a Especialização Médica em Dermatologia, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Prof.a Fabiane Andrade Mulinari Brenner

CURITIBA

2018

RESUMO

Introdução: A alopecia frontal fibrosante (AFF) é considerada uma alopecia cicatricial linfocítica primária, cuja incidência tem aumentado muito nos últimos anos e seu prognóstico ainda permanece incerto. É caracterizada por uma recessão progressiva da linha de implantação frontotemporal, e podem estar presentes outros sintomas e sinais como prurido, ardência ou dor local, perda progressiva das sobrancelhas e dos pelos do corpo. A evolução da AFF é imprevisível e a resposta aos tratamentos é muito variável. Avaliação criteriosa é necessária para definir atividade da doença, sua progressão e resposta ao tratamento. Diferentes métodos, como o Índice de Atividade do Líquen Plano Pilar (LPPAI) e o Índice de Severidade da Alopecia Frontal Fibrosante (FFASI) são utilizados para avaliar e monitorizar progressão e atividade da doença, contudo até o momento nenhum foi completamente validado ou considerado padrão ouro. **Objetivos:** O presente estudo teve como objetivo avaliar os dados clínicos mais relevantes nos dois instrumentos, LPPAI e FFASI, e a correlação entre estes dois índices. **Materiais e métodos:** O estudo incluiu 22 pacientes com diagnóstico de AFF acompanhados no serviço de dermatologia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de junho de 2016 a junho de 2017. Foram aplicados os índices de avaliação FFASI e LPPAI e coletados dados epidemiológicos. Os resultados foram analisados por software estatístico. **Resultados:** Cem por cento dos pacientes analisados eram do sexo feminino, com idade média de 62,18. Uma pontuação média de 2,73 (0,66 - 5,83) foi encontrada no LPPAI, sendo que aqueles com maior pontuação apresentaram uma maior tendência a se queixar de queimação, prurido e dor e aqueles que pontuaram acima de 2,5 consideravam que a doença estava em evolução ($p < 0,001$). Uma pontuação média de 42,2 (7-64) foi encontrada no escore total do FFASI. Nas pacientes com escore maior que 40 todas apresentaram perda de pelo em flexuras e membros inferiores ($p < 0,01$) e maior tendência a apresentarem pápulas faciais ($p = 0,08$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas

entre a correlação dos escores totais do LLPAI e do FFASI, demonstrando que uma alta pontuação de um teste garante uma alta pontuação no outro.

Conclusões: Os índices LLPAI e FFASI utilizados em nosso estudo não se mostraram satisfatórios ao serem aplicados separadamente, apesar de seu escore final não se correlacionar diretamente, se complementam. Conclui-se que até o momento não existe uma ferramenta ideal de avaliação da gravidade AFF e mais estudos são necessários.

Palavras chave: alopecia frontal fibrosante, líquen plano pilar, índices de avaliação de gravidade, LPPAI, FFASI.

ABSTRACT

Introduction: Frontal fibrosing alopecia (AFF) is considered a primary lymphocytic cicatricial alopecia and its incidence has been greatly increased in the last years and prognosis is still uncertain. It is characterized by a progressive recession of the frontotemporal implantation line. Other symptoms and signs may include local pruritus, burning or pain, progressive loss of eyebrows and body hair. The evolution of AFF is unpredictable and the response to treatments is very variable. Criteria evaluation is necessary to define disease activity, progression and response to treatment. Different methods, such as the Lichen Planopilaris Activity Index (LPPAI) and the Frontal Fibrosing Alopecia Severity Index (FFASI), are used to evaluate and monitor disease progression and activity. So far none has been fully validated or considered gold standard. **Objectives:** This study aimed to evaluate the most relevant clinical data in the two instruments, LPPAI and FFASI, and the correlation between these two indices. **Materials and methods:** The study included 22 patients with a diagnosis of AFF followed up at the dermatology department of the Clinical Hospital Complex of the Federal University of Paraná from June 2016 to June 2017. The evaluation indexes FFASI and LPPAI and epidemiological data were collected. The results were analyzed by statistical software. **Results:** One hundred percent of the patients analyzed were female, with a mean age of 62.18. An average score of 2.73 (0.66 - 5.83) was found in

LPPAI, and those with higher scores had a greater tendency to complain of burning, itching and pain and those who scored above 2.5 considered that the disease was in progress ($p < 0.001$). An average score of 42.2 (7-64) was found in the FFASI total score. In patients with a score greater than 40, all presented loss of hair in flexures and lower limbs ($p < 0.01$) and greater tendency to present facial papules ($p = 0.08$). No statistically significant differences were found between the correlation of LLPAI and FFASI total scores, demonstrating that a high score from one test would guarantee a high score at the other.

Conclusions: LLPAI and FFASI indexes used in our study were not satisfactory when applied separately, although their final score did not correlate directly, they complement each other. It is concluded that to date there is no ideal tool for assessing AFF severity and more studies are needed.

