

Diagnóstico e Tratamento da *Alopecia Areata* de Origem Dentária

Diagnosis and treatment of Alopecia Areata from dental origin

Diagnóstico y tratamiento de la Alopecia Areata de origen dental

Armélindo **Roldi**¹

Bruno Machado de **Carvalho**²

Ellen Cristina **Gaetti Jardim**³

Joel Ferreira **Santiago Júnior**⁴

Liliana Aparecida Pimenta de **Barros**⁵

Tenille **Torezani**⁶

Liliane Scheidegger da Silva **Zanetti**⁷

Martha Alayde Alcântara **Salim**⁷

¹ Professor Associado - Departamento de Endodontia II - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil

² Doutorando em Implantodontia - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Araçatuba, Brasil

³ Residente do Programa de Residência em CTBMF - Núcleo de Hospital Universitário "Maria Aparecida Pedrossian" - UFMS4

⁴ Doutorando em Prótese Dentária - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Araçatuba, Brasil

⁵ Professora Associada - Departamento de Patologia Bucal - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil

⁶ Especialista em Prótese Dentária - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil

⁷ Doutora em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Araçatuba, Brasil

Na literatura médica, há alguns casos relatados de doenças sistêmicas, cujas hipóteses diagnósticas referem-se às infecções dentais, bem como a cura após a remoção do foco infeccioso. Alopecia Areata, caracteriza-se pela perda de cabelo em área demarcada na cabeça, barba, e/ou sobrancelha; a etiopatogênese ainda não é bem conhecida, mas uma das coisas pode ser o foco dental. O objetivo deste estudo foi divulgar à classe médica e odontológica a relação entre Alopecia Areata e o foco dental, por meio de um caso clínico.

Palavras chave: Alopecia; Folículo Piloso; Doenças do Cabelo; Inflamação; Autoimunidade.

INTRODUÇÃO

A *Alopecia Areata* (AA) ou calvície é uma dermatite localizada, caracterizada por algumas áreas bem circunscritas, circular ou ovóide de perda de cabelo não cicatricial principalmente de origem auto-imune^{1,2,3}.

Esta doença afeta aproximadamente de 1,7-2% do pacientes dermatológicos^{2,4,5,6,7}. Os relatórios mostram uma concentração entre 20 e 50 anos e, afetam ambos os

sexos igualmente⁴.

Entende-se que, a lesão fundamental de AA ocorre circularmente ou em forma de ovo, calvície, lisa, brilhante e sem flaquês, na periferia da lesão mostra cabelos curtos (entre 2 e 6 mm). A gravidade clínica de um paciente AA não pode ser um bom indicador de queda subsequente da qualidade de vida do mesmo^{5,6}.

A etiologia da Alopecia é conhecida como sendo uma doença multifatorial. A AA está classicamente associada à presença de foco infeccioso, à fatores genética^{8, 9,10,11,12,13,14}, a fatores psicológicos^{9,5} e outros, tais como reflexos irritações oculares ou de origem dentária (como a submersa dentes) e traumatismo na cabeça com o cabelo posterior perdido¹⁵, no entanto, atualmente, é considerada uma doença basicamente auto-imune^{16,17}.

A alopecia de origem dentária podem apresentar-se no couro cabeludo, principalmente na nuca, barba, bigode e/ou as sobrancelhas, apresentando sempre placas pequenas, em número de dois ou mais e restrita na area¹⁸.

Nesta dermatite, geralmente a percepção mostra uma repercussão no mesmo lado do foco dentário e em locais específicos característicos de lesões. Rousseau-Decelle (1920), propôs um mapa AA diretamente relacionado com a sua causa dental. Embora, essa concordância não é sempre respeitada⁹.

Uma vez confirmada a existência de um foco infeccioso dental, deve-se eliminar de imediato, através de um tratamento radical, ou por outro tratamento pertinente a lesão⁴.

Ao mesmo tempo, o paciente não pode abandonar a atenção do dermatologista, com quem o dentista deve sempre atuar em colaboração, sabendo que o tratamento que está sendo apresentando, pois, em caso de necessidade de prescrição médica, o medicamento não interfere nas lesões de dermatológicas⁴.

