

**ALOPECIA FEMININA: UMA ABORDAGEM INTEGRADA DO DIAGNÓSTICO AO
MANEJO TERAPÊUTICO**

**FEMALE ALOPECIA: AN INTEGRATED APPROACH FROM DIAGNOSIS TO
THERAPEUTIC MANAGEMENT**

**ALOPECIA FEMENINA: UN ENFOQUE INTEGRAL DESDE EL DIAGNÓSTICO HASTA
EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO**

 <https://doi.org/10.56238/arev8n3-109>

Data de submissão: 23/02/2026

Data de publicação: 23/03/2026

Livia Nunes Barboza Duarte

Residente de Dermatologia

Instituição: Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

E-mail: livianunesbarboza@gmail.com

Renata Moret Polonia

Dermatologista

Instituição: Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

E-mail: renatamoret@hotmail.com

Danielle Furtado de Oliveira

Doutora em Saúde Coletiva

Instituição: Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

E-mail: daniellefurtadooliveira@gmail.com

Nathalia Lopez Duarte

Doutora em Clínica Médica, Hematologia

Instituição: Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

E-mail: nathalialopezduarte@gmail.com

RESUMO

A alopecia feminina compreende um grupo heterogêneo de condições caracterizadas por rarefação capilar ou aumento do eflúvio, com repercussões clínicas e psicossociais relevantes. Entre as etiologias mais frequentes destaca-se a alopecia de padrão feminino (female pattern hair loss – FPHL), condição não cicatricial progressiva associada à miniaturização folicular. O presente estudo teve como objetivo revisar os principais aspectos da alopecia feminina, com ênfase na fisiopatologia, avaliação clínica, diagnóstico diferencial e manejo terapêutico. Realizou-se revisão narrativa da literatura com busca na base de dados MEDLINE/PubMed utilizando descritores relacionados a alopecia feminina, eflúvio telógeno e alopecias associadas. Foram priorizados artigos de revisão, revisões sistemáticas e estudos clínicos relevantes para a prática dermatológica. A análise da literatura evidencia que a FPHL constitui a causa mais comum de alopecia em mulheres, caracterizando-se por miniaturização folicular progressiva e padrão típico de rarefação capilar. A avaliação clínica

sistemizada, associada ao uso de ferramentas como a tricoscopia e investigação laboratorial quando indicada, é fundamental para o diagnóstico diferencial entre diferentes formas de alopecia. O manejo terapêutico deve ser individualizado conforme a etiologia, incluindo minoxidil tópico como primeira linha na FPHL, terapias antiandrogênicas em casos selecionados e abordagem etiológica nos quadros de eflúvio telógeno ou alopecias secundárias. Conclui-se que a abordagem da alopecia feminina exige integração entre diagnóstico clínico preciso, tratamento direcionado e atenção ao impacto psicossocial da doença, visando melhor prognóstico clínico e qualidade de vida das pacientes.

Palavras-chave: Alopecia Feminina. Alopecia Androgenética Feminina. Eflúvio Telógeno. Tricoscopia. Tratamento Capilar.

ABSTRACT

Female alopecia encompasses a heterogeneous group of conditions characterized by hair thinning or increased hair shedding, often associated with significant psychosocial impact. Among the most common causes, female pattern hair loss (FPHL) represents a progressive non-scarring alopecia associated with follicular miniaturization. This study aimed to review the main aspects of female alopecia, focusing on pathophysiology, clinical evaluation, differential diagnosis, and therapeutic management. A narrative literature review was conducted using the MEDLINE/PubMed database with descriptors related to female alopecia and telogen effluvium. Review articles, systematic reviews, and clinically relevant studies were prioritized. The literature indicates that FPHL is the most prevalent cause of alopecia in women and is characterized by progressive follicular miniaturization and a typical pattern of hair thinning. Systematic clinical evaluation combined with tools such as trichoscopy and laboratory investigation when indicated is essential for differential diagnosis. Therapeutic management should be individualized according to etiology, including topical minoxidil as first-line therapy for FPHL, antiandrogen therapy in selected cases, and etiological management in telogen effluvium and secondary alopecias. An integrated clinical approach that considers both medical treatment and psychosocial impact is essential for improving clinical outcomes and patient quality of life.

