

Rubia Mundim Rego

Terapia Capilar:

Alopécia

Gama, DF, 2022.

  /uniceplac
uniceplac.edu.br



UNICEPLAC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

CENTRO UNIVERSITÁRIO APPARECIDO DOS SANTOS - UNICEPLAC

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R343t

Rego, Rubia Mundim.

Terapia capilar: alopecia. Gama, DF: UNICEPLAC, 2022.

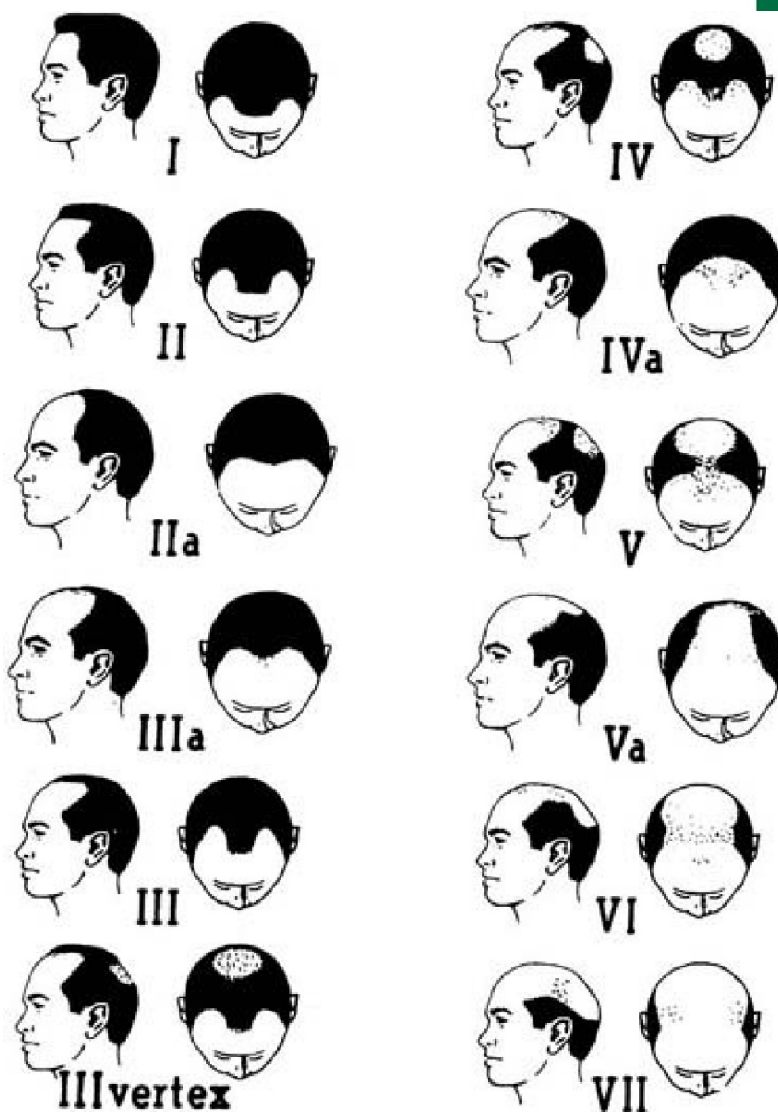
24 p.


1. Terapia capilar. 2. Alopecia. 3. CST em Estética e
Cosmética. I. Título.

CDU: 613.49


Alopécia Androgenética (AAG)

- A queixa mais frequente na alopecia androgenética é a de afinamento dos fios. Os cabelos ficam ralos e, progressivamente, o couro cabeludo mais aberto.
- Nas mulheres, a região central é mais acometida, pode haver associação com irregularidade menstrual, acne, obesidade e aumento de pelos no corpo. Porém, em geral, são sintomas discretos.
- Nos homens, as áreas mais abertas são a coroa e a região frontal (entradas).





Alopécia Androgenética (AAG)

- Andro – Androgênios – Testosterona e diidrotestosterona (DHT)
 - Queda do Cabelo Padrão Masculino (QCPM)
 - Genética – QCPM – Herdada de genes específicos no DNA de um ou ambos os pais.
 - Gene único autossômico e dominante: origem poligênica.
 - A QCPM é uma condição lentamente progressiva que afeta 20% dos homens nos seus 20 anos, 30% dos homens nos 30, 40% dos homens nos seus 40 e assim por diante.
- 

Etiopatogenia

- Multifatorial – Genética e hormonal.
- Estudos mostram que a AAG está relacionada com uma maior incidência de hipertensão, dislipidemia, aumento do risco cardiovascular, doenças coronarianas graves e alterações nos indicadores de resistência à insulina.
- Apresenta maior incidência em fumantes.
- A DTH é ligada por receptores encontrados nas membranas celulares dos folículos pilosos afetados que miniaturizam-se, alterando a cronologia do ciclo do crescimento.
- Os pelos vão tornando-se curtos, mais finos, menos pigmentado e pode cessar completamente a produção de fibra de cabelo.
- Os folículos miniaturizados também passam mais tempo na fase telógena (de repouso) do que os folículos não afetados.