CASO CLÍNICO

Um paciente do sexo masculino, 38 anos, branca, apareceu à Clínica de Especialização em Endodontia da Universidade Federal do Espírito Santo, encaminhado por um dermatologista, relatando queda de cabelo parcial na nuca, em uma área regular e circular, de aproximadamente 10 cm de diâmetro, apresentando o diagnóstico de *Alopecia Areata* dermatológicas de etiologia desconhecida (Figura 1).

Para pesquisar possíveis focos dentários foram realizados exames de anamnese, clínicos e radiográficos. Radiograficamente foi encontrada uma lesão radiolúcida na região periapical 22 (Figura 2), onde havia uma fístula, Foi diagnosticado como um abscesso crônico periapical.



Figura 1. Visualização clínica da Alopecia Areata, quando o paciente vem ao consultório pela primeira vez



Figura 2. Lesão radiolúcida da região periapical (22)

O dermatologia reportou que o paciente estava em tratamento por 18 meses, quando foi submetido inicialmente a uma terapia com agente dinitroclorobezene e minoxidil, sem resultados. Ainda sem resposta para o tratamento, foi administrado

corticoterapia intralesional, também sem sucesso.

O tratamento endodôntico foi realizado seguindo a técnica clássica de obturação de canal. Houve uma extravasagem do material obturador.

Após três meses, foi observado um decréscimo radiográfico da lesão periapical e aparência dos primeiros sinais de penugem na área da lesão no couro cabeludo.

Depois de seis meses, houve uma diminuição considerável radiográfica da lesão periapical (Figura 3) e foi evidente o repovoamento piloso na região do couro cabeludo (Figura 4).



Figura 3. Procedimento Endodôntico



Figura 4. Evidente repovoamento piloso na região do couro cabeludo

Em um ano de preservação, o paciente teve uma área do couro cabeludo e cabelos completamente preenchidos, radiograficamente, toda a área periapical foi reparada.

DISCUSSÃO

A etiologia da *Alopecia Areata* ainda não está bem elucidada, é possível que a origem dental seja uma das possíveis causas; de acordo com a literatura a AA tem sido correlacionada com diversas origens tais como: presença de foco infeccioso e endócrino⁷, genético⁸⁻¹⁰ e fatores psicológicos¹¹, bem como outras condições como reflexão da irritação ocular ou de origem dental, o que corrobora com o caso clínico apresentado, e injúrias de em cabeça com perda de cabelo como consequência secundária³. No entanto, o que melhor se enquadra como fator etiológico de acordo com a revista da literatura é o fator auto-imune¹².

Durante o III Workshop de Pesquisa Internacional de Pesquisa sobre Alopecia Areata (Washington DC, 1998), concluiu-se que, apesar de auto-anticorpos desempenham um papel preponderante na patogênese da AA, eles não são a principal causa da doença. Pesquisa atualmente se concentra mais na compreensão da patogênese da doença e em mostrar que o AA é um processo auto-imune mediada por células. Nesse sentido, os linfócitos T CD8+ parecem ser o tipo de célula-chave inflamatórios envolvidos no desenvolvimento de AA¹⁵.

Poucos trabalhos na literatura relatam a relação da AA de origem dental. A origem dentária de AA tem sido descrito como mecanismo reflexo em termos de um mecanismo trigeminal-simpático-reflexa. Nesse sentido, um estímulo periférico infeccioso ou mecânico poderia ser a origem de condução centrípeta envolvendo um sistema de neurônios.

Para explicar os casos de AA com origem dentária, mas longe do local do surto, podemos atender por razões auto-imunes. As infecções de origem dentária começando com irritantes químicos, mecânicos ou infecções bacterianas, que causam uma reação

inflamatória nos canais do dente, com subsequente necrose do tecido pulpar e bactérias passam a área periradicular, fora do dente. Dependendo do desenvolvimento da infecção podem ser observadas histologicamente numerosas células inflamatórias e leucócitos polimorfonucleares, macrófagos, linfócitos, células plasmáticas, basófilos e eosinófilos¹⁶.

