



CARTA - INVESTIGAÇÃO

Alopécia areata: análise descritiva em amostra brasileira ☆☆☆



Prezado Editor,

Alopécia areata (AA) é uma doença autoimune na qual os linfócitos TCD8+ agridem o folículo piloso na fase anágena do ciclo capilar, causando alopecia.¹

Clinicamente, observam-se áreas alopecias múltiplas ou únicas, ovais ou arredondadas. As formas clínicas descritas são: em placas, ofiásica, *sisaipto*, difusa, total e universal.¹

A incidência dessa patologia nos Estados Unidos é de aproximadamente 2,1% com prevalência na população geral de 0,1 a 0,2%.¹ No Brasil, um estudo demonstrou que a AA corresponde a 1,2% dos atendimentos dermatológicos, e é a terceira forma de alopecia mais diagnosticada após alopecia androgenética e eflúvio telógeno.² Esses indivíduos têm maior chance de apresentar doenças autoimunes como tireoidite, psoríase, lúpus eritematoso (LE), doença inflamatória intestinal, dermatite atópica, entre outras, além do impacto biopsicossocial, especialmente nos casos extensos, quando os pacientes tendem ao isolamento.^{1,3}

A escolha do tratamento depende da extensão da doença e idade do paciente.

Existem poucos estudos epidemiológicos em nosso meio, o que objetivou a avaliação dos casos acompanhados no ambulatório de dermatologia em hospital quaternário entre 2000 e 2017.

Os dados foram coletados retrospectivamente e submetidos ao programa estatístico R versão 3.4.2. (R Core Team, 2016), analisados descritivamente e comparados pelo teste do qui-quadrado de Pearson. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, nº 29982620.1.0000.5479.

Foram avaliados 466 pacientes: 272 (58,4%) mulheres e 194 homens (41,6%); 189 (40,6%) brancos, 118 (25,3%) não brancos e 159 casos (34,1%) sem informação. As mulheres foram as mais acometidas, enquanto na literatura não há diferença entre os sexos. Essa observação reflete o perfil do ambulatório, onde há mais pacientes do sexo feminino,

além de buscarem atendimento mais precoce para questões relacionadas aos cabelos.¹

A média das idades foi 33,6 anos (3 a 86 anos), com desvio-padrão de 16,6 anos. A idade de início da doença variou entre 0 e 82 anos, com média de 25,6 anos (desvio-padrão de 16,6 anos). Esses dados reforçam a observação de outros estudos com maior frequência entre adultos jovens.⁴

Em relação à extensão, os dados estão relacionados na **tabela 1**. Observou-se que o maior número de casos leves foi semelhante aos observados na literatura; entretanto, os casos graves tiveram frequência menor. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de nossa demanda ser espontânea, enquanto em alguns estudos o banco de dados tinha como base a convocação de pacientes de mais de uma instituição.⁵

As formas graves acometeram mais homens do que mulheres ($p < 0,05$), semelhante a um estudo de 2017. Esse fato ainda deve ser validado, uma vez que há relatos de maior gravidade entre mulheres.⁶

Pacientes cuja dermatose teve início antes dos 10 anos de idade ou acima de 60 anos apresentaram formas mais graves do que aqueles com início em outras faixas etárias ($p < 0,05$) o que pode ser observado na **tabela 1**. O início precoce da AA relacionado a maior gravidade está em concordância com a literatura; entretanto, no grupo aqui estudado os pacientes com doença de início tardio também apresentaram evolução mais grave, fato não descrito na literatura.^{7,8}

As formas clínicas da AA observadas entre os casos estudados estão na **tabela 2**. Algumas delas, localizadas exclusivamente na face, foram agrupadas na mesma tabela.

A classificação clínica da AA deveria ser discutida, uma vez que como observado neste estudo, formas intermediárias e com acometimento de outras áreas do corpo não se encaixam nos critérios já estabelecidos. Esse fato revela a necessidade de estudos clínico-epidemiológicos para melhor entendimento.

Em 184 casos (39,5%) havia alguma doença associada, alguns com mais de uma comorbidade, descritos na **tabela 3**. Os dados da literatura mostram 45% dos pacientes com alguma forma de atopia e 19% com doenças da tireoide.⁶ Essas associações podem estar relacionadas ao compartilhamento dos mesmos *loci* genéticos, populações de células do sistema imune e perfil de citocinas presentes nessas doenças.¹ Em nossa amostra não foi possível demonstrar maior frequência de doenças autoimunes entre os pacientes

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.04.016>

☆ Como citar este artigo: Lopes ASA, Santos LDN, Razé MC, Lazzerini R. Alopecia areata: descriptive analysis in a Brazilian sample. An Bras Dermatol. 2022;97:654-6.