Key words: Frontal fibrosing alopecia, Lichen Planopilaris, severity indexes, LPPAI, FFASI.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
MÉTODOS	8
RESULTADOS	9
DISCUSSÃO	12
CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16

APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE ATIVIDADE DO LÍQUEN PLANO PILAR E ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

Letícia Mayer Alves da Silva¹

Fabiane Andrade Mulinari Brenner¹

¹ Departamento de Clínica Médica, Serviço de Dermatologia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – Curitiba (PR), Brasil.

INTRODUÇÃO

A alopecia frontal fibrosante (AFF), descrita por Kossard em 1994, é considerada uma alopecia cicatricial linfocítica primária e tem sua incidência muito aumentada nos últimos anos e prognóstico ainda incerto.¹ É caracterizada por uma recessão progressiva da linha de implantação frontotemporal.²⁻⁴ Podem estar presentes os seguintes sintomas: prurido, ardência ou dor local.^{4,5} Perda progressiva das sobrancelhas e pelos do corpo são achados frequentes.^{1,6} Outros sinais clínicos e dermatoscópicos como eritema e hiperqueratose perifolicular, pápulas faciais, pontos vermelhos na glabella e depressão das veias frontais tem sido descritos sem afirmar claramente essa relação com a atividade da doença.⁷⁻⁹ A evolução da AFF é imprevisível e a resposta aos tratamentos é muito variável. Avaliação criteriosa é necessária para definir atividade da doença, progressão e resposta ao tratamento.⁵

Diferentes métodos são utilizados para avaliar e monitorizar progressão e atividade da doença, mas não há nenhum completamente validado ou considerado padrão ouro. Os achados dos não invasivos - como medidas da área de alopecia, avaliação fotográfica, dermatoscopia, escores de avaliação complementam os métodos invasivos, como biópsia do couro cabeludo.¹⁰⁻¹³

O escore descrito para as diversas formas clínicas de LPP, incluído a AFF, foi o Índice de Atividade do Líquen Plano Pilar, do inglês – *Lichen Planopilaris Activity Index* (LPPAI), que mostrou-se como uma boa medida para monitorizar a efetividade de tratamentos de AFF.¹⁴⁻¹⁷ Contudo, apresenta limitações pois não avalia a extensão da doença, apenas quantifica sinais e sintomas. Outra ferramenta para avaliação da AFF é o Índice de Severidade da Alopecia Frontal Fibrosante, do inglês – *Frontal Fibrosing Alopecia Severity Index* (FFASI).¹⁸

O presente estudo teve como objetivo avaliar os dados clínicos mais relevantes nos dois instrumentos, LPPAI e FFASI, e a correlação entre estes dois índices.

MÉTODOS

O estudo incluiu 22 pacientes com diagnóstico de AFF acompanhados no serviço de dermatologia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de junho de 2016 a junho de 2017. 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.

Foram aplicados dois questionários de avaliação, o Índice de Atividade do Líquen Plano Pilar (LPPAI) e o Índice de Severidade da Alopecia Frontal Fibrosante, do inglês – *Frontal Fibrosing Alopecia Severity Index* (FFASI).^{15,18} Foram também coletados dados epidemiológicos (sexo, idade, história menstrual, data do diagnóstico e tempo de seguimento), tratamentos empregados (antigos e atuais) e realizado registro fotográfico.

Dentro do LPPAI são avaliados sintomas (prurido, dor e queimação), sinais (eritema difuso, eritema e queratose perifolicular), teste de tração anágena (medida de atividade) e progressão ou não da alopecia. É dado um peso de 30% para os sintomas, 30% para os sinais, 25% para o teste de tração e 15% para a progressão da alopecia, levando à equação: LPPAI (0-10) = (prurido + dor + queimação) /3 + (eritema + eritema perifolicular + queratose perifolicular)/3 + 2.5 (teste de tração) + 1.5 (progressão/2). Os sinais e sintomas são graduados em uma escala de 4 pontos: 0=ausente, 1= leve, 2= moderado e 3= severo; teste de tração anágena: 0= ausência de fio anágeno, 1= presença de fio anágeno; progressão da alopecia: 0= sem progressão, 1= indeterminado e 2= com progressão.¹⁵

O FFASI (0-100) dispõe de um quadro padronizado de imagens demonstrando o recesso da linha frontal dividida em quatro sessões (frontal, lateral direita e esquerda e posterior) e graduada em 5 graus de severidade, como proposto por Vano Galvan.² Cada grau recebe um escore (grau I= 4; grau II=8; grau III=12, grau IV =16 e grau V= 20). Também é avaliado o grau de inflamação (eritema e queratose perifolicular) da banda frontal: sem inflamação, densidade normal= 0, com inflamação OU redução da densidade= 2, com inflamação E redução da densidade=: 4, nessa sessão o escore máximo é de 84. Outras perdas de pelos (sobrancelhas, cílios, flexuras, membros superiores, membros inferiores), sem perda= 0, perda parcial=1, perda total=2, escore máximo de 10. Características adicionais (escalpe típico do LPP, pápulas de face, líquen plano cutâneo e variantes, LP mucosa oral, LP mucosa genital, LP ungueal) ausência= 0, presença=1, escore máximo:6.¹⁸

