SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA

Anais Brasileiros de Dermatologia

www.anaisdedermatologia.org.br

CARTAS - INVESTIGAÇÃO

Líquen plano pilar localizado sem placas: estudo retrospectivo multicêntrico com 74 pacientes☆,☆☆

Prezado Editor,

O líquen plano pilar (LPP) é alopecia cicatricial linfocítica primária caracterizada por inflamação que atinge o infundíbulo e o istmo folicular, na qual as células T CD8+ atacam autoantígenos localizados no promontório folicular, levando à destruição folicular irreversível.[1,2] Tradicionalmente, apresenta-se como placas alopécicas bem definidas com eritema e descamação perifolicular.[3,4] No entanto, evidências recentes ampliaram o espectro clínico do LPP, incluindo variantes difusas sem placas que até mesmo mimetizam alopecias não cicatriciais.[5] Este artigo tem como objetivo descrever as características epidemiológicas, clínicas, tricoscópicas e histopatológicas de uma forma localizada de LPP sem placas, confinada a regiões específicas do couro cabeludo.

Foi realizado estudo retrospectivo multicêntrico envolvendo 74 pacientes de 20 centros de referência em tricologia. Todos os casos foram confirmados por tricoscopia e histopatologia. Os pacientes foram excluídos se apresentassem alopecia androgênica, alopecia fibrosante frontal, alopecia fibrosante com padrão de distribuição (AFPD) ou LPP difuso. Os presentes achados foram comparados com a maior série de casos de variantes difusas de LPP do couro cabeludo até o momento.[5]

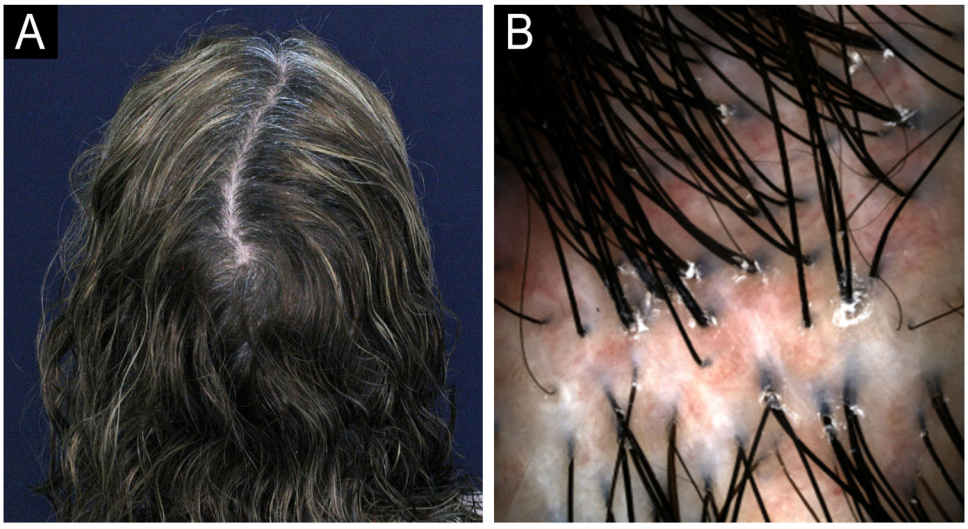

Figura 1 (A) Áreas não alopécicas na área do vértice. (B) Eritema perifolicular, descamação e perda das aberturas foliculares.

DOI referente ao artigo:
https://doi.org/10.1016/j.abd.2026.501404

☆ Como citar este artigo: Montoya C, Ocampo MA, Cortez de Almeida RF, Donda ALV, Starace M, Piraccini BM, et al. Localized lichen planopilaris without patches: a multicenter retrospective study of 74-patients. An Bras Dermatol. 2026;101:501404.

☆☆ Trabalho realizado nas consultas clínicas e as documentações foram realizadas nas respectivas instituições de origem dos autores.

