

# Alopecia Areata na infância, um desafio terapêutico: manejo clínico bem-sucedido de uma menina menor de 2 anos de idade

***Alopecia Areata in childhood, a therapeutic challenge: successful clinical management of a girl under 2 years old***

## Resumo

### **Introdução**

A alopecia areata (AA) é uma doença autoimune mediada por células T, que afetam frequentemente crianças, porém o estabelecimento de protocolos para tratamento médico nesta faixa etária ainda é um desafio.

### **Objetivos**

Demonstrar um relato de caso de uma menina de um ano e oito meses, que iniciou tratamento para alopecia areata difusa e evoluiu com uma resposta terapêutica satisfatória.

### **Materiais / Sujeitos e Métodos**

As informações contidas nesta descrição de caso clínico foram obtidas por meio de revisão de artigos científicos extraídos das bases de dados PubMed e Google Scholar, sem limitação temporal e informações obtidas do prontuário eletrônico da paciente.

### **Resultados**

O manejo da AA difusa é complexo e não existem protocolos bem estabelecidos para o manejo da mesma durante a primeira infância. Porém, no presente trabalho, através da utilização de terapias convencionais obteve-se uma resposta clínica satisfatória em uma menina menor de dois anos de idade.

### **Conclusões**

O tratamento da AA em crianças é um desafio, embora existam diversas opções terapêuticas. Para uma resposta satisfatória no tratamento, uma abordagem multidisciplinar incluindo pais, irmãos e familiares também se faz necessário.

### **Abstract**

The alopecia areata (AA) is an autoimmune disease mediated by T cells, which frequently affects children, but the establishment of protocols for medical treatment in this age group is still a challenge. Demonstrate a case report of a girl aged one year and eight months who started treatment for diffuse alopecia areata and evolved with a satisfactory therapeutic response. The information contained in this clinical case description was obtained by reviewing scientific articles extracted from PubMed and Google Scholar databases, without temporal limitation, and information obtained from the patient's electronic medical record. The management of diffuse AA is complex and there are no well-established protocols for its management during early childhood. However, in the present study, through the use of conventional therapies, a satisfactory clinical response was obtained in a girl younger than two years old. The treatment of AA in children is a challenge, although there are several therapeutic options. For a satisfactory treatment response, a multidisciplinary approach including parents, siblings and family members is also necessary.

## Autora/Orientador



**Samara Viana Fialho**

Pós-graduanda em Tricologia Médica  
Faculdades BWS  
Brasil



**Dr. Leonardo de Medeiros Quirino**

Coordenador e Professor  
Pós-Graduação em Tricologia Médica  
Faculdades BWS  
Brasil

## Palavras-chave

Alopecia. Alopecia em Áreas. Criança.  
Saúde da Criança. Terapêutica.

## Keywords

*Alopecia. Alopecia Areata. Child. Child Health. Therapeutics.*

## INTRODUÇÃO

As crianças são frequentemente afetadas pela alopecia areata (AA), desordem dermatológica caracterizada pelo ataque autoimune aos folículos, mediada por células T. Caracterizada como alopecia não cicatricial que pode afetar qualquer faixa etária, cerca de 40% dos pacientes apresentam o primeiro episódio antes dos 20 anos de idade, sendo que aproximadamente 20% ocorrem na infância, com a apresentação clínica mais comum à do tipo em placas<sup>(1,2)</sup>.

Dos casos relatados durante a infância a maioria apresentou um quadro leve a moderado, ou seja, com acometimento menor que 50% do couro cabeludo, sendo alguns dos episódios precedidos por um evento de estresse ocorridos até 3 meses antes do início da queda capilar. A AA quando ocorre antes da puberdade está normalmente relacionada a um pior prognóstico do que os casos em adultos. Seu curso é imprevisível, e o mais importante fator de pior prognóstico está relacionado ao grau de extensão da perda capilar, sendo os casos difusos ou com acometimento total ou até universal sendo os piores<sup>(2,3)</sup>.

Vale ressaltar, que existem outras causas de alopecia na infância tais como: Tinea capitis, alopecia de tração, tricotilomania, eflúvio telógeno ou até mesmo causas congênitas<sup>(4)</sup>.

## RELATO DO CASO

ASR, feminina, 1 ano e oito meses, 12 kg, foi levada a consulta médica pela mãe em junho de 2022, em um consultório médico localizado em Macaé, no estado do Rio de Janeiro, Brasil. A mãe relata início da queda capilar aos 6 meses de idade, que posteriormente evoluiu com repilação espontânea. Porém, desde dezembro de 2021, iniciou um quadro de perda capilar progressiva, inicialmente em placas, que foram se coalescendo, tendendo para um padrão difuso. Nega histórico familiar, de atopia ou algum evento de estresse emocional significativo. Não foi evidenciado acometimento de outros pelos corporais. Durante a primeira consulta foi iniciado creme de fuorato de mometasona 1mg/g creme, duas vezes ao dia e minoxidil tópico 2%, uma vez ao dia.