Para análise dos dados foi usado o software estatístico R (R Core Team, 2017) versão 3.4.0, realizados os testes de Mann-Whitney e Correlação de Spearman e de Pearson. Diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Do total de 22 pacientes avaliadas todas são acompanhadas no serviço de dermatologia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, 100% são do sexo feminino, com idade média de 62,18 (39-81 anos). O tempo médio de surgimento dos primeiros sintomas foi de 4,42 anos (3 meses a 15 anos). Oitenta e seis por cento dos casos iniciaram após a menopausa e apenas 14% na pré-menopausa.

Índice de Atividade do Líquen Plano Pilar (LPPAI)

Uma pontuação média de 2,73 foi encontrada no escore total do LPPAI, sendo o menor escore o de 0,66 e o maior de 5,83 pontos.

Foi observado que aqueles que pontuaram com escore maior que 2,0 no LPPAI apresentaram uma maior tendência a queixarem-se de prurido e dor (prurido $p=0,09$ e dor $p=0,08$). (Figura 2A e 2B)

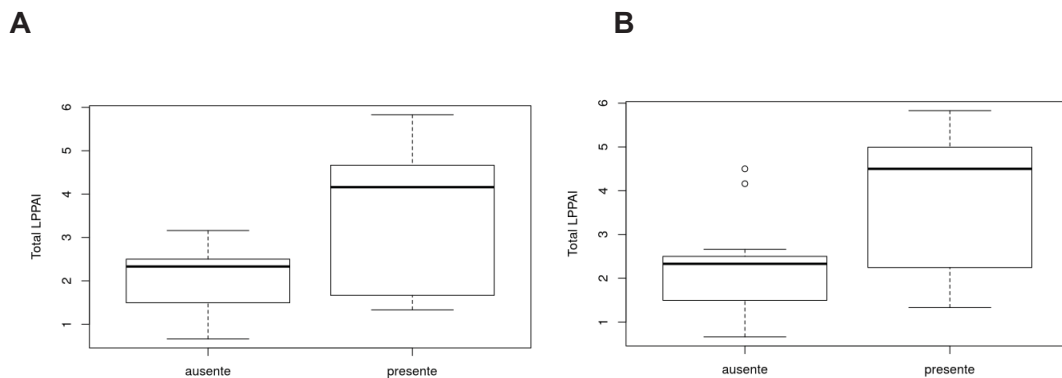


Figura 2: A - Prurido versus LPPAI total, B – dor versus LPPAI total

Nas pacientes que apresentaram escore maior que 4,8 no LPPAI o sintoma de queimação foi considerado estatisticamente significativo ($p < 0,006$) (Figura 3)

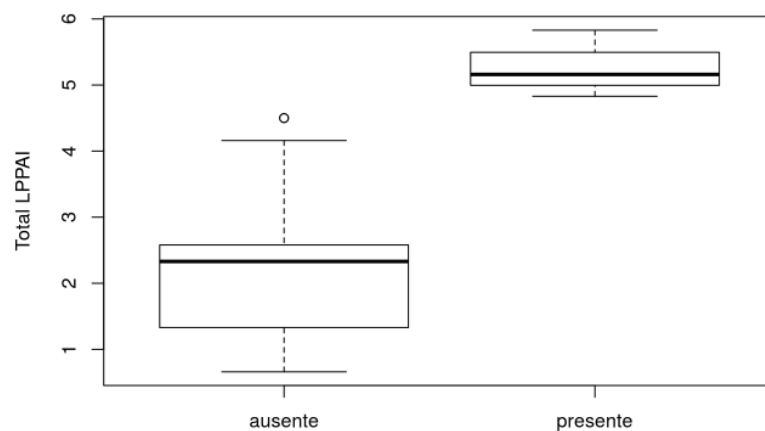


Figura 3: Queimação versus LPPAI total

Quanto aos sinais, o eritema difuso, eritema e queratose perifolicular, por estarem presentes na maioria das pacientes, independente do escore final, não apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p=0,87$). Em relação ao teste de tração, também não houve diferença significativa, pois apenas uma paciente pontuou para o mesmo ($p=0,42$).