2666-2752/© 2026 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Tabela 1 Características demográficas e clínicas de pacientes com líquen plano pilar localizado sem placas

Variáveis		Categorias	Estatística
Características demográficas e histórico individual			
Sexo feminino: n (%) (n = 74)			
Fototipo: n (%) (n = 74)	*II*	16	(21,6)
	III	41	(55,4)
	IV	12	(16,2)
	V	5	(6,8)
Índice de massa corporal: n (%) (n = 74)	Normal	67	(90,5)
	Sobrepeso	7	(9,5)
Histórico familiar de LPP: n (%) (n = 74)		7	(9,5)
Menopausa (n = 61): n (%) (n = 74)		26	(42,6)
Idade: média (DP) // mediana // mín;máx (n = 74)		44,9 (13,8) // 44 // 14;74	
Idade de início: média (DP) // mediana // mín;máx (n = 71)		41,3 (13,8) // 42 // 13;71	
Duração da doença (anos): média (DP) // mediana // mín;máx (n = 71)		3,7 (3,9) // 3 // 0;20	
Exposições e hábitos			
Exposição solar: n (%) (n = 74)		42	(56,8)
Exposição solar minutos/dia: média (DP) // mediana // mín;máx (n = 29)		53,6 (49,0) //30 // 15;240	
Uso de protetor solar no couro cabeludo: n (%) (n = 74)		3	(4,1)
Outra fotoproteção: n (%) (n = 74)		16	(21,6)
Uso de tintura de cabelo: n (%) (n = 74)		37	(50,0)
Danos químicos/descoloração: n (%) (n = 74)		12	(16,2)
Tabagismo: n (%) (n = 74)		15	(20,3)
Alisamento químico do cabelo: n (%) (n = 74)		9	(12,2)
Consumo de álcool: n (%) (n = 74)		7	(9,5)
Uso de hormônios: n (%) (n = 74)		7	(9,5)
Histórico médico e comorbidades: n (%) (n = 74)			
Doenças autoimunes		5	(6,8)
Tireoidite de Hashimoto		3	(4,1)
Hipertensão		3	(4,1)
Hipercolesterolemia		2	(2,7)
Outros		15	(20,3)
Localização: n (%) (n = 74)			
Vértice		36	(48,6)
Vértice + couro cabeludo médio		25	(33,8)
Outras combinações		13	(17,6)
Sintomas e sinais clínicos: n (%)			
Prurido (n = 74)		53	(71,6)
Intensidade do prurido (n = 53)	*Leve*	29	(54,7)
	Moderado	20	(37,7)
	Grave	4	(7,5)
Dor (n = 74)		28	(37,8)
Intensidade da dor (n = 27)	*Leve*	20	(74,1)
	Moderada	7	(25,9)
Sensação de queimação		23	(31,1)
Intensidade da queimação (n = 27)	*Leve*	13	(61,9)
	Moderada	7	(33,3)
	Grave	1	(4,8)
Teste de tração positivo (n = 74)		12	(16,2)
Disseminação da doença (n = 74)	*Não*	52	(70,3)
	Indeterminada	10	(13,5)
	Sim	12	(16,2)
Escore de atividade da doença: média (DP) // mediana// mín;máx (n = 71)		2,9 (1,8) // 2,6 // 0,3;9,0	

Tabela 2 Características tricoscópicas, histopatológicas e de tratamento de pacientes com líquen plano pilar localizado sem placas