Keywords: Female Alopecia. Female Pattern Hair Loss. Telogen Effluvium. Trichoscopy. Hair Loss Treatment.

RESUMEN

La alopecia femenina (AF) abarca un grupo heterogéneo de afecciones caracterizadas por el adelgazamiento del cabello o el aumento del efluvio telógeno, con importantes repercusiones clínicas y psicosociales. Entre las etiologías más frecuentes se encuentra la AF, una afección progresiva no cicatricial asociada a la miniaturización folicular. Este estudio tuvo como objetivo revisar los principales aspectos de la AF, con énfasis en la fisiopatología, la evaluación clínica, el diagnóstico diferencial y el manejo terapéutico. Se realizó una revisión narrativa de la literatura utilizando la base de datos MEDLINE/PubMed con descriptores relacionados con la AF, el efluvio telógeno y las alopecias asociadas. Se priorizaron los artículos de revisión, las revisiones sistemáticas y los estudios clínicos relevantes para la práctica dermatológica. El análisis de la literatura muestra que la AF es la causa más común de alopecia en mujeres, caracterizada por la miniaturización folicular progresiva y un patrón típico de adelgazamiento del cabello. La evaluación clínica sistemática, combinada con el uso de herramientas como la tricoscopia y la investigación de laboratorio cuando esté indicada, es fundamental para el diagnóstico diferencial entre las diferentes formas de alopecia. El tratamiento debe individualizarse según la etiología, incluyendo minoxidil tópico como tratamiento de primera línea en la alopecia androgénica femenina (AAF), terapias antiandrogénicas en casos seleccionados y un abordaje etiológico en casos de efluvio telógeno o alopecias secundarias. Se concluye que el

abordaje de la alopecia femenina requiere la integración de un diagnóstico clínico preciso, un tratamiento específico y la atención al impacto psicosocial de la enfermedad, con el objetivo de lograr un mejor pronóstico clínico y una mayor calidad de vida para las pacientes.

Palabras clave: Alopecia Femenina. Alopecia Androgénica Femenina. Efluvio Telógeno. Tricoscopia. Tratamiento Capilar.

1 INTRODUÇÃO

Alopecia feminina compreende um espectro heterogêneo de condições que cursam com rarefação capilar e/ou aumento de eflúvio, com impacto potencialmente relevante na autoimagem e no funcionamento social. Entre as causas mais frequentes, destaca-se a alopecia de padrão feminino (female-pattern hair loss, FPHL), uma alopecia não cicatricial, progressiva, associada à miniaturização folicular e à redução gradual da densidade capilar, sobretudo em regiões frontal, central e parietal, com preservação habitual da linha frontal (BHAT, 2020; FABROCCINI et al., 2018; RAMOS et al., 2023).

A avaliação clínica da mulher com queixa de queda ou rarefação deve ser orientada por história dirigida, exame físico do couro cabeludo, testes de atividade (quando indicados) e, cada vez mais, pela tricoscopia como extensão do exame dermatológico, sobretudo para diferenciar padrões de miniaturização, sinais de inflamação, alterações da haste e achados sugestivos de etiologias específicas. Em FPHL, a tricoscopia contribui para a confirmação diagnóstica e para a estratificação de gravidade, enquanto a biópsia permanece como ferramenta útil em cenários selecionados, especialmente quando há suspeita de alopecia cicatricial ou sobreposição de diagnósticos (BHAT, 2020; FABROCCINI et al., 2018; VERMA et al., 2024).

Além do desafio diagnóstico, o manejo terapêutico em mulheres exige raciocínio individualizado: a base farmacológica com melhor nível de evidência em FPHL permanece o minoxidil tópico, embora parcela expressiva não apresente melhora clínica; por isso, combinações e alternativas (como minoxidil oral em baixa dose e antiandrogênicos) têm sido exploradas, somadas a estratégias adjuvantes (camuflagem, tecnologias de luz, procedimentos injetáveis e, em casos selecionados, transplante) (RAMOS et al., 2023; IYENGAR; 2025; RODRIGUES-BARATA et al., 2020; ALESSA et al., 2023).

