

## Subtipos incomuns da alopecia frontal fibrosante: análise retrospectiva das características clínicas e prognósticas<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

A alopecia frontal fibrosante (AFF) é um tipo de alopecia linfocítica cicatricial progressiva descrita por Kossard em 1994,<sup>1</sup> que se tornou epidêmica nos últimos anos.<sup>2</sup> A AFF afeta principalmente as áreas frontal e temporal de implantação dos cabelos. Três padrões típicos foram descritos até o momento: linear (ou tipo I), tipo II ou difuso (zigue-zague), e tipo III ou pseudofranja. Cada padrão tem uma evolução diferente; o melhor prognóstico é visto no padrão pseudofranja.<sup>3</sup>

A literatura cita alguns padrões atípicos de AFF: padrão em placas,<sup>4</sup> padrão masculino e o ofiásico,<sup>5,6</sup> e seu prognóstico não é descrito. O padrão em placas é caracterizado por áreas de alopecia cicatricial que afetam a região temporal, em geral de maneira bilateral e simétrica. Em sua evolução, há perda dos pelos velos na borda frontal, levando a um aspecto irregular da orla capilar.<sup>4</sup> O padrão masculino é caracterizado por alopecia progressiva, respeitando um padrão de recesso frontal semelhante à alopecia androgenética masculina.<sup>5</sup> No padrão ofiásico, toda a orla do couro cabeludo é afetada, e a região frontal é acometida de forma reta ou em zigue-zague (tipos previamente classificados como I e II). Há também acometimento da região occipital.<sup>6,7</sup>

Em um estudo retrospectivo de uma série de 97 pacientes portadores de AFF atendidos na Clínica de Tricologia da Dermatologia do HSPM-SP, no período de 2011 a 2019, identificamos 27 (27,8%) pacientes com padrão atípico: 12 (12,4%) com padrão masculino, 7 (7,2%) com padrão em placas e 8 (8,2%) com padrão ofiásico (fig. 1). O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HSPM-SP (nº 27274919.0.0000.5442).

Os pacientes foram avaliados clinicamente e por fotografia, tricoscopia e medida da linha de implantação dos cabelos. Os critérios diagnósticos incluíram alopecia progressiva, simétrica e cicatricial com ausência de pelos velos. Biópsia foi realizada para a confirmação do diagnóstico. A estabilização da doença foi definida por nenhuma progressão fotográfica da alopecia, teste de tração de anágenos negativo, ausência de prurido, dor ou sensação de queimação.

A **tabela 1** resume os dados demográficos, a apresentação clínica e as comorbidades de 27 pacientes com padrões incomuns de AFF. Para análise estatística, o nível de significância foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

Encontramos 26 mulheres (24 pós-menopausa), idade média de 63,9 anos (35 a 84 anos; desvio-padrão<sup>DP</sup> = 10). Os fototipos variaram de II a VI na escala de Fitzpatrick (seis II, seis III, dois IV, nove V, cinco VI), sem diferença geral entre os padrões ( $p = 0,133$ ). A duração média da doença foi de 6,9 anos. Seis pacientes apresentavam pápulas faciais (quatro de padrão masculino e dois de padrão ofiásico), seis pacientes apresentavam líquen plano pigmentoso (três de padrão masculino e três de padrão ofiásico; 83,3% de fototipos V e VI) e dois pacientes apresentavam ambas as lesões (um de padrão masculino e um de padrão ofiásico), sem diferença estatística ( $p = 0,284$  e  $0,240$ , respectivamente).

Trze pacientes foram considerados estáveis, 14 com doença ativa e em dois houve perda de seguimento (excluídos); o padrão ofiásico foi o menos estável ( $p = 0,054$ ).

O tempo médio de acompanhamento dos pacientes foi de 42,8 meses (6 a 96 meses,  $DP = 26,6$ ).

Comparando a progressão da doença, o padrão ofiásico mostrou a progressão mais agressiva (2,25 cm/ano,  $DP = 1,22$ ;  $p = 0,026$ ) sem diferença estatística entre o padrão masculino (1,02 cm/ano,  $DP = 1,07$ ) e o padrão em placas (0,67 cm/ano,  $DP = 0,51$ ;  $p = 0,581$ ). Achados semelhantes foram observados em relação à estabilidade da doença ( $p = 0,054$  para maior progressão do padrão ofiásico).

Em relação à perda dos supercílios, o padrão em placas não evidenciou pacientes com essa alopecia ( $p < 0,001$ ) e não houve diferença estatística entre o padrão masculino e o ofiásico ( $p = 0,761$ ), com 11 (91,7%) e sete pacientes (87,5%) apresentando madarose, respectivamente.