Variáveis		Estatística	
Achados tricoscópicos (n = 74)		n	(%)
Sinais inflamatórios			
Eritema no couro cabeludo	*Ausente*	14	(18,9)
	Leve	36	(48,6)
	Moderado	20	(27,0)
	Grave	4	(5,4)
Eritema perifolicular	*Ausente*	5	(6,8)
	Leve	32	(43,8)
	Moderado	36	(49,3)
	Grave	1	(1,4)
Descamação perifolicular	*Ausente*	3	(1,4)
	Leve	32	(43,2)
	Moderada	30	(40,5)
	Grave	9	(12,2)
Aberturas foliculares ausentes		54	(73,0)
Cilindros perifoliculares tubulares		42	(56,8)
Áreas brancas sem estrutura		36	(48,6)
Áreas vermelho-leitoso		32	(43,2)
Pontos brancos fibróticos		31	(41,9)
Vasos arboriformes		25	(33,8)
Pequenos tufos		15	(20,3)
Pili torti		14	(18,9)
Cabelos quebrados		13	(17,6)
Pigmentação dispersa		13	(17,6)
Perda do padrão em favo de mel		11	(14,9)
Estruturas perifoliculares cinzentas a cinza-azulado		10	(13,5)
Vasos em grampo		9	(12,2)
Pontos pretos		8	(10,8)
Glóbulos vermelhos		7	(9,5)
Vasos pontilhados		6	(8,1)
Vasos lineares		5	(6,8)
Pontos azul-acinzentados perifoliculares		3	(1,4)
Sinal do alvo		3	(1,4)
Fios circulares		3	(1,4)
Glóbulos marrons interfoliculares		3	(1,4)
Achados histopatológicos (n = 74): n (%)			
Fibrose lamelar perifolicular		64	(86,5)
Redução no número de folículos individuais		43	(58,1)
Perda/redução das glândulas sebáceas		39	(52,7)
Degeneração vacuolar da camada basal		30	(40,5)
Afinamento da bainha radicular externa		24	(32,4)
Mucina perifolicular		8	(10,8)
Corpos coloides		7	(9,5)
Tratamentos (n = 74): n (%)			
Corticosteroides tópicos		73	(98,7)
Tacrolimus tópico		48	(64,9)
Minoxidil oral		48	(64,9)
Tetraciclinas		25	(33,8)
Hidroxicloroquina		20	(27,0)
Esteroides sistêmicos		15	(20,3)
Dutasterida		9	(12,2)
Metotrexato		3	(1,4)
Outros (pioglitazona/inibidores de JAK)		1	(1,4)

Tabela 3 Comparação dos achados do presente estudo de casos de liquen plano pilar localizado sem placas (n = 74) com os achados de Starace et al. de casos de liquen plano pilar localizado sem placas (2020; n = 40)

Variáveis	Achados do presente estudo	Comparação com outros grupos: Starace et al. (2020)	Valores de p para diferenças entre grupos
Características demográficas			
Idade (média)	Idade média mais jovem (44,9 anos)	Significantemente mais jovem do que APC (56,9 anos) e LPPPD (53,0 anos)	< 0,001
Menopausa	Menor taxa de mulheres na menopausa (42,6%)	Significantemente inferior a APC (92,9%) e ao LPPPD (63,6%)	0,001
Sexo (feminino %)	Maior percentagem de mulheres (82,4%)	Superior a APC (70,0%) e ao LPPPD (55,0%)	0,034
Sintomas clínicos/histopatologia			
Dor	Menor prevalência (37,8%)	Significantemente inferior ao LPPPD (100,0%) e a APC (80,0%)	0,001
Prurido (coceira)	Menor prevalência (71,6%)	Significantemente inferior ao LPPPD (100,0%) e a APC (90,0%)	0,004
Perda/redução de glândulas sebáceas	Quase metade apresentou preservação (47,3%)	Tanto a APC quanto o LPPPD relataram 0,0% de preservação, com altas taxas de perda moderada/grave	0,001
Achados tricoscópicos			
Eritema perifolicular	Grau variável, com alta taxa de casos moderados/graves (50,7%)	LPPPD foi 100% leve (nível 1); APC não relatada	0,001
Pequenos tufos	Presença (20,3%)	Superior a APC (0,0%), mas inferior ao LPPPD (45,0%)	0,001
Fios quebrados	Presença (17,6%)	Superior a APC (0,0%), mas inferior ao LPPPD (45,0%)	0,001

APC, alopecia em padrão cicatricial; LPPPD, líquen plano pilar com padrão difuso.

Os pacientes eram predominantemente do sexo feminino (82,4%), com idade média de início de 41 anos e duração média da doença antes do diagnóstico de 3,72 anos. O vértice foi a região mais afetada (82,4%). Eritema no couro cabeludo foi observado em 75,6% dos casos. O sintoma subjetivo predominante foi prurido leve a moderado (71,6%). As principais características tricoscópicas foram descamação perifolicular (95,9%), eritema perifolicular (93,2%) e perda das aberturas foliculares (73%; fig. 1). O exame histopatológico revelou perda folicular (100%), fibrose lamelar concêntrica perifolicular (86,5%), redução no número de folículos (60,6%) e perda ou redução das glândulas sebáceas em 52,7% dos pacientes. O tratamento mais prescrito foi o uso de corticosteroides tópicos (98,6%), seguido por tacrolimus tópico (65,8%) e minoxidil oral (64,9%); as tabelas 1 e 2 apresentam os resultados completos.