Por fim, a alopecia feminina deve ser compreendida também como condição com repercussões psicossociais mensuráveis, o que justifica avaliação do sofrimento, expectativa terapêutica e educação estruturada — especialmente em doenças crônicas e progressivas (FABROCCINI et al., 2018; SHIMIZU et al., 2018).

2 OBJETIVO

Revisar, de forma narrativa e baseada em literatura indexada, os principais aspectos da alopecia feminina, com ênfase na avaliação clínica, diagnóstico diferencial e opções terapêuticas com suporte na evidência disponível, destacando particularidades relevantes para a prática dermatológica.

3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados na base MEDLINE/PubMed. Utilizaram-se descritores baseados em MeSH Terms relacionados a “female pattern hair loss”, “alopecia”, “telogen effluvium”, “traction alopecia”, “trichotillomania”, “tinea capitis”, “syphilitic alopecia”, “frontal fibrosing alopecia”, “aplasia cutis congenita” e “temporal triangular alopecia”. Foram priorizados artigos de revisão, revisões sistemáticas, metanálises e estudos clínicos pertinentes ao escopo (avaliação, diferencial e manejo), excluindo-se publicações sem aderência temática. As referências selecionadas fundamentaram a discussão e a construção dos tópicos do manuscrito.

Realizou-se revisão narrativa da literatura por meio de busca na base de dados MEDLINE/PubMed. A busca incluiu os descritores baseados em MeSH Terms: “female pattern hair loss”, “alopecia”, “telogen effluvium”, “traction alopecia”, “trichotillomania”, “tinea capitis”, “syphilitic alopecia”, “frontal fibrosing alopecia”, “aplasia cutis congenita” e “temporal triangular alopecia”.

Foram incluídos artigos publicados em inglês que abordassem aspectos clínicos, fisiopatológicos, diagnósticos ou terapêuticos das principais formas de alopecia em mulheres, incluindo revisões narrativas, revisões sistemáticas, metanálises e estudos clínicos relevantes. Foram excluídas publicações sem relação direta com o tema, relatos isolados sem aplicabilidade clínica ou estudos com escopo restrito a populações não comparáveis.

A busca bibliográfica foi realizada entre setembro de 2025 e fevereiro de 2026, com última atualização em fevereiro de 2026. Após leitura de títulos e resumos, os artigos selecionados foram analisados integralmente, por fim, selecionou-se 20 artigos para embasar a escrita teórica do presente trabalho.

4 FISIOPATOLOGIA

Alopecia em mulheres pode se manifestar como rarefação progressiva (padrão) ou como aumento difuso de eflúvio, com apresentações clínicas e mecanismos distintos. A FPHL é descrita como alopecia difusa não cicatricial, com miniaturização progressiva e redução do tempo de anágena, levando à produção de fios mais finos e curtos e a diminuição da densidade, com predileção por vértex e região superior parietal, geralmente poupando a linha frontal (BHAT, 2020; FABROCCINI et al., 2018).

A etiopatogênese da FPHL é multifatorial, envolvendo componentes genéticos e hormonais, além de fatores ambientais e hipóteses inflamatórias (“microinflamação” peri-infundibular), sendo a miniaturização folicular o marcador central. Mesmo assim, a relação direta com andrógenos não é

absoluta, pois a FPHL pode ocorrer em mulheres sem hiperandrogenismo clínico-laboratorial, o que sustenta o termo “FPHL” em vez de “alopecia androgenética feminina” em parte da literatura (BHAT, 2020; FABROCCINI et al., 2018; IYENGAR, 2025).

Do ponto de vista histopatológico, a miniaturização folicular representa o processo central da FPHL, caracterizado pela transformação progressiva de folículos terminais em folículos semelhantes a vellus, com redução do diâmetro da haste capilar e diminuição da proporção de folículos em fase anágena. Esse fenômeno resulta em ciclos capilares mais curtos e em produção de fios progressivamente mais finos e menos pigmentados. Estudos também descrevem a presença de discreta infiltração inflamatória perifolicular, denominada “microinflamação”, especialmente ao redor da região infundibular, associada a fibrose perifolicular em estágios mais avançados, sugerindo possível papel inflamatório na progressão da miniaturização folicular (FABROCCINI et al., 2018; BHAT, 2020).