As principais comorbidades encontradas foram hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia e hipotireoidismo, frequentes, como esperado, nessa faixa etária, sem diferenças estatísticas entre os grupos.

Os dados demográficos, etnia, duração da doença e idade média de início da doença em nosso estudo foram alinhados com outros raros relatos de padrões atípicos de AFF.<sup>4,6</sup> No entanto, a proporção de cada padrão atípico varia amplamente entre os estudos. Kanti et al., em uma série de 490 pacientes com AFF, encontraram 32% com o padrão ofiásico (chamaram de padrão "band-like").<sup>8</sup> Rossi et al. descreveram esse padrão em 6,1% de seus pacientes com AFF. Esses autores também encontraram 12,2% com padrão masculino e 2,0% com padrão em placas (chamaram de padrão cocar).<sup>6</sup> Recentemente, Goldman et al. descreveram um caso de AFF com um padrão simétrico (alopecia em forma de "ipsilon"), que mimetizava a alopecia por tração com alopecia simétrica na área temporal.<sup>9</sup>

Em nossa série, o padrão em placas, que seria a forma localizada da doença, parece ter o melhor prognóstico e a evolução mais lenta. Esses pacientes não apresentavam manifestações como pápulas faciais e líquen plano pigmentoso, mas sem diferença estatística dos outros padrões.

O padrão em ofiase teve pior prognóstico, e o padrão masculino foi intermediário. Em ambos os tipos havia presença de pápulas faciais, líquen plano pigmentoso e alopecia de supercílios, lembrando casos de doença mais agressiva.

O pequeno número de pacientes, em razão da menor incidência de casos atípicos, é uma limitação deste trabalho.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.02.009>

☆ Como citar este artigo: Rocha VB, Machado CJ, Contin LA. Uncommon subtypes of frontal fibrosing alopecia: retrospective analysis of clinical characteristics and prognosis. *An Bras Dermatol.* 2022;97:260–2.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Tabela 1** Comparação de características selecionadas de três subtipos não usuais de AFF

Padrão atípico de AFF	Padrão masculino n = 12 (100,0%)	Padrão em placas n = 7 (100,0%)	Padrão ofiásico n = 8 (100,0%)	Valor p				Total n = 27 (100%)
				Masculino × em placas	Masculino × ofiásico	Em placas × ofiásico	Geral	
<i>Idade: média (DP)</i>	65,3 (7,3)	60,7 (8,9) <sup>a</sup>	64,4 (14,4)	0,260	0,831	0,508	0,693	63,9 (10,0) <sup>b</sup>
<i>Fototipo de Fitzpatrick II-III<sup>c</sup>: n (%)</i>	6 (50,0)	4 (57,1)	1 (12,5)	0,764	0,085	0,067	0,133	11 (40,7)
<i>Progressão aproximada (cm/ano): média (DP)</i>	1,02 (1,07) <sup>d</sup>	0,67 (0,51) <sup>e</sup>	2,25 (1,22) <sup>f</sup>	0,581	0,026 <sup>i</sup>	0,038 <sup>i</sup>	0,026 <sup>i</sup>	1,31 (1,18) <sup>g</sup>
<i>Estabilidade: n (%)</i>	8 (66,7)	4 (57,1)	1 (12,5)	0,678	0,017 <sup>i</sup>	0,067	0,054	13 (48,1)
<i>Duração da doença até a estabilização (meses): média (DP)</i>	27,0 (16,0) <sup>h</sup>	18,8 (6,7) <sup>h</sup>	36 (0) <sup>h</sup>	0,503	-	-	0,474	25,2 (13,6) <sup>h</sup>
<i>Evolução da doença (anos): média (DP)</i>	6,7 (5,3)	7,5 (6,4) <sup>a</sup>	6,7 (3,4) <sup>a</sup>	0,564	0,931	0,640	0,944	6,9 (5,0)
<i>Pápulas faciais: n (%)</i>	4 (33,3)	0 (0,0)	2 (25,0)	0,086	0,690	0,155	0,284	6 (22,2)
<i>Lichen plano pigmentoso: n (%)</i>	3 (25,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	0,149	0,550	0,070	0,240	6 (22,2)
<i>Alopecia de supercílios: n (%)</i>	11 (91,7)	0 (0,0)	7 (87,5)	< 0,001 <sup>i</sup>	0,761	< 0,001 <sup>i</sup>	< 0,001 <sup>i</sup>	18 (66,7)
<i>Comorbidades: n (%)</i>								
Hipertensão arterial sistêmica	6 (50,0)	6 (85,7)	6 (75,0)	0,120	0,264	0,605	0,281	18 (66,7)
Diabetes mellitus	2 (16,7)	3 (42,9)	3 (37,5)	0,211	0,292	0,833	0,346	8 (29,6)
Dislipidemia	4 (33,3)	2 (28,6)	2 (25,0)	0,830	0,690	0,876	0,935	8 (29,6)
Hipotireoidismo	3 (25,0)	2 (28,6)	1 (12,5)	0,865	0,494	0,438	0,661	7 (25,9)