Sobre a progressão da alopecia, todos os pacientes com LPPAI acima de 2,5 pontuaram para esse item, demonstrando que a intensidade dos sinais e sintomas tem relação direta com a impressão da evolução da doença, $p < 0,001$. (Figura 4)

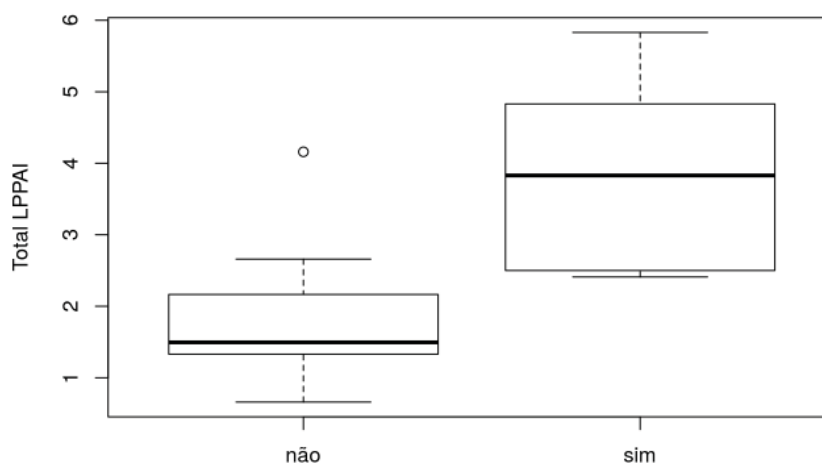


Figura 4: Progressão da alopecia versus LPPAI total

Índice de Severidade da Alopecia Frontal Fibrosante (FFASI)

Uma pontuação média de 42,2 foi encontrada no escore total do FFASI, sendo o menor escore o de 7 e o maior de 64 pontos.

Independente do escore total do FFASI todas as pacientes apresentaram perda parcial ou total das sobrancelhas e 95% perda de pelos nos membros superiores, não sendo possível aplicar o teste de Mann-Whitney.

Nas pacientes que apresentaram escore maior que 40 todas apresentaram perda de pelo em flexuras e membros inferiores ($p<0,01$), (Figura 5A e 5B)

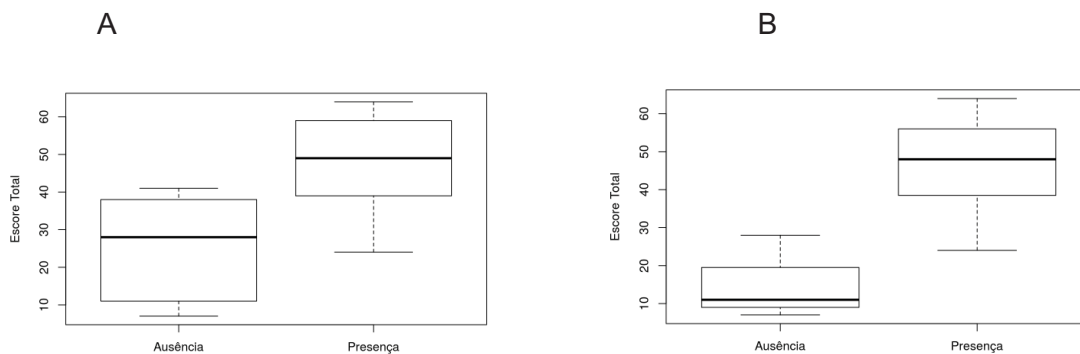


Figura 5: A – Escore total versus perda de pelo em flexuras, B – Escore total versus perda de pelo em membros inferiores

Foi observado que aqueles que pontuaram escore maior que 40 no FFASI apresentaram uma maior tendência a apresentarem pápulas faciais ($p= 0,08$), (Figura 6)

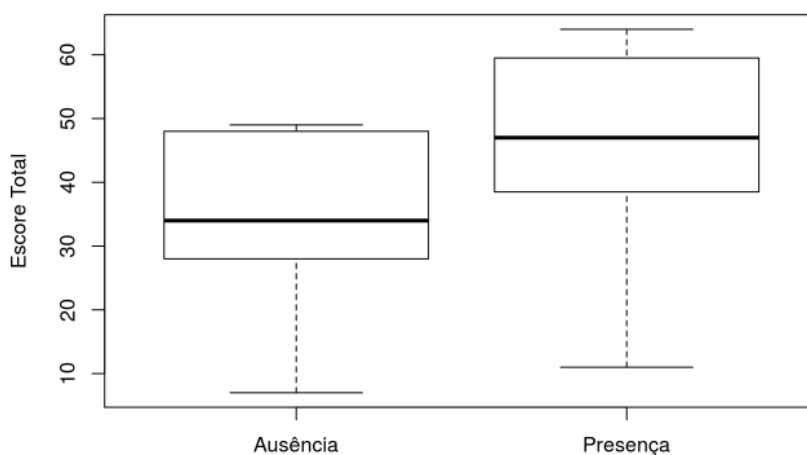


Figura 6: Escore total versus pápulas faciais

A perda de cílios e líquen plano ungueal não apresentaram diferenças significativas ($p= 0,27$). Nenhuma paciente foi diagnosticada com LP de mucosa genital ou oral, não sendo possível aplicar o teste estatístico.

