

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Edição XXX

Capítulo 24

ALOPECIA AREATA NA INFÂNCIA: RECONHECIMENTO, DIAGNÓSTICO E MANEJO NA PRÁTICA PEDIÁTRICA

JÉSSICA DE MATOS HOFFMANN¹
JÚLIA TOIGO BORTONCELLO²

¹Discente – Medicina da Faculdade da Serra Gaúcha.

²Discente – Medicina da Universidade de Caxias do Sul.

Palavras-chave: Alopecia; Pediatria; Autoimunidade.

DOI

10.59290/2402022802

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A alopecia areata (AA) é uma doença inflamatória autoimune não cicatricial que acomete os folículos pilosos, resultando em perda capilar localizada ou extensa. Caracteriza-se por um curso crônico e recorrente, com episódios alternados de progressão e remissão espontânea. A doença pode apresentar diferentes formas clínicas, desde placas isoladas até manifestações mais extensas, como alopecia totalis e alopecia universalis. Estima-se que a AA afete até 2% da população mundial ao longo da vida, constituindo uma das formas mais frequentes de alopecia não cicatricial observadas na prática dermatológica (BARTON *et al.*, 2022).

Na população pediátrica, a alopecia areata apresenta relevância especial devido à elevada frequência de início precoce. Aproximadamente 40% dos pacientes manifestam o primeiro episódio antes dos 20 anos de idade, enquanto cerca de 20% dos casos ocorrem durante a infância. Estudos também indicam que entre 27% e 60% dos pacientes diagnosticados pertencem à faixa etária menor de 20 anos, demonstrando a importância da doença entre crianças e adolescentes (GARNACHO SAUCEDO *et al.*, 2016; FIALHO; QUIRINO, 2023).

Além da elevada prevalência relativa na infância, a alopecia areata figura entre os motivos mais comuns de consulta em dermatologia pediátrica. Estudos observacionais apontam que a doença representa uma importante demanda assistencial, sendo considerada a terceira causa mais frequente de consulta dermatológica em crianças. Seu impacto transcende as alterações físicas, alcançando aspectos emocionais, sociais e comportamentais, especialmente durante períodos críticos do desenvolvimento infantil e da formação da autoimagem (COLMENAREZ-

FACENDA *et al.*, 2022; BARTON *et al.*, 2022).

Do ponto de vista clínico-epidemiológico, vale ressaltar que o início precoce da alopecia areata, particularmente em menores de 10 anos, está frequentemente associado a um prognóstico mais reservado, maior resistência aos tratamentos convencionais e maior probabilidade de progressão para formas extensas ou crônicas. O reconhecimento precoce por parte do pediatra e do dermatologista não apenas otimiza o manejo terapêutico inicial, mas também permite uma abordagem multidisciplinar voltada para o suporte psicológico da criança e de seus familiares, atenuando os impactos deletérios na qualidade de vida e no desenvolvimento socioemocional (BARTON *et al.*, 2022; GARNACHO SAUCEDO *et al.*, 2016).

O presente estudo tem como objetivo revisar e sintetizar as principais evidências disponíveis sobre a alopecia areata na população pediátrica, abordando seus aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos, bem como os métodos diagnósticos, fatores prognósticos, impacto psicossocial e opções terapêuticas. Busca-se, ainda, destacar as particularidades da doença na infância e adolescência, contribuindo para o reconhecimento precoce, o diagnóstico adequado e o manejo individualizado dos pacientes pediátricos.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre alopecia areata na população pediátrica, fundamentada em estudos científicos, revisões sistemáticas, diretrizes e consensos nacionais e internacionais relacionados ao tema. A busca e seleção das referências teve como objetivo reunir evidências relevantes e atualizadas para a construção de uma abordagem abrangente da doença em crianças e adolescentes.

A revisão contemplou aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, manifestações clínicas, diagnóstico, prognóstico, impacto psicossocial e estratégias terapêuticas da alopecia areata infantil. Foram priorizadas referências publicadas em periódicos científicos especializados, bem como recomendações e atualizações recentes, buscando garantir uma fundamentação científica adequada e atualizada para a elaboração do capítulo.

As principais fontes utilizadas foram publicações provenientes de periódicos científicos especializados, nacionais e internacionais, de reconhecida relevância nas áreas de dermatologia e pediatria, além de diretrizes, PubMed, UpToDate, consensos de sociedades médicas e documentos regulatórios relacionados ao tratamento da alopecia areata.

