

## **DERMATOSCOPIA DO COURO CABELUDO**

- Primeiro vamos repartir o cabelo ao meio e examinar, depois vou traçar uma linha na linha da pupila direita e esquerda e vou examinar.
- A maior queda é na região frontal e occipital. A região parietal não é de intensa queda de cabelo, vamos eflúvio, alopecia, líquen plano pilar, etc.
- **Alopecia Areata** = vou usar um cabelo normal e vou comparar com a borda da lesão (2 avaliações).
- **Lupus Eritematoso Difuso** = vou avaliar apenas a borda da lesão, não preciso avaliar cabelo normal.
- Se eu coloco álcool gel, melhora a avaliação do local, mas em algumas patologias como psoríase, dermatite seborreica, onde é necessário avaliar a escama que circunda o folículo, não é interessante colocar gel de interface. A escama se for mais grossa, aderida, graxenta, fala a favor de DS, contato, psoríase, líquen. Se ela simplesmente só circunda a abertura folicular ou se acomete o restante do couro cabeludo.
- Couro cabeludo tem fototipos como nossa pele.
- Tipo I – bem claro, branco.
- Tipo IV – já tenho pigmentação reticulada.
- Tipo VI – pigmentação super intensa, mas não chega a ser negra e lembra uma rede pigmentar, há uma pseudorede.
  
- **Couro cabeludo normal**
- Podemos encontrar até 3 hastes saindo da mesma abertura, ou mais de 5 hastes. O normal é 2 a 3 hastes. Quando tenho um tufo de cabelo saindo da mesma abertura folicular tenho que pensar na foliculite decalvante (tufo de cabelo frouxo, solto, eu pinço e ele sai com facilidade).
- O couro cabeludo tem uma vascularização, com telangiectasias finas. Posso encontrar também vasos glomerulares, riscadinhos.
- Não posso encostar totalmente o dermatoscópio e comprimir, senão pode sumir a vascularização e posso achar q há uma alopecia cicatricial. Vou colocar em um ângulo de 5º para enxergar bem os vasos sem que eles desapareçam.
- **NEVO VASCULAR** – mancha eritematosa na região occipital.
- Tem muitos vasos finos, e tem outros glomerulares. Mais do que na pele.
- A pele negra, no couro cabeludo não vemos de forma enegrecida, mas sim amarronzada, vemos uma pseudorede. A abertura folicular é preservada pela pseudorede pq isso não é rede melanocítica, mas é hiperativação dos melanócitos. Não tenho infiltração perifolicular, só tenho aumento da pigmentação na pele (camada basal).

→ **ANALISAR**

→ Folículos, couro cabeludo e reações perifoliculares, padrão vascular.

→ **TIPO DE CABELO**

→ **Velus, terminais** (pode ter diâmetros variáveis), **distróficos**.

→ Velus – forma uma penugem, é o cabelo da repilação. A base dele é um pouco mais larga do que a ponta e observando todo o fio de cabelo ele não tem alteração no fio, nódulo, área de dobra, alteração de cor, é inteiriço com uma base discretamente mais larga. Tamanho menor de 3mm e diâmetro menor de 30 micrometros.

→ O velus sempre aparece com uma haste em cada abertura folicular. Não aparece junto com outros na mesma abertura folicular. Se parecer com velus, provavelmente é um fio em outra fase do ciclo do cabelo.

→ **Unidades foliculares**

→ 1, 2, 3 pelos saindo de um mesmo folículo, 7 unidades ou mais.

→ Hastes divididas por regiões – o numero de folículo, de hastes foliculares, predomina na região frontal ao invés da parietal (em pessoa de cabelo normal).

→ Haste **muito fina** (30 a 40micrometros) **media** (50 a 80 micrometros), **grosso** (90 a 110 micrometros).

→ Na região frontal temos mais cabelo do que na região parietal e occipital.

→ Couro cabeludo normal – 2 ou 3 hastes por fio. Quando encontramos mais de 5 unidade por abertura folicular, ficar atento se isso for muito freqüente neste couro cabeludo.

→ Numero de fios de cabelo por idade –quanto mais velho, menos fios de cabelo.

→ **Delimitar uma Área por 1,4 x 1,3mm:**

→ Avaliar para controle de eflúvio. Vamos avaliar para ver se esta ou não repilando. Vou contar cabelo para avaliar.

→ Careca tem menos de 4 fios (grau 1).

→ Densidade muito baixa de 5 a 10 fios.

→ Couro cabeludo normal tem mais de 40 fios nesse campo (grau 6)

→ Essa analise só foi feita para homens, mas é uma forma de controlar o tratamento.

→ Sempre fotografar o mesmo local. Avaliar mês a mês. É uma forma de avaliar a melhora do tratamento.

→ **Alopecia androgenetica**

→ Vemos pelos quebrados, 2 hastes por abertura, pelo velus. Se tiver pelo velus significa que esta repilando.