Em paralelo, condições como eflúvio telógeno (ET) representam causa frequente de queixa de “queda”, caracterizando-se por aumento de fios em telógeno e shedding difuso, podendo ocorrer após estressores, doenças sistêmicas e outras alterações; a apresentação pode ser aguda ou crônica, e o raciocínio clínico deve buscar gatilhos e cronologia compatível, além de excluir diagnósticos concorrentes (ASGHAR et al., 2020).

O eflúvio telógeno pode apresentar forma aguda ou crônica. O eflúvio telógeno agudo geralmente ocorre entre dois e três meses após um evento desencadeante identificável, como doença sistêmica, parto, cirurgia ou estresse metabólico, apresentando resolução espontânea em até seis meses após remoção do fator causal. Já o eflúvio telógeno crônico caracteriza-se por shedding persistente por período superior a seis meses, frequentemente sem fator precipitante claro, podendo coexistir com FPHL e representar desafio diagnóstico adicional na prática clínica (ASGHAR et al., 2020).

Finalmente, parte importante do espectro feminino inclui alopecias cicatriciais, como a alopecia fibrosante frontal (AFF), classicamente progressiva e mais frequente em mulheres pós-menopausa, com recuo frontotemporal, pele brilhante/atrófica e sinais tricoscópicos inflamatórios, situação em que o objetivo terapêutico muda: de “reverter” para “estabilizar” e impedir perda permanente (VERMA et al., 2024).

5 AVALIAÇÃO CLÍNICA

A abordagem clínica deve começar por caracterização do sintoma principal (queda vs rarefação), tempo de evolução, padrão de distribuição, flutuações, sintomas associados (prurido,

dor/tricodinia), práticas capilares, comorbidades e medicamentos, além de sinais de hiperandrogenismo quando presentes. Na FPHL, muitas vezes a combinação de história e exame físico é suficiente para estabelecer o diagnóstico, enquanto exames adicionais são úteis quando há suspeita de hiperandrogenismo ou diagnósticos alternativos (FABROCCINI et al., 2018; BHAT, 2020).

O exame do couro cabeludo deve avaliar: padrão (difuso centro-parietal, “árvore de Natal”, rarefação bitemporal), presença/ausência de óstios foliculares (marcador prático de cicatriz), descamação, eritema, pústulas e sinais de tração. A tricoscopia é especialmente útil em FPHL ao demonstrar diversidade de diâmetro da haste (variabilidade), aumento de fios miniaturizados e redução de unidades foliculares com múltiplos fios; também pode evidenciar “sinais peripilares” descritos em estágios iniciais, apoiando o raciocínio em direção ao eixo miniaturização/inflamação discreta (BHAT, 2020).

Testes e exames complementares devem ser direcionados por hipótese: no ET, podem ser empregados testes de avaliação de shedding e, em cenários selecionados, métodos adicionais e biópsia; já em suspeita de tinea capitis, cultura fúngica e exame direto com KOH são descritos como ferramentas diagnósticas usuais, com tricoscopia como adjunto; em suspeita de sífilis secundária com alopecia, o diagnóstico integra avaliação clínica, tricoscopia e confirmação laboratorial, devido ao potencial mimetismo com outras alopecias (ASGHAR et al., 2020; HILL et al., 2024; POMSOONG et al., 2022).

Quando há suspeita de alopecia cicatricial (ex.: AFF), a tricoscopia pode revelar perda de óstios e achados como eritema perifolicular e hiperqueratose/escamas perifoliculares, auxiliando a indicação de biópsia e o delineamento do tratamento com foco em bloqueio de progressão (VERMA et al., 2024).

Quando há suspeita de eflúvio telógeno crônico ou alopecia associada a alterações sistêmicas, recomenda-se investigação laboratorial básica, incluindo hemograma, ferritina sérica, função tireoidiana e, em casos selecionados, avaliação hormonal androgênica. Esses exames auxiliam na identificação de condições sistêmicas potencialmente associadas à queda capilar e orientam abordagem terapêutica direcionada.