☆☆ Trabalho realizado na Clínica de Dermatologia, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, BR.

Tabela 1 Distribuição de 466 pacientes portadores de Alopecia areata, segundo idade de início e gênero versus gravidade (área acometida)

Faixa etária de início (em anos)	Área acometida					
	< 50%		> 50%		Total	
até 9	28	43,8%	36	56,3%	64	100,0%
10-19	50	63,3%	29	36,7%	79	100,0%
20-29	71	67,0%	35	33,0%	106	100,0%
30-39	39	59,1%	27	40,9%	66	100,0%
40-49	34	59,6%	23	40,4%	57	100,0%
50-59	11	68,8%	5	31,3%	16	100,0%
60-82	5	31,3%	11	68,8%	16	100,0%
Total	238	58,9%	166	41,1%	404 ^a	100,0%
Genero	< 50%		50%		Total	
Femino	157	64,0%	88	36,0%	245	100,0%
Masculino	84	51,5%	79	48,5%	163	100,0%
Total	241	59,1%	167	40,9%	408 ^b	100,0%

^a Faltam os dados de 62 pacientes referentes a gravidade.

^b Faltam os dados de 58 paciente referentes a gravidade.

Tabela 2 Distribuição de 466 pacientes portadores de AA, segundo formas clínicas

Tipo de Alopecia areata	Número	%
Placas	291	62,3
Universal	102	21,9
Ofiásica	28	6,0
Total	16	3,4
Difusa	5	1,1
Sisaipho	1	0,2
Face		
Barba	11	2,4
Sobrancelhas	8	1,7
Cílios	1	0,2
Sobrancelhas + cílios	1	0,2
Informação ausente	3	0,6
Total	466	100,0

Tabela 3 Distribuição das doenças associadas a AA em 466 pacientes

Doença	Número	%
Tireoidopatia	65	14,0
Atopia (asma, rinite, dermatite)	56	12,0
Síndrome de Down	15	3,2
Hipertensão arterial	12	2,6
Anemia	8	1,7
Vitiligo	8	1,7
Psoríase	5	1,1
Doença inflamatória intestinal	5	1,1
Lúpus eritematoso	4	0,9
Diabetes mellitus	4	0,9
Artrite reumatoide	2	0,4
Sem doenças associadas	282	60,4
Total	466	100,0

portadores de formas graves. A síndrome de Down é considerada risco para a doença em alguns estudos. Entretanto, estudo recente ressaltou essa associação como coincidência, justificada pelo fato de os casos estudados estarem relacionados à presença de casos familiares e outros fatores de risco.^{8,9} Pacientes com formas graves foram comparados entre si em relação a gênero, presença de doenças autoimunes, atopia, síndrome de Down, lesões ungueais e presença de casos familiares. O teste do Qui-Quadrado de Pearson mostrou diferença estatisticamente significativa para maior frequência das formas graves entre os homens ($p < 0,05$) e para presença de lesões ungueais ($p = 0,001$). Os outros parâmetros avaliados não mostraram diferenças significantes.

Alterações ungueais estavam presentes em 44 pacientes (9,4%), semelhante à literatura (9% e 46%), e parecem ser mais comuns naqueles com formas graves, como no presente estudo e relacionadas a pior prognóstico.¹⁰

Em 63 (13,5%) pacientes havia pelo menos um parente acometido e 22 não sabiam informar (4,7%). Mãe ou irmão

em 12 casos cada (2,6%), tia em cinco (1,1%), filho em três (0,6%), tio ou primo em dois cada (0,4%) e pai em um caso (0,2%). Mais de um parente acometido ocorreu em quatro casos (0,9%). Na literatura, os casos familiares variam entre 4% e 42%, mais comuns entre os de primeiro grau.⁵

AA é uma doença complexa que afeta a qualidade de vida dos pacientes, com múltiplos fatores envolvidos em sua patogênese, pouco entendidos. Os resultados do presente estudo estão de acordo com a maioria dos trabalhos publicados, demonstrando as características e o perfil dos portadores dessa doença em uma amostra de brasileiros. Não avaliamos o impacto da doença no aspecto biopsico-social. O tipo de estudo e a ausência de grupo controle limitam o poder estatístico dos resultados. Entretanto, será de grande valia para realização de trabalhos prospectivos e caso controle, que permitirão esclarecer as dúvidas relacionadas a essa dermatose.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Andressa Sato de Aquino Lopes: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Leopoldo Duailibe Nogueira Santos: Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Mariana de Campos Razé: Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Rosana Lazzarini: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Strazzulla LC, Wang EHC, Avila L, Sicco Lo K, Brinster N, Christiano AM, et al. Alopecia areata - Disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis. *J. Am Acad. Dermatol.* 2018;781-812.