A seleção das referências buscou priorizar materiais científicos pertinentes à população pediátrica e documentos atuais, de modo a proporcionar uma visão integrada e baseada em evidências sobre o reconhecimento, diagnóstico, acompanhamento e tratamento da alopecia areata em crianças e adolescentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia

A causa exata da AA ainda não é conhecida, sendo a doença considerada multifatorial. O processo envolve uma resposta imune dirigida contra estruturas do folículo piloso, com participação de linfócitos T e alteração do chamado privilégio imunológico folicular. A inflamação interfere no ciclo de crescimento dos pelos e pode provocar a transição prematura dos folículos para fases de repouso (BARTON *et al.*, 2022; FIALHO; QUIRINO, 2023).

A predisposição genética parece contribuir para a suscetibilidade individual, especialmente quando há história familiar ou associação com

doenças atópicas e autoimunes. Entre as condições relatadas em associação com a AA estão vitiligo, doenças da tireoide, dermatite atópica e doença celíaca. Infecções e situações de estresse psicossocial podem coincidir com o início ou a piora do quadro, mas não devem ser apresentados como causas únicas ou comprovadas para todos os pacientes (GARNACHO SAUCEDO *et al.*, 2016; FIALHO; QUIRINO, 2023; COLMENAREZ-FACENDA *et al.*, 2022).

A compreensão de vias inflamatórias, incluindo a sinalização relacionada às Janus quinases (JAK), contribuiu para o desenvolvimento de terapias-alvo. Entretanto, a evidência terapêutica em crianças é mais limitada do que em adultos; portanto, o uso de inibidores de JAK deve ser discutido de maneira individualizada, considerando idade, extensão da doença, riscos, benefícios e regulamentação aplicável (BARTON *et al.*, 2022).

Manifestações clínicas

A forma mais comum é a alopecia em placas, caracterizada por áreas bem delimitadas de perda capilar, geralmente sem descamação intensa, atrofia ou cicatriz. As placas podem permanecer localizadas e apresentar repilação espontânea, embora a evolução seja variável. Na coorte pediátrica venezuelana, a forma focal correspondeu a 87,91% dos casos estudados; esse percentual deve ser interpretado como resultado daquela amostra, e não como estimativa universal para todas as crianças (COLMENAREZ-FACENDA *et al.*, 2022).

A alopecia totalis corresponde à perda completa dos cabelos do couro cabeludo, enquanto a alopecia universalis envolve também os pelos corporais. No padrão ofiásico, a perda predomina nas regiões temporais e occipitais, acompanhando a margem do couro cabeludo. Essas

apresentações extensas e o padrão ofiásico tendem a estar associados a maior dificuldade terapêutica e a maior risco de persistência ou recorrência (BARTON *et al.*, 2022; COLMENAREZ-FACENDA *et al.*, 2022).

Sobrancelhas e cílios também podem ser acometidos, sobretudo em quadros mais extensos. Na coorte de Colmenarez-Facenda *et al.* (2022), houve acometimento das sobrancelhas em 12,7% e dos cílios em 5,3% dos pacientes. Alterações ungueais, como depressões puntiformes (*pitting*), estriações, fragilidade e traqui-oníquia, podem acompanhar o quadro e devem ser procuradas no exame físico.

Entre os achados clínicos e tricoscópicos descritos na AA estão os pelos em ponto de exclamação, pontos pretos, pontos amarelos e fios quebrados ou em crescimento. Esses achados podem apoiar a avaliação da atividade da doença, mas devem ser interpretados em conjunto com a história clínica e o exame físico, pois não substituem a avaliação diagnóstica completa (GARNACHO SAUCEDO *et al.*, 2016; FIALHO; QUIRINO, 2023).

Diagnóstico

O diagnóstico é predominantemente clínico, baseado na história, na distribuição da perda de pelos e no exame dermatológico. A dermatoscopia ou tricoscopia pode auxiliar na identificação de sinais compatíveis com AA e na diferenciação em relação a outras causas de alopecia.

Na infância, os principais diagnósticos diferenciais incluem *tinea capitis* e tricotilomania. A *tinea capitis* pode apresentar descamação, inflamação, fios quebrados e linfadenopatia regional; quando houver suspeita, devem ser realizados exames micológicos apropriados. A tricotilomania costuma produzir áreas irregulares, com fios quebrados em comprimentos variados e história de manipulação ou arrancamento dos

cabelos. Também devem ser consideradas alopecia de tração, eflúvio telógeno e alopecias congênitas (FIALHO; QUIRINO, 2023).

