

duta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Singh I, Uy A, Kassardjian A, Armstrong AW. Brodalumab in an organ transplant recipient with psoriasis. *Cutis*. 2021;107:104-6.
2. Prussick R, Wu JJ, Armstrong AW, Siegel MP, Voorhees ASV. Psoriasis in solid organ transplant patients: best practice recommendations from the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Dermatolog Treat*. 2018;29:329-33.
3. Garrouste C, Anglicheau D, Kamar N, Bachelier C, Rivalan J, Pereira B, et al. Anti-TNF α therapy for chronic inflammatory disease in kidney transplant recipients: clinical outcomes. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95:e5108.
4. Mansouri B, Patel M, Menter A. Tumour necrosis factor- α inhibitor use in patients with psoriasis with organ transplantation. *Br J Dermatol*. 2013;169:481-3.
5. Brokalaki EI, Voshege N, Witzke O, Kribben A, Schadendorf D, Hillen U. Treatment of severe psoriasis with etanercept in a pancreas-kidney transplant recipient. *Transplant Proc*. 2012;44:2776-7.
6. Madankumar R, Teperman LW, Stein JA. Use of etanercept for psoriasis in a liver transplant recipient. *JAAD Case Rep*. 2015;24:S36-7.

7. Richetta A, Marraffa F, Grassi S, Aquila E, Dybala A, Aprile F, et al. Ustekinumab for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis in a solid organ transplanted recipient: a case report. *Australas J Dermatol*. 2021;62:e442-3.
8. Romiti R, Carvalho AVE, Duarte GV. Brazilian consensus on psoriasis 2020 and treatment algorithm of the Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol*. 2021;96:778-81.
9. Lora V, Graceffa D, De Felice C, Morrone A, Bonifati C. Treatment of severe psoriasis with ixekizumab in a liver transplant recipient with concomitant hepatitis B virus infection. *Dermatol Ther*. 2019;32:e12909.
10. Blasco MC, Diong S, Raghallaigh SN. BI23: use of biologics for psoriasis in solid organ transplant recipients: a case report and review of the literature. *Br J Dermatol*. 2022;187:114.

Luana Pizarro Meneghello ^{a,*},
Diéssica Gisele Schulz ^a, Larissa Prokopp da Costa ^a
e André Vicente Esteves de Carvalho ^b

^a Departamento de Dermatologia, Universidade Franciscana, Santa Maria, RS, Brasil

^b Departamento de Dermatologia, Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: lupmene@yahoo.com.br (L.P. Meneghello).

Recebido em 15 de agosto de 2022; aceito em 11 de novembro de 2022

2666-2752/ © 2023 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Análise multivariada das características clínicas e fatores prognósticos na alopecia areata de início precoce: estudo retrospectivo com 82 pacientes brasileiros ^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A alopecia areata (AA) é uma doença autoimune não-cicatricial, que afeta adultos e crianças. Embora aproximadamente 2% da população geral desenvolvam a doença em algum momento da vida, a AA pediátrica constitui aproximadamente 20% dos casos, e cerca de 60% desenvolverão a primeira placa antes dos 20 anos.¹ Entretanto, até 50% dos

pacientes jovens com doença limitada costumam apresentar crescimento dos cabelos dentro de um ano sem tratamento. Embora existam algumas características conhecidas de AA consideradas indicadores de mau prognóstico,² o curso da doença ainda é imprevisível e a resposta ao tratamento pode ser variável. Recentemente, alguns autores reconhecem a AA como condição sistêmica em decorrência do aumento de sua associação com algumas comorbidades, especialmente doenças metabólicas e cardiovasculares.³

O objetivo deste estudo foi identificar e analisar potenciais características clínicas e fatores prognósticos relacionados ao resultado do tratamento na AA de início precoce. Este estudo retrospectivo incluiu 82 pacientes de ambos os sexos e todos os tipos de pele, clinicamente diagnosticados com o primeiro episódio de AA antes dos 18 anos na Clínica de Doenças dos Cabelos do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Brasil, entre 2014 e 2019. Os dados dos pacientes foram obtidos dos prontuários e avaliados por análise multivariada. Os critérios de exclusão incluíram outros tipos de alopecia do couro cabeludo.

Este estudo incluiu 43 pacientes femininas e 39 masculinos com média de idade atual de 20,44 (4-43) anos e média de idade de início da doença aos 7,7 anos. A duração média da doença foi de 10,94 (0,5-36) anos, e o seguimento médio foi de 24,7 (0,5-60) meses. A comorbidade associada mais frequente foi hipotireoidismo (24,4%); desses, porém, apenas 6,1% apresentavam doença de Hashimoto. O tipo de

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.11.001>

[☆] Como citar este artigo: Doche I, Gerlero P, Magalhães T, Thien CI, Macedo T, Rivitti-Machado MC. Multivariate analysis of clinical characteristics and prognostic factors in early-onset alopecia areata: a retrospective study with 82 Brazilian patients. *An Bras Dermatol*. 2023;98:681-4.

