

FAPD (ALOPECIA FIBROSANTE EM PADRÃO DE DISTRIBUIÇÃO ANDROGENÉTICA): RELATO DE CASO

Ana Clara Narciso M. A. Romie ¹

APRESENTAÇÃO

Paciente, do gênero feminino, negra, 44 anos, divorciada, enfermeira, residente em Curitiba, iniciou há seis anos com queda de cabelo acompanhada de rarefação em região de vértice, bitemporal e alargamento de linha média do couro cabeludo.

Paciente com hábito de realizar penteados com tranças há 10 anos. Se divorciou há seis anos e relata que após o divórcio iniciou com esse quadro. Já fez uso de produto químico para alisamento do cabelo uma única vez, há 11 anos. Não tem o hábito de usar equipamentos térmicos. Queixa que há mais de 10 anos tem aumento de sensibilidade no couro cabeludo.

Por conta própria, já fez uso de forma irregular de Minoxidil 5% tópico, durante dois meses e suplementos polivitamínicos via oral por 3 meses, porém não houve melhora do quadro.

Ao exame físico, foi observado quadro de alopecia envolvendo a região de vértice acompanhada de alargamento da linha central do couro cabeludo (Figura 1). Na tricoscopia, foram observados eritema perifolicular e descamação (Figura 2 e 3), perda de óstios foliculares e diversidade de diâmetro da haste do cabelo (Figura 4 e 5). Foram feitas algumas hipóteses diagnósticas, sendo elas, alopecia cicatricial centrífuga central associada à alopecia androgenética e FAPD (Alopecia Fibrosante em Padrão de Distribuição Androgenética). Foi realizada biópsia do couro cabeludo e análise histopatológica, onde os achados observados foram compatíveis com o diagnóstico de FAPD.

Com base na literatura, foi escolhido uma terapia combinada com solução de clobetasol tópica 0,05%, 4 vezes por semana, por via oral foi prescrito minoxidil 0,5 mg e finasterida 2,5 mg, uma vez ao dia e mesoterapia com dutasterida e triancinolona hexacetona 2 mg, respectivamente de 15/15 dias e 1 vez ao mês.

¹ Médica, pós graduada em dermatologia estética e realizando especialização em tricologia.



Figura 1 - Alopecia em vértice e alargamento da linha central do couro cabeludo.

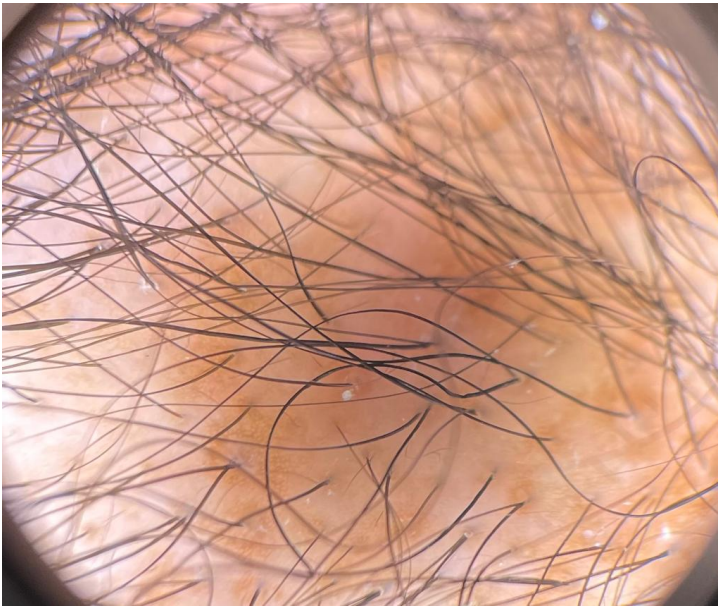


Figura 2 - Tricoscopia: eritema e descamação perifolicular em área de vértice.

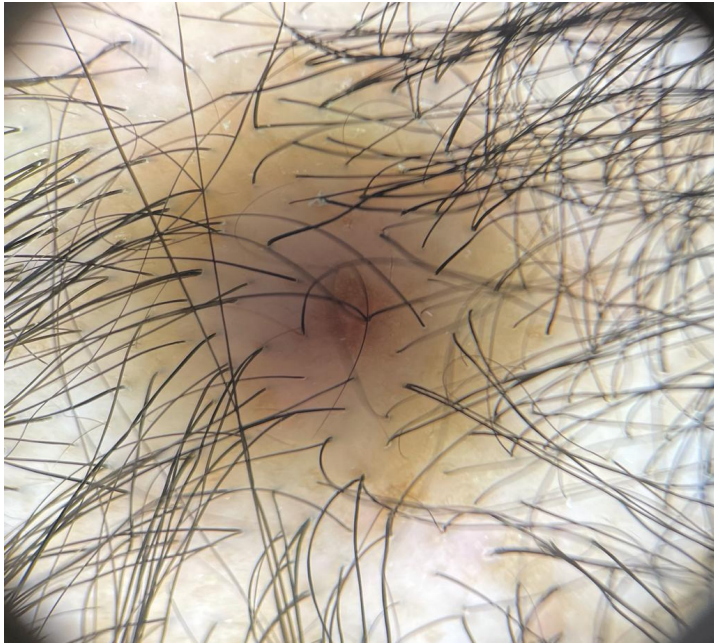


Figura 3 - Tricoscopia: descamação perifolicular em linha central do couro cabeludo.