Correlação entre o escore total de LLPAI e FFASI

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a correlação dos escores totais do LLPAI e do FFASI, demonstrando que uma alta pontuação de um teste não garante uma alta pontuação no outro ($p=0,67$) (Figura 5)

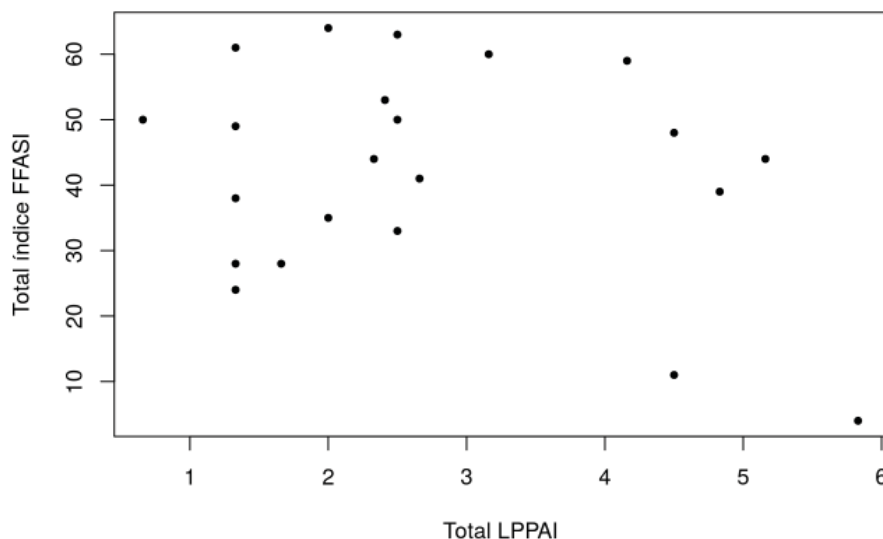


Figura 5: correlação entre escore total de LPPAI E FFASI

DISCUSSÃO

A AFF é uma alopecia cicatricial, de evolução variável, imprevisível e etiologia ainda incerta que começou a ser descrita a pouco mais de 20 anos e tem sua incidência muito aumentada nos últimos anos.^{2,3,5,14,19} Por ser uma entidade relativamente recente, ainda não possui critérios de avaliação, classificação de gravidade e tratamento bem padronizados, despertando na comunidade científica uma necessidade constante do desenvolvimento de maiores estudos que possam guiar com mais precisão a condução desses pacientes e permitir diagnósticos mais precoces, impedindo as temíveis sequelas além de adequada avaliação da resposta terapêutica.

A alopecia frontal fibrosante ocorre principalmente em mulheres na pós menopausa, iniciando por volta de 60 anos, contudo estão sendo feitos cada vez mais diagnósticos na pré-menopausa e em homens.^{1-3,5,14} Observamos esse mesmo padrão em nossos resultados, nossa amostra foi composta apenas por pacientes do sexo feminino com uma média de 62 anos (39-81 anos), 86% após a menopausa. Há poucos registros de AFF em homens na literatura.^{5,14,20}

A AFF é caracterizada por uma recessão progressiva da linha de implantação frontotemporal, essa recessão pode se estender, sem necessariamente ter uma continuidade com a alopecia frontal, lateralmente, acima e atrás das orelhas, além de acometimento da região occipital; pode ser lenta, rápida ou auto-limitada.²⁻⁴ As medidas mais utilizadas são a da glabella até a linha frontal e a medida direta da faixa de recessão frontal, sendo que a primeira, apesar de útil para avaliações subsequentes de um mesmo paciente dificulta a comparação entre grupos, pois cada indivíduo possui um padrão de implantação da linha frontal e diferentes medidas, além de não avaliar a recessão temporal.^{2,3,5} Vano Galvan classificou a faixa de recessão

em 5 graus de gravidade, tais medidas têm sido utilizadas na maior parte dos escores atuais, sendo: grau I (<1cm), II (1-2,99 cm), III (3-4,99 cm), IV (5-6,99 cm) e V (> 7cm), propõe-se que os graus I e II se refiram a uma AFF moderada e III, IV e V a severa.⁵

O FFASI utiliza essa medida, e apesar de atribuir de forma adequada um maior percentual da pontuação total do escore a ela, atribui um peso muito grande a cada grau, sendo que pequenas variações podem modificar rapidamente o índice e grandes variações se classificam na mesma faixa – por ex, caso A x B (variações de 2,9 para 3,1, ou seja, 0,2cm aumentam em mais de 4 pontos o escore - e grandes variações, por exemplo, de 5 para 7,8 cm, não modificaram o FFASI). Também não permite comparações adequadas em avaliações subseqüentes do mesmo paciente, pois como não utiliza o valor real da medida da recessão e possui uma faixa muito larga de variação de um grau para o outro (de 2-3cm), mesmo que o paciente piore da sua alopecia e evolua, por exemplo, de uma recessão frontal de 1,0 cm para 2,9 cm em avaliações seriadas, ele permanecerá com o mesmo escore, subestimando a atividade da doença. Sendo assim, essa medida não é adequada para graduar a severidade da AFF ou avaliar o seguimento, especialmente em casos iniciais.