^{☆☆} Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Tabela 1 Características demográficas, clínicas e terapêuticas dos pacientes

	Média	DP	(Variação)	Mediana	Nº de pacientes, % (n = 82)
<i>Sexo</i>					
Masculino					39 (47,6)
Feminino					43 (52,4)
<i>Idade (a)</i>					
Total	20,4	9,2	(4-43)	17	
Masculino	17,6	6,2	(6-33)	17	
Feminino	23	10,8	(4-43)	22	
<i>Idade na primeira consulta (a)</i>					
Total	7,7	4,4	(0-18)	6,5	
Masculino	7,6	4,2	(0-18)	6	
Feminino	7,7	4,6	(0-18)	7	
<i>Duração da doença (a)</i>					
Total	10,9	8	(0,5-36)	9,5	
Masculino	8	5,2	(1-23)	6	
Feminino	13,5	9,2	(0,5-36)	10	
<i>Tempo de seguimento (m)</i>					
Total	24,7	16,9	(0,5-60)	24,5	
<i>Tempo até a recorrência (m)</i>					
Total	87,4	225,1	(6-1220)	24,4	
<i>Tipo de queda de cabelo</i>					
Universal					28 (34,1)
Múltiplas placas					24 (29,3)
Placa única					15 (18,3)
Total					12 (14,6)
Ofiásica					3 (3,7)
<i>Envolvimento de cílios, sobrancelhas e/ou unhas</i>					
Total					49 (59,8)
<i>Histórico familiar de AA</i>					
Total					6 (7,3)
<i>Hipotireoidismo</i>					
Total					20 (24,4)
<i>Doença de Hashimoto</i>					
Total					5 (6,1)
<i>Dermatite atópica</i>					
Total					4 (4,9)
<i>Asma</i>					
Total					6 (7,3)
<i>Vitiligo</i>					
Total					4 (4,9)
<i>Obesidade</i>					
Total					4 (4,9)
<i>Síndrome de Down</i>					
Total					4 (4,9)
<i>Tratamento tópico</i>					
Total					79 (96,3)
<i>Somente corticosteroides</i>					
Total					63 (76,8)
<i>Minoxidil</i>					
Total					22 (26,8)
<i>Tacrolimus</i>					
Total					18 (22)
<i>Antralina</i>					
Total					39 (47,6)
<i>Esteróide intralesional</i>					
Total					26 (31,7)
<i>Difenciprona</i>					
Total					15 (18,3)
<i>Tratamento sistêmico</i>					
Total					29 (35,4)
<i>Corticosteroides orais</i>					
Total					22 (26,8)
<i>Ciclosporina</i>					
Total					68 (82,9)
<i>Fototerapia (NB-UVB)</i>					
Total					68 (82,9)
<i>Resposta ao tratamento (crescimento parcial ou completo dos cabelos)</i>					
Total					51 (62,2)
<i>Recorrência</i>					
Total					19 (23,2)
<i>Tipo de recorrência da queda de cabelo</i>					
Múltiplas placas					14 (17,1)
Universal					3 (3,7)
Total					2 (2,4)

a, anos; AA, alopecia areata; DP, desvio-padrão; m, meses; N, número de pacientes; NB-UVB, radiação ultravioleta B de banda estreita.

AA mais frequente foi o universal (n=28; 34,1%). Quase 60% (n=49) dos pacientes apresentavam envolvimento de cílios, sobrancelhas e/ou unhas. Quase todos os pacientes (n=79, 96,3%) foram submetidos à terapia tópica associada ou não a outros tratamentos, que incluíram corticoides intralésionais, corticoides sistêmicos, ciclosporina, fototerapia UVB-NB e difenciprona. Sessenta e dois por cento (n=51) apresentaram crescimento completo ou parcial do cabelo e 23,3% (n=19) tiveram recorrência após cinco anos, a maioria apresentando-se como lesões múltiplas (tabela 1).