→ A diferença do pelo **velus** para o **miniaturizado** – o **velus** tem o mesmo tamanho da base ate a ponta, o **miniaturizado** vai afinando a medida que vai para a ponta (tem a base bem maior do que a ponta do fio – vai afinando gradativamente e a ponta mais fina não é abrupta – é um pelo normal, porem pequeno, é um pelo que não dura, vai cair, já teve toda a maturação e diferenciação e já vai cair – isso provavelmente por causas hormonais que aceleram o processo).

→ **Cabelo distrófico**

→ Base mais fina e a ponta grossa = **cabelo em ponto de exclamação** – contrario do miniaturizado. É o **cabelo peládico** – alopecia areata.

→ **Cabelo em vírgula**

→ É um cabelo quebrado, faz uma curva, tem a mesma espessura ao longo dele todo, é um fio de cabelo que quebra em vários locais, mais ainda não caiu. Tem a base acometida e por algum motivo acomete todo o fio e ele vai quebrando, partindo.

→ Como na tinea – o fungo é endotrix ele acomete o cabelo e quebra, cabelos tonsurados.

→ **Cabelo em saca rolha**

→ Muito comum na tricotilomania – puxa, quebra na base e vira um toinoinoin. Tbm pode ter na tinea capitis e alopecia areata. O principal diagnostico diferencial pela dermatoscopia **da areata é a tricotilomania**, - vamos encontrar fio repilando, em exclamação, cabelo distrófico.

→ Lembrar da tinea capitis.

→ **Cabelo em cotovelo**

→ Ele tem uma dobra, lembra um cotovelo, um braço em posição aduzida. É um cabelo quebrado.

→ **Moniletrix like**

→ Tem uma parte mais fina, depois engrossa, afina, engrossa.

→ **Cabelo em ponta de escova**

→ A borda do cabelo lembra uma vassoura.

→ **Cabelo em V ou da bailarina**

→ Faz um V na ponta. Só tem 2 ou 3 pontinhas. É um cabelo pequeno, quebrado e como se tivesse uma ponta dupla em um fio bem curto.

**→ FOLICULOS**

- Pode ser um folículo vazio, ponto preto, amarelo, branco ou vermelho.
- Quando esta vazio, pode ser por alopecia cicatricial, queda por algum motivo exógeno ou endógeno (hormonal) ou líquen. Olhamos um folículo e não enxergamos a haste nessa abertura folicular, é um folículo vazio.
- **Folículo branco** – pode ser cicatricial, por tração, androgenética, líquen plano pilar, alopecia cicatricial congênita circunflexa (ACCC).
- **Ponto preto** – fio cadavérico, começou a crescer e quebrou. Então é chamado de ponto cadavérico. É da Alopecia Areata (areata tem tudo!)
- **Ponto amarelo** – folículo perde o pelo, mas fica preenchido por queratina e ela em contato com o meio ambiente fica amarela. Isso tbm é da areata. Pode ser tbm excesso de oleosidade, que causa queda do cabelo, a queratina tampona o folículo, até que o cabelo não consegue mais sustentar e cai. Pode acontecer na alopecia androgenética e no LED. To sem o pelo mas o folículo está preenchido por queratina. Tbm pode ter ponto amarelo com ponto preto – excesso de oleosidade no couro cabeludo, a queratina enche o folículo e ele cai, formando ponto preto.
- **Ponto vermelho** – é muito vascularizado, isso pode ser por excesso de sol, pele actínica, no LED (principal agente causal desses pontos vermelhos no couro cabeludo). Vários pontos vermelhos sem pelo, pensar em LED.

**→ COURO CABELUDO E REAÇÕES PERIFOLICULARES**

- Pode ter **hiperpigmentação, descoloração perifolicular e interfolicular, descamação perifolicular, eritema perifolicular e escama**.
- Quando mais **pigmentado** pode ser pele morena ou exposição ao sol durante grande época da vida.
- Ponto amarelo – folículo preenchido por queratina.
- **Descoloração perifolicular**, couro cabeludo mais branco e ao redor do folículo vemos um halo amarronzado – típico da alopecia androgenética.
- **Pontos azuis em alvo** – na abertura folicular, é um excesso de pigmento, ocorre nas alopecias cicatríciais. Pq a cicatriz é profunda e pega derme, e ela traduz muitas vezes pigmento na derme de forma azul na pele (melanofago que escapou pra derme).
- **Pontos azuis acinzentados interfoliculares** – *peppering* – vemos na pele normal. Tbm presente nas alopecias cicatríciais causada pelo LED.
- Vaso glomerular na pele, penso em melanoma, principalmente se for de forma irregular. Aqui tenho vaso glomerular com vaso linear – se é na pele é melanoma.
- **Descoloração interfolicular** – o couro cabeludo perde a coloração habitual entre um folículo e outro, frente a uma outra área de pelo normal, vemos que isso está muito mais claro e perde a rede em favo de mel.