Exames complementares não são necessários de forma indiscriminada para todos os pacientes. Podem ser solicitados de maneira individualizada quando houver doença extensa, recorrente, apresentação atípica ou sinais e sintomas de comorbidades. A investigação pode incluir hemograma, avaliação do ferro e função tireoidiana quando clinicamente indicada. A biópsia do couro cabeludo deve ser reservada para casos atípicos ou para situações em que persista dúvida diagnóstica após a avaliação clínica e tricoscópica (GARNACHO SAUCEDO *et al.*, 2016; COLMENAREZ-FACENDA *et al.*, 2022).

Quando realizada, a análise histopatológica pode demonstrar alterações compatíveis com AA, incluindo inflamação perifolicular, miniaturização folicular e mudanças na proporção entre as fases do ciclo capilar. Esses achados devem ser interpretados por profissional habilitado e não eliminam a necessidade de correlação clínico-patológica.

Tratamento

O tratamento da alopecia areata pediátrica deve ser individualizado, considerando extensão e velocidade de progressão da doença, duração, idade, impacto psicossocial, alterações ungueais, acometimento de sobrancelhas e cílios, tratamentos prévios e tolerância às intervenções. Como a evolução é imprevisível e nenhum tratamento garante modificação definitiva da doença, as decisões devem ser discutidas com a família. Em crianças menores de 12 anos, os corticosteroides tópicos são a principal terapia inicial, enquanto em adolescentes com doença grave os inibidores de JAK representam importante avanço terapêutico. No Brasil, o ritlecitinibe é atualmente o único tratamento

sistêmico aprovado especificamente para alopecia areata em pacientes pediátricos a partir dos 12 anos (RAMOS *et al.*, 2025).

Os corticosteroides tópicos de média a alta potência, especialmente o clobetasol, são primeira linha para casos localizados ou leves, podendo ser utilizados em ciclos e com acompanhamento dermatológico. Estudos pediátricos demonstram maior repilação com corticosteroides potentes, porém seu uso prolongado pode causar atrofia cutânea, telangiectasias, foliculite, alterações de pigmentação e, raramente, supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HARRIES *et al.*, 2026; KATAKAM; BEHERA, 2022). Os corticosteroides intralesionais, principalmente a triancinolona acetônida, apresentam boa eficácia em casos localizados, mas sua utilização em crianças é limitada pela dor e pelo medo de agulhas, sendo mais indicada para crianças maiores e adolescentes que tolerem o procedimento (HARRIES *et al.*, 2026). O minoxidil pode ser utilizado como terapia adjuvante para estimular o crescimento dos fios, mas não atua diretamente no mecanismo autoimune e não deve substituir os corticosteroides.

A antralina (ditranol), geralmente em concentrações de 0,5–1%, pode ser utilizada em crianças com resposta insuficiente ou contraindicação aos corticosteroides tópicos. É aplicada por contato curto e pode causar irritação ou dermatite irritativa. Embora apresente evidência inferior à dos corticosteroides, permanece como alternativa terapêutica pediátrica (RAMOS *et al.*, 2025). Em casos extensos ou refratários, a imunoterapia tópica, especialmente com difenilciclopropenona (DPCP), pode ser considerada, buscando induzir uma dermatite de contato controlada. Estudos pediátricos relatam resposta em aproximadamente 54% dos pacientes, embora com evidências heterogêneas e necessidade de experiência especializada.

Os corticosteroides sistêmicos podem ser utilizados por períodos curtos em casos extensos, rapidamente progressivos ou com intensa atividade, principalmente como terapia de indução ou resgate. Apesar de produzirem resposta inicial, as recaídas são frequentes após sua suspensão e o uso prolongado está associado a importantes efeitos adversos, como alterações do crescimento, ganho ponderal, hipertensão, alterações glicêmicas, alterações de humor, imunossupressão, osteopenia, catarata, glaucoma e supressão adrenal. Por isso, devem ser utilizados pelo menor tempo possível (KALIL *et al.*, 2025; RAMOS *et al.*, 2025).