Após conclusão da nossa coleta de dados, e vindo de encontro a necessidade de um índice mais adequado para classificação da gravidade da AFF, no final de 2017 Saceda-Corralo e colaboradores publicaram um novo escore de avaliação da AFF: o Escore de Severidade da Alopecia Frontal Fibrosante, do inglês – *Frontal Fibrosing Alopecia Severity Score* (FFASS).²¹ Que apesar de muito recente e ainda não ter sido aplicado em outros estudos, parece abordar de forma mais realista e reprodutível os itens importantes na classificação de gravidade da AFF. Esse teste inclui a extensão da alopecia além dos sinais de inflamação local e sintomas e os divide em dois grupos de pontuação.²¹ Contudo, apesar de mais reprodutível que o FFASI, ainda não acreditamos que a forma de pontuação da linha de recessão adotada seja a ideal, já que também utiliza pesos iguais para faixas de recessão muito distantes (ex: grau I: <cm, grau II: 1-2,99cm, grau III: 3-4,99cm, grau IV: 3-4,99cm, grau V > 7cm), não traduzindo se houve progressão da alopecia nas medidas seriadas, caso a medida permaneça dentro da mesma faixa de classificação. Convém citar que após validação interna do FFASS foi optado pela não inclusão da medida de recessão occipital. Segundo os autores, as medidas da recessão frontal e das linhas temporais são suficientes para graduação da extensão da alopecia.²¹ Por um diferente motivo, também concordamos com a exclusão dessa medida, pois além de ser redundante, há uma grande dificuldade técnica na realização da mesma, já que não existem limites nítidos entre a margem original e a atual, como facilmente avaliada na frontotemporal.

A perda progressiva das sobrancelhas (que pode anteceder a recessão frontal), assim como dos pelos do corpo, são achados frequentes e fornecerem um peso menor na avaliação da extensão da AFF e podem sinais iniciais da doença e permitir um diagnóstico mais precoce.^{1,6} O mesmo foi observado em nosso estudo, onde todas as pacientes tiveram perda total ou parcial das sobrancelhas, 77% tiveram perda de pelos nas flexuras, 86% perda de pelos de membros inferiores e 95% dos membros superiores. Outros sinais clínicos e dermatoscópicos como , eritema e hiperqueratose perifolicular, pápulas faciais, pontos vermelhos na glabella e depressão das veias frontais tem sido descritos, sem afirmar claramente essa relação com a atividade da

doença.⁷⁻⁹ Artigos mais recentes correlacionam a perda dos cílios, acometimento de pelos corporais e pápulas faciais com formas mais severas de AFF⁵, dados também encontrados em nosso estudo, com exceção da perda de cílios. Observamos que aqueles que tiveram maior pontuação no FFASI (>40) tiveram maior tendência a apresentar pápulas faciais e perda de pelos corporais.

No final de 2017 foi publicado por Moreno-Arrones e colaboradores um artigo avaliando 242 mulheres com alopecia frontal fibrosante e classificando-as em 3 diferentes padrões clínico e prognóstico. São eles: tipo I ou padrão linear, é definido por uma recessão frontal uniforme sem perda de densidade atrás da linha de alopecia, é o mais comum dos 3 e tem um prognóstico intermediário, além de menos eritema e queratose perifolicular que no padrão II. O padrão II ou difuso é o segundo mais comum e de pior prognóstico, definido como banda frontal de alopecia mais irregular e com pelo menos 50% de perda da densidade capilar na região posterior a linha frontal além de uma maior intensidade de sinais inflamatórios na dermatoscopia. Muitas vezes esse padrão é confundido com alopecia androgenética ou alopecia fibrosante em padrão de distribuição. Padrão III ou pseudo-franja, o menos comum, caracterizado pela linha primitiva frontal ou temporal intocada e a linha de alopecia formando uma “pseudo-franja”. Esse padrão tinha um menor envolvimento de sobrancelhas e outros sinais associados a gravidade da AFF além de um melhor prognóstico, também forma vistos menos sinais inflamatórios na dermatoscopia.²² Aqui fazemos outra crítica ao índice FFASI, pois apesar de incluir em sua classificação critérios como perda de sobrancelhas, cílios, pelos corporais e pápulas de face atribui pesos muito pequenos a eles, não destacando a sua importância na graduação de severidade da AAF e também não faz referência aos diferentes padrões clínicos existentes. Também inclui características que não têm sido associadas a severidade da AFF, como presença de LP oral / genital ou LP ungueal²³, o que foi também encontrado em nosso estudo. Das 22 pacientes nenhuma apresentou LP oral ou genital e apenas 3 tiveram características sugestivas, mas não diagnósticas de LP ungueal.