Propedêutica

- Anamnese:

1. Em geral não existe queixa de perda dos cabelos e sim de uma diminuição (rarefação).
2. Afinamento do cabelo devido à miniaturização e redução da fase anágena.
3. Início e duração.
4. Sintomas no couro cabeludo: prurido, descamação, ardência e hiperestesia, freqüentemente associados a quadros de calvície.
5. - Drogas em uso;
6. - Interrogar sobre doenças sistêmicas, dietas e estresse.

Exame Físico

Teste do Puxamento Leve –Pull Test

- Deve-se prender alguns fios de cabelo entre as polpas digitais do indicador e polegar, junto ao couro cabeludo, fazer uma compressão e deslizar os dedos no sentido distal, e, puxar sem tração (levemente).

Negativo - nº de fios entre 0 a 2.

Duvidoso - nº de fios entre 2 e 5.

Positivo - nº de fios > do que 5.

Observação da espessura do cabelo

- Com uma cartolina branca ou preta que contrasta com a cor do cabelo do paciente. Observasse a espessura está homogênea ou não.
- Podem ser encontrados cabelos miniaturizados e terminais na mesma região.




Dermatoscopia

A presença de pelos de espessura variável, descoloração perifolicular e presença de rede pigmentar são sinais que indicam o diagnóstico de AAG.





Tricograma

- Determina a proporção entre fios anágenos, catágenos e telógenos.
 - Ele é realizado arrancando-se sob anestesia local cerca de 100 fios com uma pinça de Kelly emborrachada.
 - Os mesmos são colocados sobre uma lâmina e feita a contagem estabelecendo-se a proporção entre as fases, estando os telógenos aumentados em até 95% nas áreas de maior atividade da AAG.
- 




Biópsia

- Os cabelos devem ser cortados com uma tesoura o mais rente possível.
- O corte transversal mede o diâmetro da haste, com isso se distingue entre fios velos e terminais.
- Proporção entre fios terminais e velos:


Normal – 8:1


AAG – 4:1

- Pelo terminal: pigmentado, capacidade de crescimento. Diâmetro maior que 0,06 mm.
 - Velo: despigmentado, não ultrapassa 2 mm de comprimento e diâmetro de 0,03 mm.
- 




Laboratório

- Não há necessidade de exames laboratoriais, a não ser que haja uma suspeita de doença sistêmica, como anemia, hipotireoidismo e colagenoses, entre outras.
 - Os níveis séricos dos andrógenos nos homens calvos mantêm-se iguais aos dos homens não calvos.
 - Reforço da teoria do mecanismo etiopatogênico desta alteração é periférico e genético.
- 



Alopécia
Androgenética
Queda de Cabelo
Padrão Feminino
(QCPF)

- Alopécia Androgenética – Queda de Cabelo Padrão Feminino (QCPF)
 - QCPM ≠ QCPF
 - Após nascimento de um filho
 - Histerectomia total
 - Durante a menopausa
 - Na maioria dos casos, a queda dos cabelos das mulheres não resulta em calvície.
- 

Alopécia Androgenética

Queda de Cabelo Padrão Feminino (QCPF)

Causas Comuns da Queda de Cabelo

Genética	Alopécia Aerata
Doenças, incluindo: Lupus, Diabetes, Anemia, alterações da tireóide.	Alopécia de tração
Desequilíbrio endócrino;	Tricotilomania
Medicações;	Hiperavitaminose A
Deficiências nutricionais	Excesso de Selênio
Anestesia geral	Febre alta;
Dietas violentas	Gestação/Parto
Estresse fisiológico e psicológico	Infecções

EFLUVIO TELÓGENO

- É uma condição que se caracteriza pelo aumento da queda diária de fios de cabelo. Seu aumento é visto principalmente naquele bolo que cai no chuveiro ou fica na escova quando penteamos.
- Sua causa está associada a algum evento que aconteceu três meses antes do início da queda. Isso porque o período de preparo para a queda dura de dois a três meses e os fios se desprendem ao final desse ciclo. Esses eventos, ou gatilhos, convertem um percentual maior de fios para a fase de queda.

EFLÚVIO TELÓGENO AGUDO

Sendo assim, ao invés de termos 100-120 fios caindo diariamente, temos 200-300 fios, dependendo do paciente e da causa do eflúvio.

Os eventos mais associados à queda são: pós-parto, febre, infecção aguda, sinusite, pneumonia, gripe, dietas muito restritivas, doenças metabólicas ou infecciosas, cirurgias, especialmente a bariátrica, por conta da perda de sangue e do estresse metabólico, além do estresse. Algumas medicações também podem desencadear o problema. Tudo isso pode interferir na proporção dos fios na fase de queda.