O metotrexato pode ser considerado em casos extensos ou refratários como estratégia poupadora de corticosteroides, especialmente quando há atividade da doença. A dose descrita é de aproximadamente 0,2–0,4 mg/kg/semana, com necessidade de monitorização de hemograma, função hepática e renal, além de avaliação do risco infeccioso e do estado vacinal. A suplementação com ácido fólico é habitualmente recomendada. A resposta completa em crianças é limitada, sendo maior quando o metotrexato é associado a corticosteroides sistêmicos (KALIL *et al.*, 2025).

Os inibidores de JAK atuam sobre vias inflamatórias relacionadas ao interferon- γ e à IL-15 e atualmente representam a classe sistêmica com evidências mais robustas para alopecia areata grave. Entre eles estão ritlecitinibe, baricitinibe e tofacitinibe. O ritlecitinibe, inibidor de JAK3/TEC, é aprovado para alopecia areata grave em pacientes ≥ 12 anos, com dose de 50 mg uma vez ao dia, sendo atualmente a principal opção sistêmica aprovada especificamente para adolescentes no Brasil. O baricitinibe apresenta eficácia em adultos, mas sua indicação pediátrica depende das regulamentações de cada país. O tofacitinibe possui relatos de eficácia em crianças e adolescentes, porém seu uso para

alopecia areata pediátrica permanece predominantemente *off-label*. Para menores de 12 anos, o uso de *JAK inhibitors* ainda não possui evidências suficientes para recomendação rotineira (RAMOS *et al.*, 2025).

Ciclosporina e azatioprina também já foram estudadas, porém apresentam evidências pediátricas limitadas e maior preocupação com efeitos adversos, como hipertensão e nefrotoxicidade no caso da ciclosporina. Portanto, não são consideradas opções sistêmicas de primeira linha em crianças.

De forma geral, crianças com doença localizada devem iniciar corticosteroide tópico de média a alta potência, podendo associar minoxidil ou antralina. Em crianças maiores e adolescentes, corticosteroides intralesionais podem ser considerados. Nos casos extensos ou rapidamente progressivos, podem ser utilizados corticosteroides sistêmicos por curto período, pulso-terapia, metotrexato, imunoterapia tópica ou, quando houver indicação etária e regulatória, inibidores de JAK. Em alopecia totalis, alopecia universalis ou grande perda capilar, recomenda-se avaliação especializada para tratamento sistêmico, especialmente em adolescentes ≥ 12 anos, nos quais o ritilecitinibe representa uma das principais opções terapêuticas (BARTON *et al.*, 2022).

Por fim, o tratamento deve incluir suporte psicossocial e orientação familiar. É importante explicar que a alopecia areata é uma doença autoimune, de evolução imprevisível, que pode apresentar repilação espontânea e recorrência. A criança e a família devem compreender que a doença não está relacionada à falta de higiene ou a comportamentos inadequados. Medidas cosméticas e grupos de apoio também podem contribuir para melhorar a qualidade de vida (RAMOS *et al.*, 2025).

Prognóstico

A alopecia areata (AA) apresenta evolução clínica imprevisível, especialmente na população pediátrica. A história natural da doença pode variar desde um único episódio, com recuperação espontânea completa, até formas persistentes, recorrentes ou progressivas, incluindo alopecia totalis (AT) e alopecia universalis (AU). Essa variabilidade torna difícil estabelecer, no momento do diagnóstico, uma previsão individual precisa quanto à duração da doença ou à possibilidade de recuperação completa. Nas formas localizadas, particularmente quando há poucas placas e menor tempo de evolução, a possibilidade de repilação espontânea é considerável. Aproximadamente 50% dos pacientes com uma única placa podem apresentar repilação espontânea nos primeiros seis meses, chegando a cerca de 70% ao longo do primeiro ano. Entretanto, a recuperação não representa necessariamente a resolução definitiva da doença, uma vez que episódios recorrentes são frequentes (RAMOS *et al.*, 2025).

Nas formas localizadas, particularmente quando há poucas placas e menor tempo de evolução, a possibilidade de repilação espontânea é considerável. Aproximadamente 50% dos pacientes com uma única placa podem apresentar repilação espontânea nos primeiros seis meses, chegando a cerca de 70% ao longo do primeiro ano. Entretanto, a recuperação não representa necessariamente a resolução definitiva da doença, uma vez que episódios recorrentes são frequentes.

