

Prof. Doutor Américo Figueiredo

Pelada do couro cabeludo ou da barba - puzzle ou enigma

1. Até que ponto é que está ou não provado que existe uma base genética para a alopecia areata, total e universal? Pode haver transmissão dentro de famílias?

Parece existir, de facto, uma componente genética para a alopecia areata. A alopecia areata familiar tem sido descrita em 10 a 20% dos doentes, consoante os estudos, e parece ser mais marcada nos doentes com formas mais graves, isto é, a alopecia areata total e universal. Deste modo, podemos afirmar que existem famílias com maior tendência para alopecia areata e quanto mais grave for a situação maior a probabilidade de outros casos familiares.

Existe mesmo um gene já identificado, HLA DQ3 que está presente em cerca de 80% dos doentes com alopecia areata.

2. E do que tem sido investigado, o que é que se sabe sobre a influência de outros factores, como por exemplo o stress, no desencadear desta doença?

Sabe-se que o stress "major" nos 6 meses anteriores ao aparecimento de alopecia areata (p.e. a morte de um familiar) é um dos factores desencadeantes mais vezes identificado nos estudos retrospectivos da doença. No entanto, doenças associadas tais como o eczema atópico e o vitiligo são também frequentes. Doenças do foro psicológico e psiquiátrico como ansiedade, doenças da personalidade e depressão ocorrem, ao longo da vida, em cerca de 75% dos doentes.

3. Há alguma estimativa quanto ao número de casos desta doença em Portugal? Quais são as formas mais comuns de alopecia areata?

Não existem dados específicos relativamente a Portugal. No entanto, se virmos nos dados internacionais, sabemos que a prevalência (quantidade de casos na população em cada momento) é de 1 a 2 por 1000 habitantes. Para Portugal estes números apontam para 10 a 20 mil doentes com alopecia areata.

A forma mais comum desta doença é a pequena pelada do couro cabeludo ou da barba, praticamente auto-resolutiva ou que passa com o líquido ou o creme cedido pelo farmacêutico ou indicado pelo cabeleireiro. No entanto, mesmo essas lesões discretas podem evoluir ou antecipar o aparecimento de formas mais extensas e graves.

4. A alopecia areata, total e universal manifesta-se mais em mulheres ou em homens ? É mais habitual em que idades ?

Em estudos que envolvem quase mil doentes com alopecia areata de qualquer gravidade, verifica-se que a relação é praticamente igual - um doente do sexo masculino para uma doente do sexo feminino. No entanto, em estudos com menos quantidade de doentes parece verificar-se

uma ligeira predominância do sexo feminino.

A doença tem o seu início preferencial entre os 15 e os 29 anos sendo que cerca de 44 % dos doentes iniciam-na antes dos 20 anos. O início depois dos 40 anos só acontece em cerca de 30% dos doentes.

5. Quais são neste momento os tratamentos mais utilizados e qual é a taxa de sucesso correspondente ?

Os tratamentos mais utilizados e os protocolos terapêuticos apontam claramente para duas classes de doentes no que diz respeito à idade: os com menos de 10 anos de idade em que o Minoxidil em concentrações de 2 e 5%, os corticosteróides tópicos e a antralina em curto contacto estão indicados e os com mais de 10 anos em que a terapêutica já referida se juntam os corticosteróides intralesionais. Nalguns centros e no adulto, existe a possibilidade de induzir eczema alérgico localmente com agentes alergénicos conhecidos com bons resultados.

Os corticosteróides sistémicos em tratamentos de curta duração, a ciclosporina e mesmo o metotrexato começam a ser utilizados com bons resultados, embora os resultados preliminares não tenham ainda evidência, para que de imediato virem a ser integrados linhas de orientação terapêutica e entrar deste modo na rotina terapêutica. Uma técnica de fototerapia (PUVA) - psoraleno (P) - ultravioletas A (UVA) tem sido também utilizada por outros grupos com bons resultados.

Mesmo com toda esta parafernália terapêutica os resultados, na maior parte dos casos ou são transitórios ou são muitas vezes frustrantes. Isso não impede que seja mandatório fazer frente a uma doença que afecta profundamente a qualidade de vida e auto-estima dos doentes.

6. Há novas descobertas recentes ou estudos que possam trazer mais informação sobre esta doença, a decorrerem neste momento?

Sabe-se actualmente que a alopecia areata é uma doença auto-imune mediada por linfócitos T, embora se encontrem também, muito frequentemente anticorpos contra o folículo piloso. Do ponto de vista clínica a sua associação ao vitiligo e mais raramente a doenças da glândula tiróide reforça muito estes dados laboratoriais. Do conhecimento pormenorizado do tipo de células e mediadores envolvidos podemos eventualmente vir a avançar para terapêuticas que atinjam esse tipo de imunidade, da mesma forma que está a acontecer com outras doenças imuno-inflamatórias, durante muito tempo consideradas sem tratamento.

7. No que respeita à abordagem a esta doença, há em Portugal alguma equipa interdisciplinar que junte as valências da dermatologia com a imunologia, por exemplo?

Não existe e pessoalmente não vejo necessidade na sua existência. A alopecia areata tem desde sempre sido tratada por dermatologistas que conhecem bem a sua etiopatogenia e estes sabem, porque conhecem profundamente o quadro clínico e o doente o modo como devem tratar aquele determinado doente que é sempre diferente do anterior. Mesmo pelo padrão de envolvimento sabem habitualmente o prognóstico da doença. Por exemplo, sabemos que a alopecia areata que envolve áreas da nuca, da área supra auricular e da área de transição couro cabeludo - pele, têm pior prognóstico, como é o caso da alopecia areata dos atópicos.

Estes doentes devem ter acompanhamento psicológico ou não?

Não existe qualquer protocolo terapêutico que inclua no seguimento destes doentes acompanhamento psicológico.

Mas, tratando-se de doentes em que doenças do foro psicológico e psiquiátrico como ansiedade, doenças da personalidade e depressão ocorrem em cerca de 75% dos casos, devemos estar atentos no sentido de despistarmos aqueles que podem beneficiar desse acompanhamento ou mesmo de um auxílio importante por parte da psiquiatria.