O uso de injeções intralésionais de esteroides foi a única variável estatisticamente significativa relacionada a melhor resposta ao tratamento na análise multivariada, com $p=0,007$ (OR=4,56, IC95% 1,52-13,6). Injeções intralésionais de esteroides com hexacetonido de triancinolona (HT) na concentração média de 5 mg/mL (2,5-10 mg/mL) foram realizadas mensalmente em 26 pacientes com mais de 13 anos de idade, e o número médio de sessões foi de 8,7. Digno de nota, os pacientes que foram submetidos a injeções de HT apresentavam, em sua maioria, AA universal, maior média de idade, maior idade de início de AA, doença mais longa e seguimento mais longo, em comparação com o grupo geral. Nenhum efeito colateral relevante foi relatado nesse grupo, exceto dor local, sangramento mínimo por punção e atrofia transitória da pele do couro cabeludo.

As evidências atuais sugerem que a disfunção tireoidiana e as doenças autoimunes da tireoide são mais prevalentes em pacientes com AA,^{4,5} mas ainda faltam dados em crianças. Embora quase metade dos pacientes com hipotireoidismo apresentassem AA universal ou total, isso não foi associado a resposta terapêutica inferior. Além disso, características conhecidas como geralmente relacionadas a mau prognóstico, como AA extensa (total/universal), envolvimento ungueal, história familiar de AA ou dermatite atópica, não foram relacionadas a pior resultado terapêutico neste estudo. Por outro lado, a adesão ao tratamento foi o único fator prognóstico modificado, como relatado anteriormente.⁶

Embora existam muitos tratamentos para AA, as opções atualmente disponíveis não são curativas – no máximo controlam e limitam a doença – e as recorrências são frequentes ao longo do tempo. A escolha do tratamento adequado depende da idade do paciente, da extensão e duração da doença. De acordo com o *AA Consensus of Experts Study*, para pacientes com mais de 13 anos de idade com AA afetando 30% a 50% do couro cabeludo, os corticosteroides intralésionais (preferencialmente acetonido de triancinolona [AT]) são considerados terapia de primeira linha.⁷ O HT, comercializado como suspensão estéril de 20 mg/mL, é a opção terapêutica mais disponível para injeção intralésional de esteroides no Brasil. Embora acredite-se que o HT tenha melhor eficácia em comparação com o AT,⁸ ele é um derivado do AT menos solúvel e doses mais baixas devem ser utilizadas para evitar atrofia da pele.⁹

As limitações deste estudo incluem análise retrospectiva, falta de grupo controle e modalidades de tratamento escolhidas de acordo com a disponibilidade na instituição dos autores.

Os achados do presente estudo apoiam o fato de que injeções consecutivas de esteroides intralésionais podem ser fator modificador do curso da AA, ajudando a promover o crescimento do cabelo e a adesão ao tratamento, especi-

almente nos casos de início precoce. Além disso, injeções intralésionais de HT podem ser consideradas terapia eficaz, segura e de baixo custo para adolescentes com AA, se o AT não estiver disponível.

Declaração de ética

Este protocolo de estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética Universitária da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com número de aprovação: 4.919.529.

Todos os pacientes neste manuscrito deram seu consentimento informado por escrito para a publicação dos detalhes de seus casos. Para todos os participantes menores de idade, o consentimento informado por escrito foi obtido dos pais/responsáveis legais/parentes próximos.

Suporte financeiro

Nenhum

Contribuição dos autores

Isabella Doche: Contribuiu com a concepção e planejamento do estudo, obtenção, análise e interpretação dos dados; contribuiu na redação do manuscrito e na revisão crítica do conteúdo intelectual importante; participou na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta terapêutica de casos estudados e na revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Paula Gerlero: Contribuiu com a concepção e planejamento do estudo, obtenção, análise e interpretação dos dados; contribuiu na redação do manuscrito e na revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta terapêutica de casos estudados e na revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Tiara Magalhães: Contribuiu com a concepção e planejamento do estudo, obtenção, análise e interpretação dos dados; participação na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta terapêutica de casos estudados e na revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Chan Thien: Contribuiu com a concepção e planejamento do estudo, obtenção, análise e interpretação dos dados; participação na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta terapêutica de casos estudados e na revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Thalita Macedo: Contribuiu com a concepção e planejamento do estudo, obtenção, análise e interpretação dos dados; participação na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta terapêutica de casos estudados e na revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Maria Cecília Rivitti-Machado: Contribuiu na redação do manuscrito e na revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta terapêutica de casos estudados e na revisão crítica da literatura; aprovação da

versão final do manuscrito; contribuiu com a concepção e planejamento do estudo, obtenção, análise e interpretação dos dados.

Conflito de interesses





Nenhum.