Em geral, 70% dos casos têm o agente descoberto. Já nos 30% restantes a causa acaba por não ser definida.

EFLÚVIO TELÓGENO CRÔNICO

A fase na qual os fios caem muito, se assemelha à versão aguda. Porém, em longo prazo, é diferente. Há ciclos de aumento dos fios na fase de queda, de forma cíclica, uma ou duas vezes por ano, ou a cada dois anos, dependendo do paciente.

Conforme o tempo passa, o paciente fica com o cabelo mais volumoso na base e menos volumoso no comprimento. O cabelo fica mais curto e com o “rabo de cavalo” mais fino.

Se o paciente só tiver essa condição, não ficará com o cabelo ralo no couro cabeludo. Porém, seu problema pode estar associado a outras condições que causam rarefação dos fios. De qualquer forma, se perde muito volume e comprimento.

O problema nem sempre tem causa definida, mas sabe-se que está associado a doenças autoimunes, dentre elas, a mais comum é a tireoidite de Hashimoto.

TRATAMENTOS EFLUVIO TELOGENO

- O eflúvio é autolimitado, ou seja, tem uma duração predeterminada de dois a quatro meses, caso não haja outra doença associada
- Na teoria, não seria preciso tratamento. É importante lembrar que não há um tratamento específico. Algumas medicações, que são estimuladoras do crescimento capilar, podem ser associadas para acelerar esse processo de recuperação.
- O prognóstico em geral é bom, mas é sempre indicado que a pessoa procure um dermatologista para conhecer melhor seu caso, e se há a necessidade de tratar alguma possível doença de base associada. Ou, ainda, se é preciso descobrir algum fator que possa estar associado à queda, como na área alimentar.
- O paciente precisa ser bem orientado para saber o que faz bem para seu metabolismo e ciclo capilar.

Alopecia Areata

- É uma doença inflamatória que provoca a queda de cabelo. Diversos fatores estão envolvidos no seu desenvolvimento, como a genética e a participação autoimune.
- Os fios começam a cair resultando mais frequentemente em falhas circulares sem pelos ou cabelos.
- A extensão dessa perda varia, sendo que, em alguns casos, poucas regiões são afetadas. Em outros, a perda de cabelo pode ser maior, nos quais o paciente perde todo o cabelo da cabeça; ou alopecia areata universal, na qual caem os pelos de todo o corpo.
- Não é contagiosa. Fatores emocionais, traumas físicos e quadros infecciosos podem desencadear ou agravar o quadro. A evolução da alopecia areata não é previsível.
- O cabelo sempre pode crescer novamente, mesmo que haja perda total. Isto ocorre porque a doença não destrói os folículos pilosos, apenas os mantém inativos pela inflamação. Entretanto, novos surtos podem ocorrer. Cada caso é único. Estudos sugerem que cerca de 5% dos pacientes perdem todos os pelos do corpo.

Alopecia Areata: sintomas

- Não possui nenhum outro sintoma além da perda brusca de cabelos, com áreas arredondadas, únicas ou múltiplas, sem demais alterações.
- Os cabelos, quando renascem, podem ser brancos, adquirindo posteriormente sua coloração normal. A forma mais comum é uma placa única, arredondada, que ocorre geralmente no couro cabeludo e barba.
- Outras doenças autoimunes podem acontecer em alguns pacientes, como vitiligo, problemas da tireoide e lúpus eritematoso, por exemplo. Portanto, muitas vezes se faz necessária a reavaliação de exames de sangue. O principal dano aos pacientes é mesmo o psicológico.
- A interferência na rotina diária nos casos mais extensos pode prejudicar a qualidade de vida.

Alopecia areata: Tratamentos

- Diversos tratamentos estão disponíveis para a alopecia areata. Medicamentos tópicos como minoxidil, corticoides e antralina.
- Corticóides injetáveis podem ser usados em áreas bem delimitadas do couro cabeludo ou do corpo. A opção deve ser realizada pelo dermatologista em conjunto com o paciente.
- Os tratamentos visam controlar a doença, reduzir as falhas e evitar que novas surjam. Eles estimulam o folículo a produzir cabelo novamente, e precisam continuar até que a doença desapareça.
- **Atenção: Evitar a “automedicação”. Somente um médico dermatologista pode prescrever a opção mais adequada.**



Alopecia Universal

- Acredita-se que a alopecia universal seja uma forma avançada de alopecia areata, que é um tipo de alopecia não cicatricial, com evolução imprevisível. Tem prevalência estimada entre 0,1 e 0,2% da população. Pode ocorrer em qualquer idade, mas entre 20%¹ e 50%² dos casos manifesta-se antes dos 16 anos.
- Acredita-se que seja de etiologia autoimune específica de órgão, mediada por linfócitos T dirigidos contra o folículo piloso, no entanto, o mecanismo etiológico exato ainda não é conhecido e outros fatores, nomeadamente genéticos, imunológicos inespecíficos, ambientais e psicológicos poderão também estar envolvidos.
- Pesquisadores acreditam, que a alopecia universal é um distúrbio do sistema imunológico, onde o mesmo ataca erroneamente os folículos pilosos que faz o cabelo cair.