Starace et al. analisaram 40 pacientes com variantes difusas de LPP do couro cabeludo.[5] O presente grupo era notavelmente mais jovem e predominantemente pré-menopáusico em comparação com o LPP de padrão difuso (LPPPD) e a alopecia de padrão cicatricial (APC) – que pode não representar entidade de doença distinta, mas uma forma pós-inflamatória ou residual de alopecia cicatricial (tabela 3). A presente coorte apresentou sintomas mais leves (menos dor/prurido) e glândulas sebáceas preservadas em 47,3% dos casos, em comparação com 0% em ambos os grupos de comparação, com perda de cabelo de moderada a grave (tabela 3). Embora a duração média da doença de 3,7 anos sugira forma inicial ou leve na maioria dos pacientes, a presença de maior duração da doença em casos isolados sugere que essa apresentação localizada, sem placas, pode representar fenótipo estável e indolente dentro do espectro do LPP, em vez de uma fase puramente inicial. Esses achados indicam lesão folicular menos grave/crônica. Ao contrário do LPP difuso, a inflamação foi localizada – predominantemente no vértice – com menor atividade (LPPAI médio de 2,9), em consonância com Miteva,[6] que realizou biopsias guiadas por tricoscopia em 43 pacientes que apresentavam prurido ou sensibilidade no couro cabeludo, mas sem placas evidentes e presumivelmente com LPP sutil ou em estágio inicial. Notavelmente, 70% dos casos não apresentaram disseminação além do foco inicial, e a tricoscopia revelou sinais inflamatórios precoces antes da alopecia manifesta, o que é consistente com estágio inicial e leve da doença e corrobora o uso frequente de terapia exclusivamente tópica.

A exposição solar foi frequente (56,8%), com duração média de 53,6 minutos por dia. No entanto, a fotoproteção do couro cabeludo foi mínima (4,1%), e apenas 21,6% relataram algum modo de proteção física. O vértice, uma área cronicamente exposta ao sol, pode estar predisposto à ruptura do privilégio imunológico folicular induzida por UV, promovendo inflamação autoimune localizada em indivíduos suscetíveis.[7,8] O uso de tintura de cabelo e alisamento químico reforça a hipótese de que o estresse químico e foto-oxidativo crônico pode atuar como fator desencadeante.[9,10]

A AFPD é importante diagnóstico diferencial, embora o LPP sem placas não apresente miniaturização capilar. Outras

condições inflamatórias do couro cabeludo também devem ser descartadas, pois apresentam padrões diferentes de eritema e descamação.

Que seja de conhecimento dos autores, esta é a primeira série de casos focada exclusivamente na forma localizada sem placas de LPP. Além disso, o presente estudo apontou que essa condição pode representar estágio inicial do LPP clássico ou difuso. Por fim, o reconhecimento dessa apresentação é crucial, pois o tratamento anti-inflamatório oportuno pode interromper a progressão da doença e a formação de cicatrizes. A biopsia guiada por tricoscopia de áreas sintomáticas, porém não alopécicas, pode confirmar o diagnóstico e orientar a intervenção. Estudos adicionais são necessários para determinar se essa forma permanece localizada ou progride para o LPP clássico em placas ou difuso sem placas, e para esclarecer o papel da exposição à radiação UV e dos hábitos cosméticos no início da doença.