Como no caso clínico apresentado, pode-se constatar a presença de foco infeccioso já que o dente 22 encontrava-se com lesão periapical compatível com lesão cística cujo agente etiológico é provavelmente a necrose pulpar do dente em questão. Após tratamento endodôntico e regressão da lesão foi observada evidente neoformação pilosa na região da nuca desse paciente constatando-se a possível relação etiológica.

Em muitos casos, a resolução de AA exige a terapia combinada envolvendo corticosteróides tópicos ou intralesionais, imunoterapia com difenil-cyclopropenone¹, ou mesmo psicoterapia. Em outros casos, o tratamento consiste em simplesmente eliminar o processo infeccioso de origem dentária variável (ou seja, a cárie, químicas ou danos mecânicos, etc) ou dentes retidos causando infecção ou estimulação mecânica das fibras nervosas⁵.

Manchas Alopecias de origem dentária são geralmente localizados no mesmo lado que o processo infeccioso. No caso dos dentes no maxilar superior, estes locais são normalmente encontrados acima de uma linha traçada ao longo das comissuras dos lábios, couro cabeludo, barba e até mesmo as sobrancelhas. Quando localizados abaixo dessa linha, a causa normalmente corresponde aos dentes da mandíbula, como foi confirmado por uma revisão dos casos mais recentes publicados na literatura.

Assim, Lesclous et al.⁶ relataram um caso de AA envolvendo a barba e causada pela proximidade e possível estimulação das fibras do nervo alveolar inferior, devido à presença de um molar inferior retido. No entanto, em nosso paciente a calvície foi localizada no lado contralateral. As tentativas têm sido feitas para definir um mapa de distribuição do AA, em função dos

dentes de causalidade¹⁹, embora com pouco sucesso, à luz dos casos acima mencionados.

Assim, o aconselhamento odontológico é recomendado em todos os casos de AA de origem desconhecida, na ausência de outras possíveis causas. Nesse sentido, uma análise aprofundada é necessária, com a verificação por meio de raios – X para detectar possíveis focos infecciosos ou sites de estimulação de fibras nervosas. Tais medidas podem contribuir para resolver a queda de cabelo, simplesmente eliminando a causa e sem a necessidade de tratamentos farmacológicos injustificados.

Não há um exame específico que identifique o foco dentário como o responsável pela infecção secundária, registros na literatura buscam estas correlações^{2,8,9}, assim como a melhora do foco secundário com a eliminação do foco principal.

CONCLUSÃO

A partir do momento de intervenção endodôntica, além de reparação periapical, houve reaparecimento do cabelo na nuca, caracterizando o sucesso do tratamento.

Os profissionais devem ter o conhecimento desta doença, fazer os exames necessários para diagnosticar o foco principal e, se necessário, fazer a parceria com outros especialistas. Saber como tratá-la e realizar o tratamento com o dentista, um tratamento multidisciplinar, para que assim, o paciente possa obter melhor saúde e qualidade de vida.

ABSTRACT

In medical literature, there are some related cases of systemic diseases, whose diagnostics hypotheses refer to dentals infectious, as well as their cure after such focus removal. Alopecia Areata, characterized by loss of hair in a demarcated area at the scalp, beard, moustache and/or eyebrows, is one of these infirmities. Its etiopathogenesis has not been known yet, but one of these causes may be a dental focus. The aim of this study was to divulge among the medical and odontological class the possible correlation between alopecia and the infectious dental focus, throw a case report.

Keywords: Alopecia; Hair Follicle; Hair Disease; Inflammation; Autoimmunity.

RESUMEN

En la literatura médica, hay algunos casos relacionados de enfermedades sistémicas, cuyo diagnóstico se refieren a hipótesis infecciosas dentales, así como su curación después de dicha retirada enfoque. Alopecia Areata, caracterizada por la pérdida de cabello en una zona delimitada en el cuero cabelludo, la barba, el bigote y / o las cejas, es una de estas enfermedades. Su etiopatogenia no se ha conocido todavía, pero una de estas causas puede ser un foco dental. El objetivo de este estudio fue dar a conocer entre la clase médica y odontológica la posible correlación entre la alopecia y la atención dental infecciosa, a un tiro de un caso.

Palabras clave: Alopecia; Folículo Piloso; Enfermedades del Cabello; Inflamación; Autoinmunidad.