6 PARTICULARIDADES DA MULHER ADULTA E IMPACTO PSICOSSOCIAL

Em mulheres, a alopecia frequentemente se traduz em “perda de volume” e mudança de densidade percebida, com repercussão estética mais difícil de camuflar do que em padrões masculinos clássicos. A FPHL é descrita como a forma mais comum de alopecia em mulheres e está associada a

sofrimento psicológico e prejuízo no funcionamento social, reforçando a importância de diagnóstico precoce e comunicação clara de objetivos terapêuticos (estabilização vs repilação) (FABROCCINI et al., 2018; RAMOS et al., 2023).

O impacto na qualidade de vida é suficientemente relevante para justificar instrumentos específicos de mensuração, como o WAA-QoL, que possui versão adaptada e validada para o português do Brasil (WAA-QoL-BP), permitindo avaliação padronizada do desfecho centrado na paciente e melhor monitoramento do efeito clínico ao longo do tempo (SHIMIZU et al., 2018).

Além disso, algumas etiologias têm nuances epidemiológicas e contextuais: tinea capitis em adultos é incomum, mas revisões apontam maior ocorrência em mulheres pós-menopausa, com destaque para populações específicas e fatores de risco como convivência domiciliar com crianças infectadas, proximidade com animais e imunossupressão; já a alopecia por tração tem forte relação com práticas capilares crônicas, podendo evoluir para forma cicatricial irreversível se o fator mecânico persistir (HILL et al., 2024; BILLERO; MITEVA, 2018).

7 MANEJO TERAPÊUTICO

O manejo terapêutico da alopecia feminina deve ser orientado primariamente pela etiologia e pelo caráter cicatricial ou não cicatricial do quadro, uma vez que essa distinção determina tanto o prognóstico quanto os objetivos terapêuticos. Nas alopecias não cicatriciais, como a FPHL e o ET, o tratamento visa reduzir a progressão da miniaturização folicular, estimular o crescimento capilar e estabilizar a perda de fios; já nas alopecias cicatriciais, como a alopecia frontal fibrosante, a abordagem tem como foco principal o controle da atividade inflamatória e a prevenção de perda folicular irreversível (RAMOS et al., 2023; VERMA et al., 2025).

Na FPHL, o minoxidil tópico permanece como a terapia de primeira linha com maior nível de evidência, sendo descrito como agente capaz de prolongar a fase anágena e aumentar o diâmetro dos fios, com impacto na densidade capilar e estabilização da progressão da alopecia. Revisões terapêuticas enfatizam seu uso contínuo e a necessidade de adesão prolongada, uma vez que a suspensão do tratamento pode resultar em perda dos benefícios obtidos, refletindo o caráter crônico da doença. O minoxidil tópico é habitualmente utilizado nas concentrações de 2% ou 5%, aplicado uma a duas vezes ao dia, sendo a formulação a 5% frequentemente preferida devido à maior eficácia clínica demonstrada em diferentes estudos. Ainda assim, parcela das pacientes apresenta resposta insatisfatória, o que tem motivado a investigação de estratégias terapêuticas combinadas e alternativas farmacológicas (RAMOS et al., 2023; FABROCCINI et al., 2018).

Entre as terapias sistêmicas, os antiandrogênicos ocupam papel relevante, sobretudo em pacientes com sinais clínicos de hiperandrogenismo ou padrão de alopecia compatível com influência hormonal. A espironolactona tem sido amplamente estudada, e revisões sistemáticas sugerem melhora na densidade capilar e redução da queda, com perfil de segurança considerado aceitável em diferentes séries clínicas. A espironolactona é geralmente utilizada em doses variando entre 50 e 200 mg/dia, com monitorização periódica de eletrólitos séricos e função renal, especialmente em pacientes com fatores de risco metabólico ou uso concomitante de outras medicações que possam alterar o equilíbrio hidroeletrolítico. Além disso, evidências indicam que sua associação ao minoxidil pode potencializar a resposta terapêutica, refletindo a natureza multifatorial da FPHL e a necessidade de intervenções combinadas para atuar em diferentes mecanismos fisiopatológicos (ALEISSA, 2023; WANG et al., 2023).