Sintomas

- A alopecia universal pode começar como alopecia areata, afetando apenas uma ou duas pequenas mechas de cabelo.
- A perda de cabelo pode acontecer de repente, produzindo perda dos pelos em questão de dias. À medida que progride para a alopecia universal, a perda de cabelo continuará a se espalhar até que não haja mais cabelo na cabeça ou no corpo.
- A perda total de cabelos que ocorre com a alopecia universal geralmente não apresenta outros sintomas.
- A alopecia universal pode ser diagnosticada com um exame físico e laboratoriais. O dermatologista pode diagnosticar a condição com um histórico médico e verificar se há perda de cabelo por todo o corpo.
- Em alguns casos o médico pode recomendar uma biópsia para confirmar a doença e outras condições da pele.

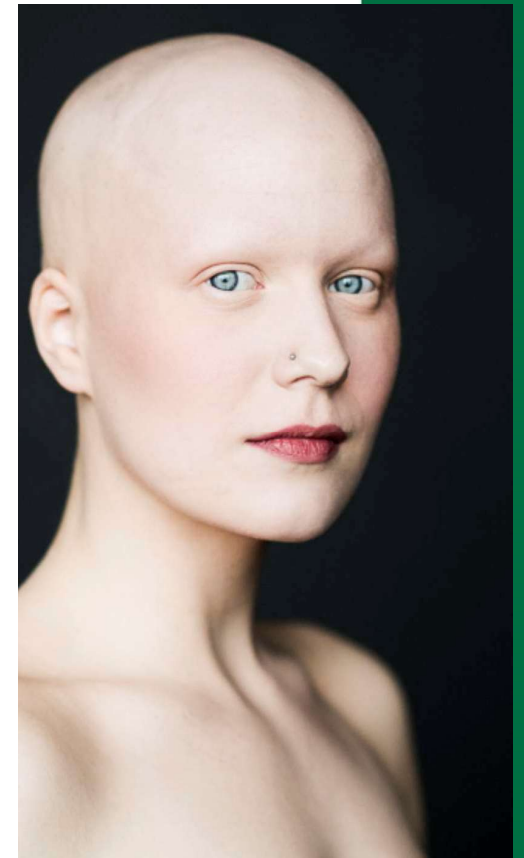
Tratamentos:

O tratamento escolhido dependerá da idade da pessoa, do histórico médico e da gravidade da queda de cabelo. O manejo do estresse pode diminuir os efeitos exacerbados da perda dos pelos.

Alguns medicamentos que podem funcionar incluem:

- **Difenilciclopropenona:** Droga tópica que tem sido bem sucedida no tratamento da alopecia areata em algumas pessoas.
- **Ácido Squaric dibutiléster:** Este é também usado para tratar alopecia areata.
- **Esteróides:** ajudam a acalmar a resposta imunológica e a inflamação.
- **Ciclosporina:** Droga imunossupressora, em combinação com um esteróide chamado metilprednisolona.

Quando uma pessoa tem alopecia universal, os folículos pilosos ainda estão vivos e capazes de regenerar o cabelo, existem casos onde a condição desaparece após alguns meses ou anos. Mas na maioria das vezes a perda de cabelo é permanente.



Referências

- BARRERA, Alfonso; UEBEL, Carlos Oscar. **Transplante Capilar**. Ed. Revinter, 2015.
- GOMES, Álvaro Luiz. **Uso da Tecnologia Cosmética no Trabalho, o do Profissional Cabeleireiro**. Ed. SENAC, 2013.
- RUDNICKA, Lidia; OLSZEWSKA, Malgorzata; RAKOWSKA, Adriana. **Atlas de Tricoscopia: Dermatoscopia das Doenças do Couro Cabeludo e dos Pelos**. Ed. Dilivros, 2014.
- SHAPIRO, Jerry; THIERS, Bruce H. **Distúrbios Capilares - Conceitos Atuais em Fisiopatologia, Diagnóstico e Tratamento**. Ed. Dilivros, 2014.
- ZAITZ, Clarisse. **Compêndio de Micologia Médica**. Ed. Guanabara Koogan, 2010.



Obrigado (a)!

nome.sobrenome@uniceplac.edu.br

  /uniceplac
uniceplac.edu.br



UNICEPLAC
CENTRO UNIVERSITÁRIO