



IMAGENS EM DERMATOLOGIA

Tríade Semiológica do eflúvio telógeno agudo em resolução^{☆,☆☆}



Leticia Arsie Contin^{id a} e Vanessa Barreto Rocha^{id b,*}

^a Clínica de Dermatologia, Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital das Clínicas, Belo Horizonte, Minas Gerais, MG, Brasil

Recebido em 21 de julho de 2020; aceito em 13 de outubro de 2020

PALAVRAS-CHAVE

Alopecia;
Cabelo;
Dermatologia;
Diagnóstico

Resumo São apresentados cinco casos eflúvio telógeno em resolução, com a presença de repilação frontal, bitemporal e occipital. Diagnosticar eflúvio telógeno agudo após o término da fase ativa pode ser desafiador, especialmente quando o teste de tração é negativo. O diagnóstico diferencial inclui a alopecia areata e a tracional. Sinais clínicos da repilação após o eflúvio telógeno podem ajudar no diagnóstico. As áreas frontal e temporal apresentam mais fios em telógeno e são mais afetadas. Na borda occipital, os fios parecem ter o mesmo comportamento. Propomos a tríade de eflúvio telógeno agudo em resolução: franja frontal, recesso temporal e franja occipital.

© 2021 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/>).

Relato dos casos

Caso 1: Paciente do sexo feminino, 35 anos de idade, hígida. Apresentou queda de cabelos três meses após a gestação, por três meses, seguido de repilação espontânea. Foto de 15 meses após o parto.

Caso 2: Paciente do sexo feminino, 51 anos de idade, que três meses antes da consulta apresentou queda importante de cabelos após emagrecimento. Foto mostra o quadro capilar três meses após cessada a queda.

Caso 3: Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade. Após emagrecimento por dieta restritiva, apresentou queda importante dos cabelos e foi vista em consulta três meses depois de cessada a queda.

Caso 4: Paciente do sexo feminino, 34 anos de idade. Após grave acidente automobilístico, foi internada por hematoma extradural e amputação de braço. Três meses depois, apresentou queda importante dos cabelos. Foto de quatro meses após estabilização do quadro.

Caso 5: Paciente de 17 anos de idade, sexo feminino, com diagnóstico de neurofibromatose, internada por quadro de infecção intestinal importante. Três meses depois da alta, apresentou queda importante dos cabelos, com resolução

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.10.008>

☆ Como citar este artigo: Contin LA, Rocha VB. Acute telogen effluvium triad after resolution. An Bras Dermatol. 2021;96:605–8.

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

* Autor para correspondência.

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



Figura 1 Caso 1: (A), Franja frontal, (B), rarefação temporal e (C), franja occipital de repilação após eflúvio pós-parto.

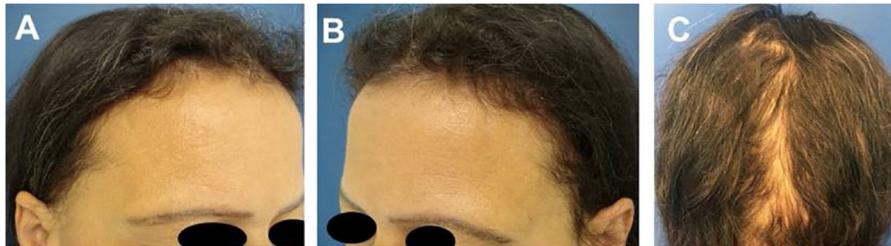


Figura 2 Caso 2: (A), Franja frontal, (B), rarefação temporal e (C), franja occipital de repilação após eflúvio pós-emagrecimento.



Figura 3 Caso 3: (A), Franja frontal, (B), rarefação temporal e (C), franja occipital de repilação após eflúvio pós-emagrecimento.

espontânea. Foto na consulta de três meses após interrupção da queda.

As figuras 1-4 mostram esses cinco casos de eflúvio telógeno (ET), com quantidade expressiva de fios de repilação na região frontal, bitemporal e occipital. A figura 5 mostra análise das pontas dos cabelos: as pontas afiladas correspondem a fios em repilação (*short regrowing hairs*). Na tricoscopia da área occipital, vários fios curtos com pontas com essas características.

Discussão

Diagnosticar ET agudo após passada sua fase ativa pode ser um desafio em muitos casos, especialmente quando o teste de tração (*pull test*) já está negativo. Questiona-se se realmente há queda de cabelos, se houve um eflúvio recente ou se o paciente (geralmente do sexo feminino) está com a percepção aumentada dessa situação.