Comparações 2 × 2 de variáveis contínuas feitas pelo teste *t* de Student para amostras independentes; comparações 3 × 2 de variável contínua pela tabela de análise de variância (ANOVA); as comparações percentuais usaram o teste exato de Fisher.

DP, desvio-padrão.

<sup>a</sup> n = 6.

<sup>b</sup> n = 26.

<sup>c</sup> Em comparação com o fototipo IV-VI de Fitzpatrick.

<sup>d</sup> n = 11.

<sup>e</sup> n = 5.

<sup>f</sup> n = 7.

<sup>g</sup> n = 15.

<sup>h</sup> Apenas para pacientes que relataram estabilidade; Stata 12,0/Se para Mac foi usado.

<sup>i</sup> p < 0,05; a progressão aproximada para aqueles sem acompanhamento completo foi estimada como uma proporção direta da progressão presumida de um ano.

O estudo dessas apresentações incomuns pode ajudar a melhorar o diagnóstico e a compreender o prognóstico de AFF.

## Suporte financeiro

Nenhum.

## Contribuição dos autores

Vanessa B Rocha: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em con-

duta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Carla Jorge Machado: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.

Leticia A. Contin: Aprovação da versão final do manuscrito; 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.



**Figura 1** (A e B), Padrão masculino da AFF. (C e D), Padrão em placas. (E e F), Padrão ofásico.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

- Kossard S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia. Scarring alopecia in a pattern distribution. *Arch Dermatol.* 1994;130:770-4.
- Mirmirani P, Tosti A, Goldberg L, Whiting D, Sotodion B. Frontal Fibrosing Alopecia: An Emerging Epidemic. *Skin Appendage Disord.* 2019;5:90-3.
- Moreno-Arrones OM, Saceda-Corralo D, Fonda-Pascual P, Rodrigues-Barata AR, Buendía-Castaño D, Alegre-Sánchez A, et al. Frontal fibrosing alopecia: clinical and prognostic classification. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31:1739-45.
- Contin LA, Ledá YLA, Caldeira Nassif KC, Restrepo MVS. Patchy Frontal Fibrosing Alopecia: Description of an Incomplete Clinical Presentation. *Skin Appendage Disord.* 2017;3:190-2.
- Tremezaygues L, Vogt T, Muller CS. [Frontal fibrosing alopecia with androgenetic pattern. A diagnostic challenge – a therapeutic problem]. *Hautarzt.* 2012;63:411-4.
- Rossi A, Grassi S, Fortuna MC, Garelli V, Pranteda G, Caro G, et al. Unusual patterns of presentation of frontal fibrosing alopecia: A clinical and trichoscopic analysis of 98 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2017;77:172-4.
- Melo DF, Barreto TM, Faro GBA, Machado CJ, Donati A. Occipital hairline involvement in frontal fibrosing alopecia: frequency, clinical presentation and trichoscopy findings in a series of twenty patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34:405-7.
- Kanti V, Constantinou A, Reygagne P, Vogt A, Kottner J, Blume-Peytavi U. Frontal fibrosing alopecia: demographic and clinical characteristics of 490 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33:1976-83.
- Goldman C, Diaz A, Miteva M. A Novel Atypical Presentation of Frontal Fibrosing Alopecia Involving the Frontoparietal Scalp. *Skin Appendage Disord.* 2020;6:250-3.

Vanessa Barreto Rocha <sup>a,\*</sup>, Carla Jorge Machado <sup>b</sup>  
e Leticia Arsie Contin <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>b</sup> Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>c</sup> Clínica de Dermatologia, Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [vanessabarreto.vbr@gmail.com](mailto:vanessabarreto.vbr@gmail.com) (V.B. Rocha).

Recebido em 18 de janeiro de 2021; aceito em 15 de fevereiro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.12.001>

2666-2752/ © 2021 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/>).