A possibilidade de repilação permanece mesmo em pacientes com doença de longa duração, uma vez que a AA é uma alopecia não cicatricial: o processo inflamatório compromete funcionalmente o folículo piloso, mas não o destrói de maneira definitiva. Dessa forma, a ausência prolongada de crescimento não deve

ser interpretada automaticamente como perda irreversível da capacidade de produzir fios.

Por outro lado, quanto maior a extensão da alopecia, menor tende a ser a probabilidade de recuperação completa e sustentada. Nas formas AT e AU, a recuperação espontânea é particularmente incomum (PRATT *et al.*, 2017). A recorrência constitui uma característica importante da AA e pode ocorrer após períodos variáveis de remissão, que podem durar meses ou anos. Alguns pacientes apresentam apenas episódios isolados ao longo da vida, enquanto outros desenvolvem um padrão crônico, com aparecimento de novas áreas de alopecia enquanto outras regiões recuperam os cabelos.

Não é possível prever com precisão o intervalo entre os episódios, e a ocorrência de uma primeira remissão não garante que novos episódios não ocorrerão (SPANIO; DONOVAN, 2015). Dentre os fatores que se associam ao pior prognóstico se encontram: início da doença em idade precoce, maior extensão de perda capilar, alopecia totalis ou universalis, padrão ofiásico, longa duração da doença, particularmente quando superior a 12 meses, acometimento ungueal, história familiar de alopecia areata, associação com doenças atópica, presença de outras doenças autoimunes, especialmente endocrinológicas e formas persistentes ou recorrentes da doença (KATAKAM; BEHERA, 2022). Estudos realizados especificamente em crianças demonstram que a duração da perda capilar e o tempo entre o início da doença e a avaliação especializada podem estar relacionados a um prognóstico menos favorável, reforçando a importância do acompanhamento longitudinal.

Impacto social

Embora a alopecia areata não provoque, em geral, comprometimento físico importante, sua repercussão psicossocial pode ser significativa.

Na infância e, sobretudo, na adolescência, o cabelo desempenha papel relevante na construção da identidade, da autoimagem e da percepção de pertencimento ao grupo. A perda capilar visível pode, portanto, ultrapassar a dimensão dermatológica e interferir diretamente no desenvolvimento emocional e social da criança. Estudos em populações pediátricas demonstram associação da AA com redução da autoestima, insatisfação com a imagem corporal, sofrimento emocional, ansiedade, sintomas depressivos e dificuldades nas relações com os pares. Também podem ocorrer repercussões sobre a vida escolar, participação em atividades sociais e qualidade de vida (TAN *et al.*, 2012).

O impacto não depende exclusivamente da extensão da alopecia. A perda de sobrancelhas e cílios, por exemplo, pode apresentar grande relevância estética e funcional, enquanto comentários de colegas, curiosidade excessiva, estigmatização ou *bullying* podem intensificar o sofrimento. Em um estudo pediátrico, parte dos pacientes relatou deixar de participar de atividades sociais em decorrência da perda capilar (BENTON, 2023).

Outro aspecto importante é que crianças podem apresentar dificuldade em verbalizar o sofrimento relacionado à doença. Mudanças no comportamento, isolamento, recusa em frequentar a escola, resistência a fotografias, preocupação excessiva com a aparência ou abandono de atividades previamente prazerosas podem constituir manifestações indiretas do impacto psicossocial. Por esse motivo, a avaliação da criança com AA não deve se restringir à análise da extensão da perda capilar.

A investigação da qualidade de vida, da autoestima, das relações familiares e escolares e da presença de sintomas emocionais deve fazer parte do acompanhamento. Quando necessário, o suporte psicológico ou psiquiátrico deve ser

incorporado ao cuidado, juntamente com estratégias que favoreçam a adaptação social, como orientação escolar, grupos de apoio e utilização de próteses capilares ou outros recursos cosméticos (KATAKAM; BEHERA, 2022).

CONCLUSÃO

A alopecia areata na infância representa um importante desafio na dermatologia pediátrica por reunir uma doença de natureza autoimune, apresentação clínica variável, evolução imprevisível e potencial impacto significativo sobre a qualidade de vida. Embora seja uma alopecia não cicatricial e, portanto, não implique destruição permanente dos folículos pilosos, seu curso pode variar amplamente, desde episódios localizados com repilação espontânea até formas extensas, persistentes e recorrentes, como a alopecia totalis e a alopecia universalis. O reconhecimento precoce das manifestações clínicas é fundamental para estabelecer o diagnóstico e evitar atrasos na condução.