Um instrumento muito útil e não invasivo é a dermatoscopia / tricoscopia do couro cabeludo. São relatados como sinais dermatoscópicos da AFF: desaparecimento das aberturas foliculares, placas brancas cicatriciais, perda de pelos velos, eritema e queratose perifolicular, pontos cinza azulados, cabelos fraturados e pili torti.^{24,25} Contudo, apesar de serem bem relatados e pelo menos um sinal visto em 100% dos casos, pouco se sabe sobre a correlação desses sinais com atividade, severidade ou progressão da alopecia.^{7,12,26} Alguns estudos tem demonstrado que o eritema e escamas perifoliculares, além do prurido, dor e queimação têm sido relacionados ao infiltrado liquenóide em amostras de biópsia.¹⁴ Recentemente Martínez- Velascos e colaboradores identificaram uma forte correlação entre a queratose perifolicular e as alterações inflamatórias encontradas nas biópsias, criando uma escala visual tricoscópica que gradua a severidade desse sinal na dermatoscopia.¹⁰ Entretanto no FFASI, na avaliação da banda frontal, os sinais dermatoscópicos não são adequadamente computados, não há descrição de quais achados sugerem a inflamação nem uma graduação de sua intensidade. Já no LPPAI, que apesar de não ter sido validado especificamente para uso da AFF, os sinais de

eritema e queratose perifolicular são avaliados e graduados.¹⁵ Em nosso estudo por esses sinais estarem presentes na maioria das pacientes não encontramos diferença estatisticamente significativa em relação ao escore final. Sendo assim, acreditamos que a inclusão de sinais dermatoscópicos que sugerem inflamação em um escore de gravidade da AFF são primordiais. O FFASS²¹ os incluiu de forma muito inteligente separando a pontuação em duas categorias, permitindo que futuras avaliações sejam feitas separadamente – evolução da extensão da alopecia e do grau de inflamação.

Apesar de os sintomas não serem necessários para o diagnóstico da AFF, o prurido, ardência e dor local podem estar presentes.^{4,5} Segundo séries de casos, o prurido e a tricotínea são encontrados em 35% e 20% dos pacientes com AFF respectivamente, mas alguns relatos chegam a encontrar 67% de prurido¹⁴, interferindo muito na qualidade de vida e percepção do doente sobre a sua doença.²⁷ Em nossa série encontramos 50% dos pacientes com prurido e 31% com tricotínea. Ao correlacionar os sinais e sintomas com a pontuação final vimos que aqueles pacientes com escore maior no LPPAI tiveram uma tendência a queixarem-se mais de prurido e dor, a sensação de queimação esteve presente naqueles com escore > 4,8, mostrando a importância desses sinais na avaliação subjetiva. Esse achado também foi constatado por Chiang¹⁵ e Samrao¹⁴, que utilizaram o LPPAI como critério de avaliação à resposta terapêutica no tratamento da AFF e observaram uma redução significativa no escore por melhora dos sintomas e sinais após tratamento.^{14,15} Outro resultado significativo encontrado em nosso estudo foi quanto à progressão da alopecia no LPPAI. Todos os pacientes com escore acima de 2,5 pontuaram para esse item, demonstrando que a intensidade dos sinais e sintomas tem relação direta com a impressão dos pacientes sobre a evolução de sua doença. Saceda reforça que para avaliar a atividade da doença em um momento preciso, também é necessário considerar os sinais inflamatórios e sua intensidade como características mensuráveis independentes. Sendo assim, esses dados clínicos representam marcadores de atividade de AFF e avaliá-los pode melhorar a validade do sistema de pontuação, essa mesma conclusão foi encontrada no FFASS²¹, vindo de encontro a nossos achados.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a correlação dos escores totais do LLPAL e do FFASI, demonstrando que uma alta pontuação de um teste garante uma alta pontuação no outro. Como discutido acima, apesar de não se correlacionarem diretamente, ambos contêm tópicos importantes a serem considerados em uma adequada estratificação da gravidade da AFF. O FFASS²¹ vem de encontro aos nossos resultados ao incluir tanto extensão da alopecia como os sinais de inflamação local e os sintomas das pacientes e separá-los em dois grupos com pontuações independentes, mas complementares.

CONCLUSÃO

Os índices LLPAL e FFASI utilizados em nosso estudo não se mostraram satisfatórios ao serem aplicados separadamente, apesar de seu escore final não se correlacionar diretamente, se complementam. Essa correlação foi englobada em um novo índice publicado recentemente, o FFASS, contudo precisa de mais estudos

comprovando sua aplicabilidade e reprodutibilidade e talvez alguns pequenos ajustes na sua forma de pontuação da extensão da alopecia. Conclui-se que até o momento não existe uma ferramenta ideal de avaliação da gravidade AFF e mais estudos são necessários.