REFERÊNCIAS

1. Siebenhaar F, Sharov AA, Peters EM, Sharova TY, Syska W, Mardaryev AN, et al. Substance P as an Immunomodulatory Neuropeptide in a Mouse Model for Autoimmune Hair Loss (Alopecia Areata). *J Invest Dermatol.* 2007; 127: 1489-97.
2. Tosti A, Bellavista S, Iorizzo M. Alopecia Areata: a long term follow-up study of 191 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:438-41.
3. McDonagh AJG, Tazi-Ahnini R. Epidemiology and genetics of Alopecia Areata. *Clin Exp Dermatol.* 2002; 27:405-9.
4. Chen GY, Cheng YW, Wang CY, Hsu TJ, Hsu MM, Yang PT, et al. Prevalence of Skin Diseases Among Schoolchildren in Magong, Penghu, Taiwan: A Community-based Clinical Survey. *J Formos Med Assoc.* 2008; 107(1):21-9.
5. Firooz A, Firoozabadi MR, Ghazisaidi B, Dowlati Y. Concepts of patients with Alopecia Areata about their disease. *BMC Dermatology.* 2005;12:5-1.
6. Gilhar A, Paus R, Kalish RS. Lymphocytes, neuropeptides, and genes involved in Alopecia Areata. *The Journal of Clinical Investigation.* 2007; 117(8):2019-27.
7. Price VH. Alopecia Areata: clinical aspects. *J Invest Dermatol.* 1991; 96:68S.
8. Lesclous P, MAMAN L. An unusual case of Alopecia Areata of dental origin. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997; 84: 290-92.
9. Yang S, Yang J, Liu JB, Wang HY, Yang Q, Gao M, et al. The genetic epidemiology of Alopecia Areata in China. *Br. J. Dermatol.* 2004 ;151(1):16-23.
10. Duvic M, Welsh EA, Jackow C, Papadopoulos E, Reveille JD, Amos C. Analysis of HLA-D locus alleles in Alopecia Areata patients and families. *J Invest Dermatol.* 1995; 104: 5-6.
11. Pforr J, Blaumeiser B, Becker T, Freudenberg-Hua Y, Hanneken S, Eigelshoven S, et al. Investigation of the p.Ser278Arg polymorphism of the autoimmune regulator(AIRE) gene in Alopecia Areata. *Tissue Antigens.* 2006;68:58-61.
12. Collins SM, Dominguez M, Ilmarinen T, Costigan C, Irvine AD. Dermatological manifestations of autoimmune polyendocrinopathy-candidiasis-ectodermal dystrophy syndrome. *British J Dermatol.* 2006; 154:1088-1093.
13. Aita VM, Christiano AM. The genetics of Alopecia Areata. *Dermatol Therapy.* 2001; 14:329-339.
14. Madani S, Shapiro J. Alopecia Areata update. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 42:549-566.
15. Wasserman D, Guzman-Sanchez DA, Scott K, McMichael A. Alopecia Areata. *Int. J. Dermatol.* 2007; 46:121-131.
16. Martinez-Mir A, Zlotogorski A, Gordon D, Petukhova L, Mo J, Gilliam TC et al. Genomewide scan for linkage reveals evidence of several susceptibility loci for Alopecia Areata. *Am J Hum Genet.* 2007; 80: 316-328.
17. Pforr J, Blaumeiser B, Becker T, Freudenberg-Hua Y, Hanneken S, Eigelshoven S, et al. Investigation of the p.Ser278Arg polymorphism of the autoimmune regulator (AIRE) gene in Alopecia Areata. *Tissue Antigens.* 2006; 68:58-61.
18. Gil Montoya JA, Cutando Soriano A, Jimenez Prat J. Alopecia Areata of dental origin. *Medicina Oral.* 2002; 7(4):303-8.
19. Rivitti EA. Alopecia Areata: revisão e atualização. *An Bras Dermatol.* 2005;80:57-68.

Correspondência

Ellen Cristina Gaetti Jardim
Rua Uricuri, 475 - V. Olinda
Campo Grande, MS - Brasil
ellengaetti@gmail.com