Outras opções farmacológicas descritas incluem inibidores da 5-alfa-redutase, como finasterida e dutasterida, especialmente em contextos selecionados, embora seu uso em mulheres é considerado off-label, devendo ser avaliado individualmente, particularmente em pacientes em idade fértil devido ao potencial risco teratogênico. Revisões narrativas apontam que essas terapias podem contribuir para reduzir a miniaturização folicular ao interferirem na conversão de testosterona em di-hidrotestosterona, mecanismo central na fisiopatologia da alopecia androgenética (ANDROGENETIC ALOPECIA IN WOMEN, 2026).

A utilização de minoxidil oral em baixa dose tem emergido como estratégia terapêutica adicional em casos selecionados, particularmente quando há intolerância ou resposta inadequada à formulação tópica. Estudos retrospectivos sugerem que a combinação de minoxidil oral de baixa dose com espironolactona pode ser eficaz e segura em contexto de prática clínica, embora a necessidade de estudos controlados adicionais seja reiterada pela literatura (NOHRIA et al., 2024).

No eflúvio telógeno, o tratamento fundamenta-se na identificação e correção do fator desencadeante, como estressores fisiológicos, eventos traumáticos, alterações hormonais ou uso de medicamentos, uma vez que a resolução espontânea pode ocorrer após remoção do gatilho causal. Em alguns casos, o minoxidil tem sido utilizado como terapia adjuvante, com o objetivo de acelerar a recuperação da densidade capilar e favorecer o retorno à fase anágena, embora a base terapêutica permaneça centrada na abordagem etiológica (ASGHAR et al., 2020).

Para a alopecia por tração, a principal intervenção terapêutica consiste na eliminação dos fatores mecânicos responsáveis pela tração crônica dos fios, destacando-se a modificação de hábitos capilares e a interrupção de penteados de alta tensão. Revisões ressaltam que a persistência da tração

pode levar a dano folicular progressivo e eventual alopecia permanente, o que reforça o papel preventivo da orientação comportamental e do diagnóstico precoce (BILLERO; MITEVA, 2018).

Nas alopecias cicatriciais, como a alopecia frontal fibrosante, o tratamento visa primordialmente conter a progressão da doença e reduzir a atividade inflamatória perifolicular, uma vez que a destruição da unidade pilossebácea é irreversível. Revisões recentes descrevem que a etiopatogênese permanece incompletamente elucidada, e as estratégias terapêuticas são frequentemente empíricas e individualizadas, baseadas na gravidade clínica e na velocidade de progressão do quadro (VERMA et al., 2025).

Além das terapias farmacológicas, modalidades adjuvantes têm sido descritas na literatura, incluindo luz de baixa intensidade, plasma rico em plaquetas e transplante capilar em casos selecionados de FPHL avançada, com o objetivo de restaurar a densidade capilar e melhorar o aspecto estético. Essas abordagens são geralmente consideradas complementares ao tratamento medicamentoso e devem ser indicadas de forma individualizada, considerando expectativas da paciente, extensão da alopecia e estabilidade da doença (ANDROGENETIC ALOPECIA IN WOMEN, 2026).

Por fim, o manejo terapêutico da alopecia feminina deve incorporar avaliação contínua da resposta clínica e do impacto psicossocial, uma vez que a perda capilar está fortemente associada a comprometimento da qualidade de vida e sofrimento emocional significativo. A integração entre tratamento farmacológico, intervenções comportamentais e suporte psicossocial constitui abordagem abrangente e necessária para alcançar controle da progressão da alopecia, melhorar a percepção corporal e promover melhor qualidade de vida nas pacientes acometidas (DAVIS; CALLENDER, 2018; HWANG et al., 2024).