Referências

1. Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, McElwee KJ, Shapiro J. Alopecia areata update: part I Clinical picture, histopathology, and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:177–88.
2. Chu SY, Chen YJ, Tseng WC, Lin MW, Chen TJ, Hwang CY, et al. Comorbidity profiles among patients with alopecia areata: the importance of onset age, a nationwide population-based study. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65:949–56.
3. Conic RRZ, Chu S, Tamashunas NL, Damiani G, Bergfeld W. Prevalence of cardiac and metabolic diseases among patients with alopecia areata. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2021;35:e128–9.
4. Lee S, Lee YB, Kim BJ, Lee WS. Screening of thyroid function and autoantibodies in patients with alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80:1410–3, e4.
5. Park SM, Oh YJ, Lew BL, Sim WY. The association among thyroid dysfunction, thyroid autoimmunity, and clinical features of alopecia areata: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81:602–5.
6. Jiménez-Herrera EA, Rios-Garza Z, Peralta-Pedrero ML, Jurado-Santa Cruz F, Morales-Sánchez MA. Prognostic factors in Mexican

patients with patchy and other types of alopecia areata. *Skin Appendage Disord.* 2020;6:296–303.

7. Meah N, Wall D, York K, Bhojru B, Bokhari L, Asz-Sigall D, et al. The alopecia areata consensus of experts (ACE) study part II: results of an international expert opinion on diagnosis and laboratory evaluation for alopecia areata. *J Am Acad Dermatol.* 2021;84:1594–601.
8. Porter D, Burton JL. Comparison of intra-lesional triamcinolone hexacetonide and triamcinolone acetonide in alopecia areata. *Br J Dermatol.* 1971;85:272–3.
9. Pirmez R, Abraham LS, Duque-Estrada B, Damasco P, Farias DC, Kelly Y, et al. Trichoscopy of steroid-induced atrophy. *Skin Appendage Disord.* 2017;3:171–4.

Isabella Doche , Paula Gerlero *, Tiara Magalhães , Chan I. Thien , Thalita Macedo  e Maria Cecília Rivitti-Machado 
Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: gerleropaula@gmail.com (P. Gerlero).

Recebido em 7 de setembro de 2022; aceito em 2 de novembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.008>

2666-2752/ © 2023 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Pacientes com três ou mais melanomas primários: estudo clínico-epidemiológico ^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A incidência de melanoma está crescendo em todo o mundo. O melanoma é responsável pela maioria das mortes relacionadas ao câncer de pele.¹ Pacientes com melanoma passam por consultas de seguimento principalmente para evitar a progressão da doença.² Além disso, o diagnóstico de melanoma tem sido relatado como fator de risco para o desenvolvimento subsequente de outro melanoma.³ A maioria dos pacientes com melanomas primários múltiplos (MPM) tem dois tumores primários, e apenas uma pequena parte deles apresenta três ou mais melanomas primários (3MP). A literatura é quase exclusivamente concentrada no grupo de pacientes com MPM, e não aborda pacientes com mais de dois tumores primários.⁴

Os autores utilizaram um banco de dados de pacientes em seguimento com melanoma no Departamento de Dermatovenereologia do Hospital Universitário (Pilsen, República Tcheca) para encontrar uma coorte de pacientes com MPM. Os autores se concentraram em pacientes com 3MP para analisá-los em detalhes no âmbito do estudo retrospectivo.

Os dados de interesse foram sexo, idade na excisão do primeiro melanoma, número total de melanomas primários removidos, intervalo de tempo entre as excisões cirúrgicas de MPMS, classificação histopatológica de todos os melanomas (classificação AJCC no momento da excisão do tumor), localização dos melanomas (cabeça/pescoço, tronco, membros superiores, membros inferiores, outros), desenvolvimento de metástases nodais e/ou a distância durante o seguimento. Histórico de melanoma na família (até parentes próximos de segundo grau), coincidência com outro tipo de câncer, fototipo (I–IV de acordo com a classificação de Fitzpatrick), três ou mais episódios de queimadura solar na infância (sim/não/não sabe) e o número e as características dos nevos melanocíticos no tronco e nas partes proximais das extremidades (grupo 0 – sem nevos; grupo I – até 20 nevos; grupo II – até 50 nevos; grupo III, – mais de 50 nevos comuns; grupo IV – mais de 50 nevos de aparência clínica diferente, incluindo nevos atípicos) também foram investigados.

Foram identificados 3.641 pacientes em seguimento por melanoma confirmado histopatologicamente no banco eletrônico de dados do departamento, para os quais todas as

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.12.003>

☆ Como citar este artigo: Fikrle T, Divisova B, Pizinger K. Patients with three or more primary melanomas; clinical-epidemiological study. *An Bras Dermatol.* 2023;98:684–9.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Charles University, University Hospital, Pilsen, República Tcheca.