ORCID ID

Maria Andrea Ocampo: 0000-0002-8857-6180
Rita Fernanda Cortez de Almeida: 0000-0001-7904-998X
André Luiz Vairo Donda: 0000-0002-6735-5469
Michela Starace: 0000-0002-3981-1527
Bianca Maria Piraccini: 0000-0001-6537-9689
Gener Alejandro Mancilla: 0000-0002-3333-503X
Lidia Rudnicka: 0000-0002-8308-1023
Adriana Rakowska: 0000-0001-6117-3704
Anna Waskiel-Burnat: 0000-0003-4984-3589
Asmahane Souissi: 0000-0002-0058-0645
Awatef Kelati: 0000-0003-2570-4584
Kuzma Khobzei: 0009-0002-2879-9240
Tatiana Siliuk: 0000-0001-9118-2396
Andrei Doroshkevich: 0009-0009-8093-7269
Renan Minotto: 0000-0002-1451-0461
Cecilia Navarro Tuculet: 0000-0003-0613-9962
Maria Eugenia Cappetta: 0009-0006-8798-789X
Luis Enrique Sánchez-Dueñas: 0000-0002-2136-1230
Maria Julia Mojardin-Lopez: 0009-0004-4252-7537
Mariana Lavia: 0009-0008-8134-6113
Boris Sanchez: 0000-0002-6096-136X
Daniela Lynett: 0000-0003-1338-4384
Sebastian Augusto Mercau: 0009-0001-2384-5159
Aldo Gálvez-Canseco: 0000-0002-8644-634X
David Saceda-Corralo: 0000-0001-6315-5462
Carla Jorge Machado: 0000-0002-6871-0709
Daniel Fernandes Melo: 0000-0002-8807-2556

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Claudia Montoya, Maria Andrea Ocampo, Rita Fernanda Cortez de Almeida, André Luiz Vairo Donda: Obtenção dos dados, análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito e revisão crítica de conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Michela Starace, Bianca Maria Piraccini, Gener Alejandro Mancilla, Lidia Rudnicka, Adriana Rakowska, Anna Waskiel-Burnat, Asmahane Souissi, Awatef Kelati, Kuzma Khobzei, Tatiana Siliuk, Andrei Doroshkevich, Renan Minotto, Cecilia Navarro Tuculet, Maria Eugenia Cappetta, Luis Enrique Sánchez-Dueñas, Maria Julia Mojardin-Lopez, Mariana Lavia, Boris Sanchez, Daniela Lynett, Sebastian Augusto Mercau, Aldo Gálvez-Canseco, David Saceda-Corralo: Obtenção dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; aprovação da versão final do manuscrito.

Carla Jorge Machado: Análise estatística; revisão crítica de conteúdo intelectual importante; aprovação da versão final do manuscrito.

Daniel Fernandes Melo: Concepção e planejamento do estudo; obtenção dos dados, análise e interpretação dos dados; revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação intelectual em condução propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Disponibilidade de dados de pesquisa

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Conflito de interesses

Nenhum.

Editor

Neusa Yuriko Sakai Valente

Referências

1. Senna MM, Peterson E, Jozic I, Chéret J, Paus R. Frontiers in lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia research: pathobiology progress and translational horizons. JID Innov. 2022;2:100113.
2. Harries M, Hardman J, Chaudhry I, Poblet E, Paus R. Profiling the human hair follicle immune system in lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia: can macrophage polarization differentiate these two conditions microscopically? Br J Dermatol. 2020;183:537–47.
3. Fechine COC, Valente NYS, Romiti R. Lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia: review and update of diagnostic and therapeutic features. An Bras Dermatol. 2022;97:348–57.
4. Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M, Shapiro J. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part II. Trichoscopic and laboratory evaluations. J Am Acad Dermatol. 2014;71, 431.e1-431.e11.
5. Starace M, Orlando G, Alessandrini A, Baraldi C, Bruni F, Piraccini BM. Diffuse variants of scalp lichen planopilaris: clinical, trichoscopic, and histopathologic features of 40 patients. J Am Acad Dermatol. 2020;83:1659–67.
6. Miteva M. Biopsy from the epicenter of the scalp whorl diagnoses early lichen planopilaris. J Am Acad Dermatol. 2026;94:674–5.
7. Nirmal B, George R, Kodiatte TA. Invisible lichen planopilaris unmasked by dermatoscopy. Int J Trichology. 2017;9:76–8.
8. Canavan TN, McClees SF, Duncan JR, Elewski BE. Lichen planopilaris in the setting of hair sunscreen spray. Skin Appendage Disord. 2019;5:108–10.
9. Hatsbach de Paula JN, Basílio FMA, Mulinari-Brenner FA. Effects of chemical straighteners on the hair shaft and scalp. An Bras Dermatol. 2022;97:193–203.
10. Marks DH, Hagigeorges D, Manatis-Lornell AJ, Foreman RK, Senna MM. Development of lichen planopilaris-like alopecia following occupational exposure to trichloroethylene and tetrachloroethylene. Skin Appendage Disord. 2019;5:374–8.