Após 2 meses de tratamento, discreta melhora. À tricoscopia apresentava intensa atividade de doença através de pontos de exclamações e diversos pontos pretos.

**Figura 1** - Pontos de exclamação na AA.



Fonte: Original da autora.

Clinicamente com progressão para uma apresentação com acometimento total do couro cabeludo.

**Figura 2** - AA padrão difuso.



Fonte: Original da autora.

**Figura 3** - AA padrão difuso.



Fonte: Original da autora.

Os pais optaram por raspar o cabelo da criança. Foi trocado a mometasona por clobetasol 0.05% solução capilar, manteve-se o minoxidil a 2%, porém aumentado a frequência de aplicações para duas vezes ao dia e iniciado reposição de vitamina D (Addera D 200 UI por gota) tomou 3 gotas/dia, pós avaliação de exames laboratoriais. No mês seguinte a paciente manteve melhora comparativa da atividade de doença através da tricoscopia. Para otimizar os resultados da repilação que progredia de forma lenta, foi iniciado xarope de zinco 30 mg/ml, tomou 1 ml de 12/12h (realizado de forma irregular pois a criança não gostava da ingestão), manteve a reposição de vitamina D, clobetasol solução capilar e trocado o minoxidil de 2% para 5%, uma vez ao dia, quando de fato iniciou uma repilação mais significativa. Em dezembro de 2022, foi iniciado o tarfic 0.03% pela manhã, mantido clobetasol solução capilar a noite e minoxidil 5%, ainda era evidenciado alguns poucos pontos pretos em região occipital. Em janeiro foi iniciada a redução do clobetasol solução capilar para dias alternados e posteriormente três vezes na semana, mantendo sem sinais de progressão da AA no momento e demonstrando repilação de forma satisfatória.

**Figura 4** - Repilação satisfatória na AA.



Fonte: Original da autora.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não existe cura para AA, mas dentre as opções das terapias medicamentosas para controle da doença incluem corticoide tópico, intralesional ou via oral, minoxidil tópico, imunoterapia tópica com difenciprona (DPCP) e terapias sistêmicas como metotrexato<sup>(1)</sup>.

Existem vários guidelines para seu tratamento, mas são direcionados principalmente para a população de adultos. As opções terapêuticas mais utilizadas em crianças são os esteroides tópicos devido sua menor taxa de efeitos colaterais (destaca-se o propionato de clobetasol). De acordo com Stefanaki *et al.*, não foram evidenciadas vantagens no tratamento com a associação de esteroides tópicos com o minoxidil tópico 2% e/ou antralina. Vale ressaltar, que o resultado satisfatório na repilação com a utilização do corticoide tópico pode ser questionado já que 50% dos casos de AA na infância têm se uma repilação espontânea<sup>(1,3)</sup>.

A utilização do minoxidil tópico na faixa pediátrica em paciente com AA embora frequentemente recorrida apresente dados limitados sobre sua efetividade. De acordo com especialistas australianos, o minoxidil tópico deve ser a primeira linha terapêutica para o tratamento de AA em crianças. Porém os dados na literatura sobre o uso do minoxidil tópico nesta faixa etária são insuficientes. As concentrações utilizadas variam

de 1% a 5% em crianças. Possíveis efeitos colaterais relatados são a hipertricose e arritmias<sup>(1,3)</sup>.

A utilização de corticoide intralesional mostrou-se eficaz, porém a sua utilização nesta faixa etária é limitada devido à dor e ansiedade gerada durante suas aplicações. Em um estudo retrospectivo, o corticoide oral foi reservado para casos graves, sendo que 40% das crianças não tiveram resultados satisfatórios de repilação em três meses de uso. Cita-se como exemplo de terapia com corticoide oral, a pulsoterapia com prednisolona 5mg/kg ou 300 mg uma vez ao mês ou 0,5-2 mg/kg/dia. Outras vias de administração do glicocorticoide também podem ser utilizadas no tratamento da AA na infância como as formas endovenosas e intramusculares. Como efeitos colaterais do uso de corticoide podem ser observados ganho de peso, acne, dor muscular, dor de cabeça, dor abdominal, síndrome de Cushing, estrias, hipertricose e pseudoacantose nigricans<sup>(1-4)</sup>.

Outra opção terapêutica é a imunoterapia tópica, que para alguns especialistas é considerada a primeira linha de tratamento para AA em crianças. A concentração da DPCP utilizada em crianças com AA varia entre 0.0001% e 2%. Alguns dos efeitos colaterais incluem: eczema, urticárias e linfadenopatia cervicais ou occipitais<sup>(1,3)</sup>.