- **Descamação perifolicular** – escama na base. Pode aparecer na própria alopecia areata.
- **Descamação e eritema perifolicular** – *Lupus discóide*. Há um halo mais escurinho, mais eritematoso, ao redor do halo descamando.
- Escama da psoríase – jogo pouco ou nada de líquido de interface para identificar de forma melhor. **A escama da psoríase no couro cabeludo é fosca e a da dermatite seborreica é mais brilhosa.**
- O fundo do couro cabeludo da psoríase é mais eritematoso do que na dermatite seborreica. Psoríase ou DS mesmo as mais leves, na psoríase há um fundo mais eritematoso.

#### → **PADRAO VASCULAR**

- **Alças capilares simples, enoveladas e vasos arboriformes finos e tortuosos.**
- A **ALCA capilar fina** é simplesmente telangiectasia. Há um fungo que há uma telangiectasia central e a ALCA lateral faz uma voltinha (lembra uma margaridinha sem pétala).
- **Alças enoveladas** faz tipo um caracol. Pode estar presente no LED.
- **Vasos tortuosos e arboriformes** presente no basocelular.

#### → **RESUMO**

- **ALOPECIA AREATA** – ponto em exclamação (atividade), pontos pretos (fios cadavéricos – em atividade), pelos afinados (velus), pontos amarelos (alopecia crônica – folículo preenchido por queratina), pelos quebrados.
- **ALOPECIA ANDROGENETICA** – alterações predominam em área frontal, pelos velus e finos, pelos de espessura heterogênea (vários pelos diferentes), hiperpigmentação perifolicular, pontos amarelos.
- **EFLUVIO TELOGENO** – repilação, abertura folicular com uma haste (normalmente 2 ou 3, várias hastas em um mesmo folículo – Foliculite Decalvante - tufos). Ausência de outras características.
- **LIQUEN PLANO PILAR E SINDROME DE GRAHAM LITTLE** – posso encontrar peppering (mais comum na fase cicatricial do LED), escamas aumentadas perifoliculares, inflamação perifolicular, vasos finos voltados para o centro da lesão (concêntricos), líquen fibrotico – pontos brancos grandes irregulares imersos em área rosada ou branca.
- **ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE** – esta na moda!!! Pode dar papulas na face, começaram a ser identificadas agora como parte do quadro, passou a ser moda, pq não tinha muita publicação sobre isso. Descamação perifolicular mínima, ostio folicular com 1 haste (eflúvio e alopecia frontal fibrosante), na fase inicial o fundo é marfim, se for na

fase fibrosa não vejo mais ostio folicular. Sobrancelha tem pontos cinzas ou vermelhos regulares, ausência do ostio folicular na fase tardia.

- **PSEUDOPELADA DE BROQ** – Inespecífica, perda do ostio folicular, áreas marfins, pelos distróficos solitários na periferia (principal), sobrancelha normal.
- **LUPUS** – pontos amarelos grandes, vasos arboriformes espessos, no meio do ponto amarelo há uma aranha vermelha, áreas preto-amarronzadas dispersas, pontos vermelhos (indica bom prognóstico, ainda não é fase cicatricial e vai responder ao tratamento). Na doença inativa há áreas rosadas e ausência de ostios foliculares.
- **FOLICULITE DECALVANTE E FOLICULITE EM TUFOS** – abertura folicular com múltiplos fios (5 a 20 fios), hiperplasia perifolicular (padrão starbust), pústulas foliculares, crostas. Na fase crônica há áreas rosadas e brancas com ausência de ostio folicular.
- **CELULITE DISSECANTE** – áreas amareladas sem estruturas, pontos amarelados em 3D (queratina muito intensa), vasos pontuados pequenos com halo esbranquiçado ao redor, no estágio final diferencial com alopecia cicatricial, áreas marfins confluentes com ausência de ostio folicular.
- **MONILETRIX** – nódulos e constrictões intermitentes da haste capilar, sinal das bandas regulares – parte grossa e parte fina que é DD com pseudomoniletrix (pseudomoniletrix é diagnóstico diferencial).
- **TRICORREX INVAGINATA** - Hastes invaginando em si mesmo – sai pelo que faz uma ALCA e volta para dentro do folículo. Sinal de Golf-tee hairs – porção proximal e final do pelo quebrado em concha, faz a volta e forma uma espécie de concha.
- **TRICORREXE NODOSA** - Cabelo em ponta de escova ou vassoura.
- **PILLI ANNULATI** - Haste pilosa alternando bandas claras e escuras – 20 a 80% dos cabelos acometidos.
- **PSORIASE** – Pontos e glóbulos vermelhos, vasos glomerulares e em alças enoveladas.
- **DERMATITE SEBORREICA** – vasos arboriformes finos e vasos avermelhados atípicos.
- **TINEA CAPITIS** - Vasos em virgula ou em saca rolha, pelos quebrados ou danificados, pontos pretos (pelo cadavérico), pelos em zig-zag ininterruptos – vários cotovelos um pra Ca e outro pra La. Forma como se fossem vários Z um emendado no outro.