O diagnóstico de ET é essencialmente clínico. Exames laboratoriais, alterações tricoscópicas ou histopatológicas geralmente não confirmam o diagnóstico.¹ O tricograma pode auxiliar, quando nele estão presentes mais de 20% de fios telógenos.^{2,3} O principal diagnóstico diferencial inclui alopecia areata, uma vez que pode ocorrer perda

substancial de fios em áreas localizadas ou de maneira difusa.^{4,5} Na alopecia areata difusa em atividade, o teste de tração leve geralmente é positivo para anágenos; o tricograma pode mostrar anágenos distróficos; a tricoscopia mostra pontos pretos e amarelos, pelos em exclamação, e pode haver pelos de repilação rápida. A histopatologia pode mostrar uma peribulbite linfocitária na fase aguda.⁵

A alopecia de tração também pode ser incluída no diagnóstico diferencial clínico, com o sinal da franja presente na orla submetida à tração.⁶ O tricograma é normal; a tricoscopia mostra pelos velos, cilindros peripilares, pontos pretos e pelos quebrados; e a histologia mostra glândulas sebáceas preservadas, aumento do número de telógenos e catágenos, aumento de velos e diminuição dos pelos terminais, além de tricomalácia e grumos de pigmento.⁷

O diagnóstico diferencial pode, ainda, ser feito com alopecia frontal fibrosante, descartado pela presença de muitos fios velos na região de implantação dos cabelos, e com alopecia androgenética feminina, não confirmado pela ausência de miniaturização dos fios nos casos apresentados.^{8,9}

O conhecimento dos sinais clínicos de repilação após o eflúvio telógeno pode ajudar nesse diagnóstico diferencial. Como as regiões frontal e temporal do couro cabeludo apresentam maior número de fios na fase telógena, essas regiões parecem ser mais afetadas por esse processo.¹⁰ Além disso,



Figura 4 Caso 4: (A), Franja frontal, (B), rarefação temporal e (C), franja occipital de repilação após acidente automobilístico grave. Caso 5: (D), Franja frontal, (E), rarefação temporal e (F), franja occipital de repilação após eflúvio pós-infecção intestinal grave.

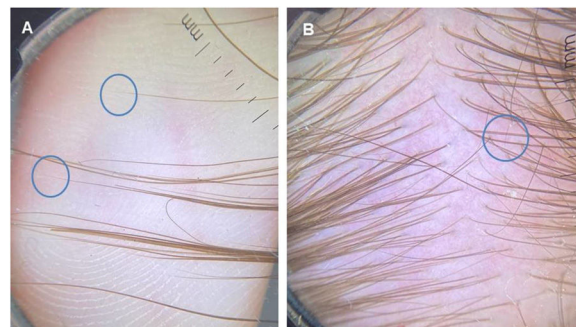


Figura 5 Análise das pontas dos cabelos. (A), As pontas afiladas correspondem a fios em repilação (*short regrowing hairs*). (B), Na tricoscopia da área occipital, vários fios curtos com pontas afiladas.

os fios na borda occipital, apesar de não haver descrição do fato na literatura até o momento, também parecem apresentar predominância de fios telógenos. Chamamos esse conjunto de sinais (rarefação temporal, franja frontal e occipital) de tríade do ET agudo em resolução (figs. 1-4). Ele pode ajudar clinicamente a diferenciar quais pacientes realmente estão em ET ou o tiveram recentemente. À tricoscopia, podem ser observados vários pelos em repilação (fig. 5).

O conhecimento dessa tríade pode facilitar o diagnóstico do ET e a orientação cuidadosa dos pacientes, com a proposta de um tratamento conservador, sem a necessidade de exames complementares mais invasivos, como a biópsia de couro cabeludo.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Leticia Arsie 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 do manuscrito.

Vanessa Barreto Rocha: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Mubki T, Rudnicka L, Olszewska M, Shapiro J. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient: part I. History and clinical examination. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71:415e1-15.
2. Pereira JM, The trichogram Part I. Significance and method of performing. *An Bras Dermatol.* 1993;68:147-52.
3. Pereira JM. The trichogram: Part II. Results and interpretation. *An Bras Dermatol.* 1993;68:217-23.
4. Werner B, Mulinari-Brenner F. Clinical and histological challenge in the differential diagnosis of diffuse alopecia: female androgenetic alopecia, telogen effluvium and alopecia areata - part I. *An Bras Dermatol.* 2012;87:742-7.
5. Werner B, Mulinari-Brenner F. Clinical and histological challenge in the differential diagnosis of diffuse alopecia: female androgenetic alopecia, telogen effluvium and alopecia areata - part II. *An Bras Dermatol.* 2012;87:884-90.
6. Samrao A, Price VH, Zedek D, Mirmirani P. The "Fringe Sign" - A useful clinical finding in traction alopecia of the marginal hair line. *Dermatol Online J.* 2011;17:1.
7. Billero V, Miteva M. Traction alopecia: the root of the problem. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2018;11:149-59.
8. Lacarrubba F, Micali G, Tosti A. Absence of vellus hair in the hair-line: a videodermatoscopic feature of frontal fibrosing alopecia. *Br J Dermatol.* 2013;169:473-4.
9. Ramos LD, Santili MC, Bezerra FC, Ruiz MeF, Petri V, Patriarca MT. Dermoscopic findings in female androgenetic alopecia. *An Bras Dermatol.* 2012;87:691-4.
10. Pecoraro V, Astore I, Barman J, Ignacioaraujo C. The normal trichogram in the child before the age of puberty. *J Invest Dermatol.* 1964;42:427-30.