8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial da alopecia feminina deve iniciar pela distinção entre alopecias não cicatriciais e cicatriciais, uma vez que a presença de perda de óstios foliculares e sinais inflamatórios perifoliculares aponta para possibilidade de destruição permanente da unidade pilossebácea, demandando investigação e intervenção precoces. Na prática, a maioria das queixas de “queda” ou rarefação em mulheres concentra-se nas alopecias não cicatriciais, destacando-se como principais hipóteses FPHL e o ET, seguidas por alopecia por tração e tricotilomania; etiologias infecciosas e causas sistêmicas, embora menos frequentes, devem ser consideradas conforme contexto clínico, e condições congênitas raras são usualmente reconhecidas pelo padrão estável e típico desde a infância (BHAT, 2020; FABROCINI et al., 2018; ASGHAR et al., 2020).

A diferenciação entre FPHL e eflúvio telógeno crônico (ETC) é uma das etapas mais relevantes, pois ambas podem cursar com queixa de queda persistente e redução de densidade percebida. Em geral, a FPHL caracteriza-se por rarefação progressiva e padrão de distribuição típico no couro cabeludo central, associada à miniaturização folicular, enquanto o ET se manifesta predominantemente como shedding difuso, podendo ser agudo ou crônico, muitas vezes relacionado à cronologia de gatilhos e à dinâmica temporal do quadro. No ETC, o shedding persiste por período prolongado e pode coexistir com FPHL, o que torna essencial integrar história clínica e exame dirigido. Nesse contexto, a tricoscopia tem papel de apoio ao evidenciar achados compatíveis com miniaturização na FPHL e contribuir para afastar outras etiologias quando a apresentação clínica é sobreposta (BHAT, 2020; FABROCINI et al., 2018; ASGHAR et al., 2020).

A alopecia por tração deve ser considerada precocemente em mulheres com história de penteados de alta tensão ou práticas capilares repetidas, pois o dano mecânico crônico pode evoluir com rarefação persistente e, em casos tardios, progressão para alopecia cicatricial. Achados clínicos como o “fringe sign” e sinais dermoscópicos como “hair casts” podem auxiliar na identificação de tração ativa e na diferenciação com alopecias cicatriciais da linha frontal, particularmente quando há rarefação frontotemporal (BILLERO; MITEVA, 2018). Já a tricotilomania deve ser lembrada diante de padrões irregulares de rarefação, relato de comportamento de arrancamento ou sinais indiretos na história, sendo condição frequentemente associada a sofrimento psicossocial e comorbidades psiquiátricas; seu reconhecimento depende de anamnese cuidadosa e exame direcionado para evitar tratamentos inadequados como se fosse uma alopecia primária inflamatória (WOODS; HOUGHTON, 2014).

Entre as causas infecciosas, a tinea capitis em adultos é incomum, porém pode ocorrer e deve ser suspeitada em casos com descamação, inflamação, dor, pústulas, áreas de rarefação com quebra de fios ou história de contato epidemiológico. Nessa situação, exame direto com KOH e cultura fúngica são ferramentas diagnósticas usuais, com a tricoscopia como adjunto; o tratamento é predominantemente sistêmico com antifúngicos orais, e o atraso diagnóstico pode culminar em alopecia cicatricial, especialmente em apresentações inflamatórias (HILL et al., 2024). Além disso, a alopecia sífilítica (geralmente no contexto de sífilis secundária) constitui etiologia mimetizadora e deve ser considerada conforme sinais e história clínica, podendo apresentar padrão “moth-eaten”; a tricoscopia pode auxiliar como ferramenta de apoio, com confirmação por avaliação laboratorial e boa resposta após antibioticoterapia (POMSOONG et al., 2022).

Por fim, causas congênitas e raras tendem a ser reconhecidas pelo padrão morfológico e pela estabilidade clínica. A aplasia cutis congenita manifesta-se como ausência localizada de pele ao

nascimento, com apresentações heterogêneas e necessidade de avaliação individualizada conforme extensão e possíveis associações. A alopecia temporal triangular, por sua vez, é entidade benigna, não cicatricial e não progressiva, tipicamente frontotemporal, em placa triangular/oval/lanceolada, podendo estar presente ao nascimento ou surgir mais tarde, mantendo-se estável ao longo do tempo (SATHISHKUMAR et al., 2020; LI; SUN, 2015).