Claudia Montoya [a,*], Maria Andrea Ocampo [b], Rita Fernanda Cortez de Almeida [c], André Luiz Vairo Donda [c], Michela Starace [d], Bianca Maria Piraccini [e], Gener Alejandro Mancilla [f,g], Lidia Rudnicka [h], Adriana Rakowska [h], Anna Waskiel-Burnat [h], Asmahane Souissi [i,j], Awatef Kelati [k], Kuzma Khobzei [l], Tatiana Siliuk [m], Andrei Doroshkevich [n], Renan Minotto [o], Cecilia Navarro Tuculet [p], Maria Eugenia Cappetta [p], Luis Enrique Sánchez-Dueñas [q], Maria Julia Mojardin-Lopez [r], Mariana Lavia [s], Boris Sanchez [t], Daniela Lynett [u], Sebastian Augusto Mercau [v], Aldo Gálvez-Canseco [w], David Saceda-Corralo [x], Carla Jorge Machado [y] e Daniel Fernandes Melo [c]

[a] *Departamento de Dermatologia, Universidad del Norte, Barranquilla, Colômbia*
[b] *Clínica Particular De Dermatologia, Bogotá, Colômbia*
[c] *Departamento de Pesquisa, Instituto Avançado de Tricologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*
[d] *Departamento de Medicina Experimental, Diagnóstica e Especializada – Divisão de Dermatologia, Università di Bologna, Bologna, Itália*
[e] *Clínica Particular De Dermatologia, Bologna, Itália*
[f] *Grupo de Dermatologia Investigativa, Faculdade de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colômbia*
[g] *Seção de Dermatologia, Escola de Ciências da Saúde, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colômbia*
[h] *Departamento de Dermatologia, Central Clinical Hospital, Ministry of the Interior, Varsóvia, Polônia*
[i] *Departamento de Dermatologia, La Rabta Hospital, Túnis, Tunísia*
[j] *Faculdade de Medicina de Túnis, University of Tunis El Manar, Túnis, Tunísia*
[k] *Departamento de Dermatologia, University Hospital Cheikh Khalifa, e University Hospital Mohammed VI. Faculdade de Medicina, Mohammed VI University of Health and Sciences, Casablanca, Marrocos*
[l] *Clínica Particular, Kyiv, Ucrânia*
[m] *Hair Treatment and Transplantation Center, São Petersburgo, Rússia*
[n] *Center of Hair Treatment and Transplantation, São Petersburgo, Rússia*
[o] *Departamento de Dermatologia, Hospital Santa Casa, Universidade Federal de Ciências da Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil*
[p] *Departamento de Dermatologia. Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*
[q] *Instituto Dermatológico de Jalisco ''Dr. José Barba Rubio'', Universidad de Guadalajara, Jalisco, México*
[r] *Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa, México*
[s] *Clínica particular de dermatologia, Tricomed, Buenos Aires, Argentina*
[t] *Departamento de Dermatologia, Universidad El Bosque, Bogotá, Colômbia*
[u] *Clínica particular de dermatologia, Dermahair Center, Bucaramanga, Colômbia*
[v] *Departamento de Dermatologia, Unidade de Tricologia, Hospital Centenario, e Clínica de la Piel, Rosario, Argentina*
[w] *Clínica particular de dermatologia, Lima, Peru*
[x] *Departamento de Dermatologia, University Hospital Ramón y Cajal, IRICYS, Madri, Espanha*
[y] *Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil*

[*] Autor para correspondência.
E-mail: claumontmaya@gmail.com (C. Montoya).

Recebido em 17 de dezembro de 2025; aceito em 2 de fevereiro de 2026