Figura 4 - Tricoscopia: perda de óstios foliculares e diversidade de diâmetro da haste do cabelo em região de vértice.

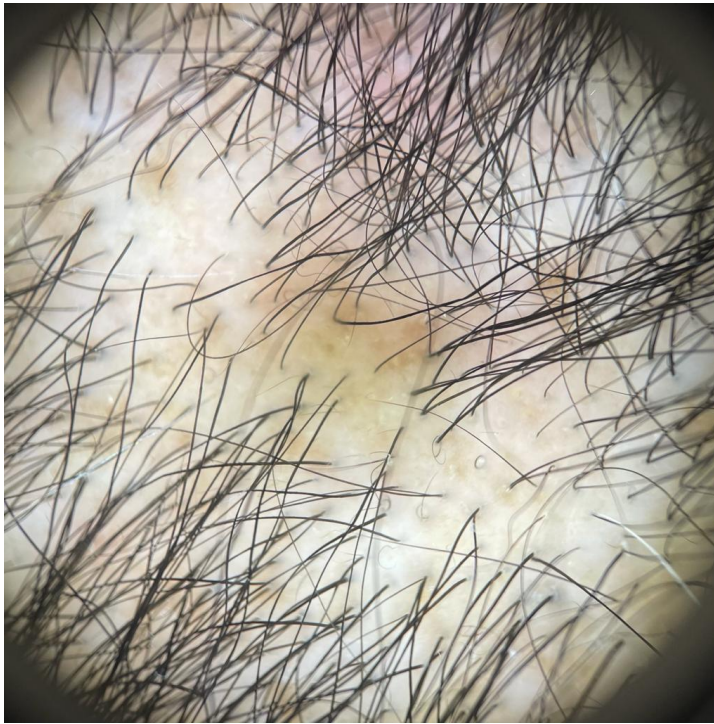


Figura 5 - Tricoscopia: perda de óstios foliculares em linha central do couro cabeludo.

DISCUSSÃO

A FAPD (Alopecia Fibrosante em Padrão de Distribuição Androgenética) foi descrita no ano 2000 por Zinkernagel e Trueb como uma possível variante do grupo de alopecia cicatricial primária linfocítica, com características histopatológicas consistentes com AAG, líquen plano pilar e alopecia frontal fibrosante ¹.

Em mulheres, na maioria das vezes, ocorre uma queda difusa de cabelo em toda a área androgenética, com manutenção da linha do cabelo frontal (padrão Ludwig) ¹.

O padrão masculino é caracterizado por recessão bi-temporal da linha do cabelo frontal, seguido por afinamento difuso no vértice (padrão de Hamilton-Norwood) ¹.

O couro cabeludo demonstra perda de aberturas foliculares, com eritema perifolicular e descamação. Não se observa alopecia multifocal irregular, como no líquen plano. A coexistência com alopecia frontal fibrosante tem sido descrita. Prurido e dor podem estar associados à doença. A tricoscopia é semelhante à do líquen plano, mas a

miniaturização é uma característica típica. A biópsia é altamente recomendada, especialmente em casos duvidosos ².

Tratamentos combinados são recomendados. Inibidores orais da 5 -alfa-redutase parecem ser a melhor opção para interromper a perda de cabelo. Os corticosteroides tópicos podem reduzir a inflamação e os sintomas perifoliculares. Outras opções de tratamento úteis no líquen plano (pioglitazona oral, terapia com laser de baixa alavanca, injeções de plasma rico em plaquetas, etc) podem ser consideradas em casos selecionados ².

COMENTÁRIOS FINAIS

Frente ao quadro dessa paciente e aos estudos atuais, percebe-se que o grupo de alopecias cicatriciais primárias, incluindo a FAPD, é um grupo mal compreendido, e seu tratamento muitas vezes é desafiador, não existindo regimes totalmente com base em evidências disponíveis para o tratamento dessas condições.

Em condições cicatriciais, o principal objetivo do tratamento não é o crescimento do cabelo, mas a redução dos sintomas e a interrupção da progressão da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Griggs J, Trüeb RM, Gavazzoni Dias MFR, Hordinsky M, Tosti A. Fibrosing alopecia in a pattern distribution. *Journal of the American Academy of Dermatology*. janeiro de 2020;S019096222030030X¹. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.12.056>
- [2] Smidarle DN, Seidl M, Silva RC da. Alopecia frontal fibrosante: relato de caso. *An Bras Dermatol*. dezembro de 2010;85(6):879–82. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0365-05962010000600015>
- [3] Tosti A. *Dermatoscopia dos cabelos e unhas*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Di Livros Editora Ltda; 2017.
- [4] Tosti A, Asz-Sigall D, Pirmez R. *Tratamentos capilares e do couro cabeludo – Um guia prático*. Rio de Janeiro: Di Livros Editora Ltda; 2020².
- [5] Varothai S, Bergfeld WF. Androgenetic alopecia: an evidence-based treatment update. *Am J Clin Dermatol*. julho de 2014;15(3):217–30. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s40257-014-0077-5>