9 CONCLUSÃO

A alopecia feminina constitui um grupo heterogêneo de condições com apresentações clínicas distintas, exigindo abordagem diagnóstica sistematizada para diferenciar formas cicatriciais e não cicatriciais. Entre as etiologias mais frequentes destaca-se a alopecia de padrão feminino, caracterizada por miniaturização folicular progressiva e impacto psicossocial relevante. A avaliação clínica criteriosa, associada ao uso de ferramentas como tricoscopia e investigação laboratorial quando indicada, permite direcionar o diagnóstico diferencial e orientar o tratamento. O manejo terapêutico deve ser individualizado conforme a etiologia, com destaque para o minoxidil tópico como terapia de primeira linha na FPHL e o uso de terapias sistêmicas em casos selecionados. Dessa forma, a integração entre diagnóstico clínico preciso, tratamento direcionado e atenção ao impacto psicossocial da doença é essencial para melhorar os desfechos clínicos e a qualidade de vida das pacientes.

REFERÊNCIAS

- RAMOS, P. M. et al. Female-pattern hair loss: therapeutic update. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2023. PMID: 37003900.
- FABROCINI, G. et al. Female pattern hair loss: A clinical, pathophysiologic, and therapeutic review. *International Journal of Women's Dermatology*, 2018.
- BHAT, Y. J. et al. Female Pattern Hair Loss—An Update. *Indian Dermatology Online Journal*, 2020.
- IYENGAR, L. et al. Male and female pattern hair loss. *BMJ*, 2025.
- ASGHAR, F. et al. Telogen Effluvium: A Review of the Literature. *Cureus*, 2020. PMID: 32607303.
- BILLERO, V.; MITEVA, M. Traction alopecia: the root of the problem. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 2018. PMID: 29670386.
- VERMA, S. et al. Frontal Fibrosing Alopecia: A Comprehensive Review with Recent Updates. *Cureus*, 2025. PMID: 40162350.
- DAVIS, D. S.; CALLENDER, V. D. Review of quality of life studies in women with alopecia. *International Journal of Women's Dermatology*, 2018. PMID: 29872671.
- HWANG, H. W. et al. The Quality of Life and Psychosocial Impact on Female Pattern Hair Loss. *Annals of Dermatology*, 2024. PMID: 38325433.
- ALEISSA, M. The Efficacy and Safety of Oral Spironolactone in the Treatment of Female Pattern Hair Loss: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*, 2023.
- WANG, C. et al. The Efficacy and Safety of Oral and Topical Spironolactone in Androgenetic Alopecia Treatment: A Systematic Review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 2023.
- NOHRIA, A. et al. Improving efficacy and maintaining safety in the treatment of alopecia with low-dose oral minoxidil and spironolactone combination therapy: A retrospective review. *JAAD International*, 2024. PMID: 39399339.
- ANDROGENETIC ALOPECIA IN WOMEN: A narrative review of pathophysiology, clinical evaluation, and treatments. *Dermatologic Therapy*, 2026. PMID: 41714473.
- RODRIGUES-BARATA, A. R. et al. Low-dose oral minoxidil for the treatment of androgenetic alopecia: efficacy and safety. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2020.
- SHIMIZU, M. et al. Validation of the Women's Androgenetic Alopecia Quality of Life Questionnaire (WAA-QoL) in Brazilian Portuguese. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2018.
- HILL, J. et al. Tinea capitis in adults: epidemiology, clinical features and management. *Mycoses*, 2024.

POMSOONG, C. et al. Trichoscopic findings and treatment outcomes in syphilitic alopecia: a systematic review. *Dermatology Practical & Conceptual*, 2022.

WOODS, D. W.; HOUGHTON, D. C. Diagnosis, evaluation, and management of trichotillomania. *Psychiatric Clinics of North America*, 2014.

SATHISHKUMAR, D. et al. Aplasia cutis congenita: clinical features, classification and management. *Indian Journal of Dermatology*, 2020.

LI, C.; SUN, Q. Temporal triangular alopecia: a clinical and dermoscopic study. *International Journal of Dermatology*, 2015.