A identificação de características como placas de alopecia bem delimitadas, pelos em ponto de exclamação, alterações dermatoscópicas típicas e acometimento de sobrancelhas, cílios ou unhas pode fornecer importantes elementos diagnósticos. Ao mesmo tempo, diante de uma criança com perda capilar, é indispensável considerar os principais diagnósticos diferenciais, particularmente a tinea capitis e a tricotilomania, uma vez que essas condições apresentam abordagens terapêuticas e implicações distintas. O diagnóstico correto, portanto, não deve ser baseado exclusivamente na presença de áreas de rarefação capilar, mas na integração entre história clínica, exame físico, dermatoscopia e, quando indicado, exames complementares. A compreensão da fisiopatologia também contribui para uma abordagem mais racional da doença. A perda do privilégio imunológico do

folículo piloso, associada à ativação de mecanismos autoimunes em indivíduos geneticamente predispostos, explica parte importante de sua apresentação e evolução. Entretanto, a complexidade dos mecanismos envolvidos e a participação de diferentes fatores genéticos e ambientais ajudam a compreender por que a doença se manifesta de maneira tão heterogênea entre os pacientes e, da mesma forma, o tratamento deve ser individualizado.

Não existe uma única estratégia terapêutica aplicável a todas as crianças, e a decisão deve considerar idade, extensão e duração da alopecia, atividade da doença, impacto psicossocial, presença de fatores prognósticos desfavoráveis e relação entre potenciais benefícios e riscos das terapias disponíveis. Em casos selecionados, a observação pode ser uma conduta adequada diante da possibilidade de repilação espontânea. Quando necessário, corticosteroides tópicos, intralesionais ou terapias sistêmicas podem ser empregados, enquanto os inibidores de JAK e outras terapias emergentes ampliam as perspectivas para pacientes com formas mais extensas ou refratárias.

O avanço dessas terapias representa uma mudança importante no cenário da doença, mas sua utilização na população pediátrica exige avaliação criteriosa de eficácia, segurança e acompanhamento a longo prazo. O prognóstico permanece um dos aspectos mais desafiadores da alopecia areata. A possibilidade de repilação espontânea coexistirá sempre com o risco de recorrência, e fatores como início precoce, maior extensão da doença, padrão ofiásico, acometimento ungueal, longa duração e formas totalis ou universalis estão associados à maior probabilidade de doença persistente. Ainda assim, esses fatores não devem ser interpretados como determinantes absolutos. A evolução individual permanece variável, reforçando a necessidade

de acompanhamento longitudinal e reavaliação periódica.

Na criança, entretanto, o sucesso terapêutico não deve ser definido exclusivamente pelo crescimento dos cabelos. A alopecia areata pode interferir profundamente na autoestima, na imagem corporal, na socialização e na experiência escolar, especialmente em uma fase do desenvolvimento na qual a aparência e o sentimento de pertencimento ao grupo assumem importância crescente. O medo de comentários, o *bullying*, o constrangimento e o isolamento podem ser tão relevantes para a criança quanto a própria perda capilar. Por isso, abordar o impacto psicossocial deve fazer parte do tratamento desde o diagnóstico, e não apenas quando surgem manifestações emocionais mais evidentes.

Nesse sentido, o cuidado da criança com alopecia areata deve ser integral, individualizado e longitudinal. É necessário tratar a doença, mas também tratar o impacto da doença sobre aquele que presencia. A criança deve ser informada de maneira adequada à sua idade, ter suas dúvidas e sentimentos acolhidos e participar, sempre que possível, das decisões relacionadas ao tratamento. A família deve receber orientação clara sobre a natureza da doença, sua

evolução imprevisível e as possibilidades terapêuticas, evitando tanto a banalização do quadro quanto expectativas irreais de cura imediata. Assim, a alopecia areata infantil não deve ser compreendida simplesmente como uma condição que provoca queda de cabelo.