Inibidores da *Janus Associated Kinases* (JAK) sistêmicos também são indicados para o tratamento da AA em crianças, podendo ser associados com glicocorticoides tópicos ou sistêmicos. O mais comumente utilizado é o tofacitinib na dosagem de 10 mg/dia. Dentre os efeitos colaterais destacam-se diarreia, infecções do trato respiratório e cefaleia<sup>(3)</sup>.

Estudos mostram que o tratamento da AA para crianças maiores de dez anos de idade se assemelham ao tratamento da faixa etária de adultos<sup>(3)</sup>.

Alguns estudos vêm demonstrando que os inibidores da calcineurina tópicos (tacrolimus, pimecrolimus) consistem em uma boa opção terapêutica para o tratamento da AA, porém outros estudos demonstraram ineficácia do tacrolimus 0.1% no tratamento da AA em adultos ou crianças. Os inibidores de calcineurina podem ser utilizados para tratamento AA em couro cabeludo, barba e sobrancelhas, porém não

devem ser considerados como primeira escolha. Não se tem relatado possíveis efeitos colaterais com a utilização dos mesmos<sup>(3)</sup>.

De acordo com guidelines italianos o MTX pode ser uma opção de tratamento para crianças acima de 10 anos de idade com quadros de AA severas. Porém os dados até o momento são limitados, já que a maioria dos estudos utiliza o mesmo combinado com outras terapias como, por exemplo, com os glicocorticoides<sup>(3)</sup>.

Além de todas essas terapias supracitadas, quadros extensos de quedas capilares podem ser necessários à utilização de próteses ou cílios postiços<sup>(4)</sup>.

Vale ressaltar que a AA pode causar transtornos psicológicos devido ao acometimento estético que a doença pode acarretar. O estresse psicológico demonstrou como um importante gatilho para o início da doença. O comprometimento vai desde um quadro leve até quadro desfigurante, podendo acarretar baixa autoestima, depressão e isolamento social no paciente. Além do tratamento medicamentoso, seu manejo requer cuidados com o paciente, pais e irmãos<sup>(4,5)</sup>.

## CONCLUSÕES

Diversas opções terapêuticas para o tratamento da AA na infância estão disponíveis. O grau de acometimento pode variar de quadro mais localizados até quadros extensos. Não existe um protocolo bem estabelecido para o manejo da AA na infância, porém a maioria dos estudos ainda considera a utilização do glicocorticoide tópico como uma boa opção terapêutica nesta faixa etária. Os efeitos psicológicos devido a quedas capilares podem ser severos, incluindo baixa autoestima, isolamento social e depressão. Sendo assim, faz-se necessário um tratamento conjunto com os pais, irmãos, pessoas do ciclo de vida da criança além de toda assistência profissional ao paciente. O relato de caso evidenciou um AA com início com 6 meses de idade, que embora extensa, evoluiu de forma satisfatória com a utilização de diversas terapias e reposições nutricionais. De fato, a melhora clínica significativa foi percebida com a utilização do clobetasol 0,05% solução capilar e do minoxidil 5%.

**REFERÊNCIAS**

1. Stefanaki C, Kontochristopoulos G, Hatzidimitraki E, Stergiopoulou A, Katsarou A, Vosynioti V, et al. A Retrospective Study on Alopecia Areata in Children: Clinical Characteristics and Treatment Choices. *Skin Appendage Disord.* [Internet]. 2021 Nov [Citado 2023 Mar.02];7(6):454-459. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000518042>
2. Kakourou T, Karachristou K, Chrousos G. A case series of alopecia areata in children: impact of personal and family history of stress and autoimmunity. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* [Internet]. 2007 Mar [Citado 2023 Mar.02];21(3):356-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2006.01931.x>
3. Waśkiel-Burnat A, Kołodziejak M, Sikora M, Stochmal A, Rakowska A, Olszewska M, et al. Therapeutic management in paediatric alopecia areata: A systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* [Internet]. 2021 Jun [Citado 2023 Mar.02];35(6):1299-1308. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jdv.17187>
4. Cranwell W, Sinclair R. Common causes of paediatric alopecia. *Aust J Gen Pract.* [Internet]. 2018 Out [Citado 2023 Mar.02];47(10):692-696. Disponível em: <https://doi.org/10.31128/ajgp-11-17-4416>
5. Nanda A, Al-Fouzan AS, Al-Hasawi F. Alopecia areata in children: a clinical profile. *Pediatr Dermatol.* [Internet]. 2002 Nov-Dez [Citado 2023 Mar.02];19(6):482-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2002.00215.x>