REFERÊNCIAS

- 1- KOSSARD, Steven; LEE, May-Sen; WILKINSON, Barbara. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: a frontal variant of lichen planopilaris. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 36, n. 1, p. 59-66, 1997.
- 2- TAN, K. T.; MESSENGER, A. G. Frontal fibrosing alopecia: clinical presentations and prognosis. **British Journal of Dermatology**, v. 160, n. 1, p. 75-79, 2009.
- 3- MACDONALD, Alison; CLARK, Colin; HOLMES, Susan. Frontal fibrosing alopecia: a review of 60 cases. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 67, n. 5, p. 955-961, 2012.
- 4- BANKA, Nusrat et al. Frontal fibrosing alopecia: a retrospective clinical review of 62 patients with treatment outcome and long-term follow-up. **International journal of dermatology**, v. 53, n. 11, p. 1324-1330, 2014.
- 5- VAÑÓ-GALVÁN, Sergio et al. Frontal fibrosing alopecia: a multicenter review of 355 patients. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 70, n. 4, p. 670-678, 2014.
- 6- KOSSARD, Steven; LEE, May-Sen; WILKINSON, Barbara. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: a frontal variant of lichen planopilaris. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 36, n. 1, p. 59-66, 1997.
- 7- PIRMEZ, R. et al. Glabellar red dots in frontal fibrosing alopecia: a further clinical sign of vellus follicle involvement. **British Journal of Dermatology**, v. 170, n. 3, p. 745-746, 2014.
- 8- TOSTI, Antonella; MITEVA, Mariya; TORRES, Fernanda. Lonely hair: a clue to the diagnosis of frontal fibrosing alopecia. **Archives of dermatology**, v. 147, n. 10, p. 1240-1240, 2011.
- 9- VAÑÓ-GALVÁN, Sergio et al. Depression of the frontal veins: a new clinical sign of frontal fibrosing alopecia. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 72, n. 6, p. 1087-1088, 2015.
- 10- MARTÍNEZ-VELASCO, María Abril et al. Frontal Fibrosing Alopecia Severity Index: A Trichoscopic Visual Scale That Correlates Thickness of Peripilar Casts with Severity of Inflammatory Changes at Pathology. **Skin Appendage Disorders**.

- 11-RÁCZ, Eموke et al. Treatment of frontal fibrosing alopecia and lichen planopilaris: a systematic review. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 27, n. 12, p. 1461-1470, 2013.
- 12-FERNÁNDEZ-CREHUET, Pablo et al. Trichoscopic features of frontal fibrosing alopecia: results in 249 patients. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 72, n. 2, p. 357-359, 2015.
- 13-VAZQUEZ-HERRERA, N. E. et al. Optical coherence tomography for the investigation of frontal fibrosing alopecia. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 32, n. 2, p. 318-322, 2018.
- 14-SAMRAO, A.; CHEW, A.-L.; PRICE, V. Frontal fibrosing alopecia: a clinical review of 36 patients. **British Journal of Dermatology**, v. 163, n. 6, p. 1296-1300, 2010.
- 15-CHIANG, Charles et al. Hydroxychloroquine and lichen planopilaris: efficacy and introduction of Lichen Planopilaris Activity Index scoring system. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 62, n. 3, p. 387-392, 2010.
- 16-CHO, Bryan K. et al. Efficacy and safety of mycophenolate mofetil for lichen planopilaris. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 62, n. 3, p. 393-397, 2010.
- 17- CHIANG, Y. Z. et al. The role of beliefs: lessons from a pilot study on illness perception, psychological distress and quality of life in patients with primary cicatricial alopecia. **British Journal of Dermatology**, v. 172, n. 1, p. 130-137, 2015.
- 18- HOLMES, S. et al. Frontal Fibrosing Alopecia Severity Index (FFASI): a validated scoring system for assessing frontal fibrosing alopecia. **British Journal of Dermatology**, v. 175, n. 1, p. 203-207, 2016.
- 19- LADIZINSKI, Barry et al. Frontal fibrosing alopecia: a retrospective review of 19 patients seen at Duke University. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 68, n. 5, p. 749-755, 2013.
- 20- DLOVA, N. C. et al. Frontal fibrosing alopecia: a clinical review of 20 black patients from South Africa. **British Journal of Dermatology**, v. 169, n. 4, p. 939-941, 2013.
- 21- SACEDA-CORRALO, David et al. development and validation of the Frontal Fibrosing Alopecia Severity Score. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 78, n. 3, p. 522-529, 2018.

- 22- MORENO-ARRONES, O. M. et al. Frontal fibrosing alopecia: clinical and prognostic classification. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 31, n. 10, p. 1739-1745, 2017.
- 23- SACEDA-CORRALO, David et al. development and validation of the Frontal Fibrosing Alopecia Severity Score. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 78, n. 3, p. 522-529, 2018.
- 24- TOSTI, Antonella: *Dermoscopy of the Hair and Nails*, ed 2. Boca Raton, CRC Press, 2016, pp 53–56.
- 25- MITEVA, Mariya; TOSTI, Antonella. Hair and scalp dermatoscopy. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 67, n. 5, p. 1040-1048, 2012.
- 26- TOLEDO-PASTRANA, Tomás; HERNÁNDEZ, María Jasé García; MARTÍNEZ, Francisco M. Camacho. Perifollicular erythema as a trichoscopy sign of progression in frontal fibrosing alopecia. **International journal of trichology**, v. 5, n. 3, p. 151, 2013.
- 27- VÁZQUEZ-HERRERA, Norma Elizabeth et al. Scalp Itch: A Systematic Review. **Skin Appendage Disorders**, v. 4, n. 3, p. 187-199, 2018.