Ela é uma doença imunomediada complexa, de expressão clínica heterogênea e potencial repercussão biopsicossocial. Diagnosticar precocemente, diferenciar corretamente as principais causas de alopecia na infância, reconhecer os fatores prognósticos, selecionar o tratamento de forma individualizada e acompanhar ativamente o impacto emocional são etapas indissociáveis de uma assistência de qualidade. Mais do que promover a repilação, o objetivo do cuidado deve ser preservar a saúde integral da criança durante todo o percurso da doença. Afinal, o cabelo pode ser o que primeiro chama a atenção para a alopecia areata, mas nunca deve ser a única coisa que o médico enxerga. O verdadeiro desfecho do tratamento é permitir que a criança acesse a doença com o menor impacto possível sobre sua saúde, sua autoestima, suas relações e seu desenvolvimento, independentemente de quanto tempo seus cabelos levem para voltar a crescer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFFORD, R. *et al.* Pediatric alopecia areata. *Current Pediatric Reviews*, v. 17, p. 45, 2021. doi: 10.2174/1573396316666200430084825.
- BARTON, V.R. *et al.* Treatment of pediatric alopecia areata: a systematic review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 86, p. 1318, 2022. doi: 10.1016/j.jaad.2021.04.077.
- COLMENAREZ-FACENDA, A.C. *et al.* Alopecia areata en la infancia: cohorte de 149 pacientes de la consulta de dermatología. *Dermatología Venezolana*, v. 60, p. 44, 2022.
- CRAIGLOW, B.G.; KING, B.A. Tofacitinib for the treatment of alopecia areata in preadolescent children. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 80, p. 568, 2019. doi: 10.1016/j.jaad.2018.08.041.
- CRAIGLOW, B.G. *et al.* Tofacitinib for the treatment of alopecia areata and variants in adolescents. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 76, n. 1, p. 29-32, 2017. doi: 10.1016/j.jaad.2016.09.006.
- FIALHO, S.; QUIRINO, L.M. Alopecia areata na infância, um desafio terapêutico: manejo clínico bem-sucedido de uma menina menor de 2 anos de idade. *BWS Journal*, v. 6, 2023.
- GARNACHO SAUCEDO, G.M. *et al.* Tratamiento de la alopecia areata en la infancia. *Piel: Formación Continua en Dermatología*, v. 31, p. 582, 2016. doi: 10.1016/j.piel.2016.02.005.
- GUPTA, M.A. *et al.* Psychosocial and psychiatric comorbidities and health-related quality of life in alopecia areata: a systematic review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 84, p. 746, 2021.
- HARRIES, M.J. *et al.* British Association of Dermatologists living guideline for managing people with alopecia areata 2025. *British Journal of Dermatology*, v. 194, e56, 2026. doi: 10.1093/bjd/ljaf452.
- JANG, Y.H. *et al.* Long-term prognosis of alopecia areata in children and adolescents. *Annals of Dermatology*, v. 31, p. 185, 2019. doi: 10.5021/ad.2019.31.2.231.
- KALIL, L. *et al.* Systemic therapies for pediatric alopecia areata. *Pediatric Dermatology*, v. 42, p. 36, 2025. doi: 10.1111/pde.15822.
- PELOQUIN, L.; CASTELO-SOCCIO, L. Alopecia areata: an update on treatment options for children. *Paediatric Drugs*, v. 19, p. 411, 2017. doi: 10.1007/s40272-017-0239-z.
- PRATT, C.H. *et al.* Alopecia areata. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 3, 2017. doi: 10.1038/nrdp.2017.11.
- RAMOS, P.M. *et al.* II Consensus of the Brazilian Society of Dermatology for the treatment of alopecia areata. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 100, p. 328, 2025. doi: 10.1016/j.abd.2024.10.001.
- RUDNICKA, L. *et al.* European expert consensus statement on the systemic treatment of alopecia areata. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 38, p. 687, 2024. doi: 10.1111/jdv.19768.
- STEFANAKI, C. *et al.* A retrospective study on alopecia areata in children: clinical characteristics and treatment choices. *Dermatology and Therapy*, v. 11, p. 1935, 2021. doi: 10.1159/000518042.
- TAN, E. *et al.* Current treatment strategies in pediatric alopecia areata. *Indian Journal of Dermatology*, v. 57, p. 277, 2012.
- WAŚKIEL-BURNAT, A. *et al.* Therapeutic management in paediatric alopecia areata: a systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 35, p. 1299, 2021. doi: 10.1111/jdv.17187.
- WILSON, A. *et al.* Psychosocial impact of alopecia areata in paediatric and adolescent populations: a systematic review. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2024.
- ZHOU, C. *et al.* Alopecia areata: an update on etiopathogenesis, diagnosis, and management. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*, v. 61, p. 403, 2021. doi: 10.1007/s12016-021-08883-0.