2. Miot HA, Penna GO, Ramos AMC, Penna MLF, Schmidt SM, Luz FB, et al. Perfil dos atendimentos dermatológicos no Brasil (2018). *An Bras Dermatol.* 2018;93:916-28.
3. Karimkhani C, Boyers LN, Prescott L, Welch V, Delamere FM, Nasser M, et al. Global Burden of Skin Disease as Reflected in Cochrane Database of Systematic Reviews. *JAMA Dermatol.* 2014;150:945.
4. Dainichi T, Kabashima KK. Alopecia areata: what's new in epidemiology, pathogenesis, diagnosis and a therapeutic options? *J Dermatol Sci.* 2017;86:3-12.
5. Goh C, Finkel M, Christos PJ, Sinha AA. Profile of 513 patients with alopecia areata: associations of disease subtypes with atopy, autoimmune and positive family history. *JEADV.* 2006;20:1055-60.
6. You HR, Kim S-J. Factors associated with severity of Alopecia Areata. *Ann Dermatol.* 2017;29:565-70.
7. Jang YH, Park KH, Kim SL, Lim HJ, Lee WJ, Lee SJ, et al. Alopecia Areata in the Elderly: A 10-Year Retrospective Study. *Ann Dermatol.* 2015;27:411-6.
8. Carter DM, Jegasohy BV. Alopecia areata and Down Syndrome. *Arch Dermatol.* 1976;112:1397-9.
9. Ramot Y, Molho-Pessach V, Tenbaum A, Zlotogorski A. Alopecia areata and Down syndrome: a true association or a coincidence. *Int J Trichol.* 2013;5:227-8.
10. Roest YBM, Midendrop HT, Evers AWM, Kerkhof PCM, Pasch MC. Nail involvement in Alopecia areata: a questionnaire-based Survey on clinical signs, impact on quality of life and review of the literature. *Acta Derm Venereol.* 2018;98:212-7.

Andressa Sato de Aquino Lopes *, Leopoldo Duailibe Nogueira Santos , Mariana de Campos Razé  e Rosana Lazzarini 

Clínica de Dermatologia, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: dressa_sato@hotmail.com (A.S.A. Lopes).

Recebido em 6 de outubro de 2020; aceito em 13 de abril de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.07.002>
2666-2752/ © 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Aplicação das baterias de teste de contato brasileiras no diagnóstico de dermatite de contato alérgica a cosméticos^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Os cosméticos são produtos utilizados de maneira ampla por todas as faixas etárias, fazendo com que as reações adversas sejam um problema de saúde pública. O evento adverso

mais comum é a dermatite de contato irritativa; porém, frequentemente a dermatite de contato alérgica (DCA) recebe maior atenção por relacionar-se a reações mais graves.¹ Constituintes de cosméticos, como fragrâncias e preservativos, respondem por uma boa parte dos casos de DCA, e o diagnóstico é feito por meio da história clínica e de exame físico, corroborado pelo teste de contato (TC).^{2,3} No Brasil, a bateria padrão contém 30 substâncias, das quais pelo menos 18 elementos são encontrados em cosméticos, além da bateria de cosméticos com mais 10 alérgenos. O rendimento do TC pode ser ampliado com uso dos cosméticos *in natura*, especialmente quando há dificuldade de acesso a diferentes baterias e alérgenos individuais. Este trabalho avaliou a prevalência de alergia a cosméticos, os alérgenos implicados, características da população acometida, e o rendimento do teste com cosméticos *in natura*.

Conduziu-se um estudo seccional a partir dos TC aplicados entre 2013-2017 em um Serviço de Dermatologia Relacionada ao Trabalho e em um Ambulatório de Dermatoses Alérgicas, na cidade do Rio de Janeiro. Todos os

[☆] Como citar este artigo: Villarinho ALCF, Melo MGM, Teixeira LR. Application of the Brazilian patch test panel in the diagnosis of allergic contact dermatitis to cosmetics. *An Bras Dermatol.* 2022;97:656-60.

^{☆☆} Trabalho realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.