

Incidência de alopecia androgenética em mulheres portadoras de Síndrome dos Ovários Policísticos

Incidence of androgenetic alopecia in polycystic ovary syndrome women

Ademir Carvalho Leite Júnior*, Fabiana Padovez**

*Professor de Anatomia da Pele da Pós-Graduação em Cosmetologia das Faculdades Oswaldo Cruz. Médico Responsável pelo Grupo de Apoio a Pacientes com Síndrome dos Ovários Policísticos (GAPSOP).

**Esteticista e Terapêuta Capilar do Grupo de Apoio a Pacientes con Síndrome dos Ovários Policísticos (GAPSOP).

Contato:

Ademir Carvalho Leite Júnior
Rua Itapicuru, 613 conj 42 - 05006-000
Perdizes - São Paulo - SP - Brasil
Tel.: 55-11-3864-3967
e-mail: ademirjr@ademirjr.com.br

Resumo

A alopecia androgenética em mulheres é uma manifestação que costuma estar presente em casos de portadoras de síndrome dos ovários policísticos. Costuma apresentar-se de forma diferente da que acontece nos homens, com rarefação difusa dos pêlos na região do topo da cabeça. Nossa pesquisa avaliou através de anamnese, exame físico e biópsia transversal de couro cabeludo a incidência de alopecia androgenética em uma amostra de 56 mulheres voluntárias, portadoras de síndrome dos ovários policísticos e obteve como resultado 13 mulheres portadoras. Destas, nove apresentaram quadro de alopecia moderada, 3 apresentaram alopecia leve e 1 severa segundo a classificação de Ludwig. O resultado da pesquisa provou ser a alopecia androgenética uma manifestação freqüente na SOP nas mulheres da amostra superando números da literatura. A biópsia transversal de couro cabeludo foi um método complementar, eficiente e conclusivo no estudo.

(Carvalho Leite Júnior A, Padovez F. Incidência de alopecia androgenética em mulheres portadoras de Síndrome dos Ovários Policísticos. Med Cutan Iber Lat Am 2006;34:275-278)

Palavras chave: alopecia androgenética, Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), hiperandrogenismo.

Summary

Androgenetic alopecia is a common clinical sign in polycystic ovary syndrome (PCOS) women. This feature in women is shown differently from the male baldness pattern and it is seen as a diffuse decrease of the scalp hair on the top of the head.

Our search had the objective of verify the incidence of androgenetic alopecia in 56 PCOS women using as diagnose methods the clinical history, physical examination and transversal scalp biopsy. Thirteen women of the sample showed androgenetic alopecia verified on physical examination and confirmed by the anatomopathologic exam. Nine of these women showed moderate alopecia according with the Ludwig criteria. Three of this women are diagnosed presenting mild Ludwig alopecia and only one as a Ludwig severe alopecia. The results of the search proved that the androgenetic alopecia in the PCOS women of our sample had higher incidence than the numbers of the literature and that the transversal scalp biopsy is an efficient and conclusive complementary method for diagnosing androgenetic alopecia.

Key words: androgenetic alopecia, Polycystic Ovary Syndrome (PCOS), hyperandrogenism.

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) atinge cerca de 5-10% da população feminina no período que compreende o período entre a menarca e a menopausa. Costuma ser caracterizada clinicamente pela presença de manifestações ginecológicas, dermatológicas e metabólicas e é considera-

da a doença endocrinológica mais importante da mulher na idade reprodutiva[1, 2].

Como sinais clínicos mais comuns temos as irregularidades menstruais, hirsutismo, acne, alopecia, obesidade e infertilidade. Ao exame, é comum a elevação dos níveis

androgênios circulantes, principalmente da Testosterona total e de sua forma livre[3].

A alopecia androgenética é a manifestação hiperandrogênica menos freqüente, segundo a literatura, acometendo cerca de 8 a 12% das mulheres portadoras de SOP[4]. Com características diferentes da alopecia androgenética masculina por apresentar-se mais como uma rarefação difusa dos cabelos no topo da cabeça, a alopecia androgenética em mulheres pode ser leve, moderada ou severa e, de acordo com o grau de acometimento[5, 6], costuma ser fator limitante psicossocialmente para aquelas que desenvolvem este sinal clínico, reduzindo significativamente a auto-estima da portadora[1, 7, 8].

A possibilidade de fazer um levantamento da incidência de alopecia androgenética em mulheres brasileiras portadoras de SOP através de pesquisa clínica sempre foi uma vontade do nosso grupo sendo os resultados uma grande surpresa pela sua contrastante diferença com a incidência deste sinal de hiperandrogenismo encontrado na literatura.

Objetivos

O objetivo foi pesquisar, através de anamnese, exames físicos e biópsia de couro cabeludo a incidência de alopecia androgenética em mulheres brasileiras portadoras de Síndrome dos Ovários Policísticos.

Materiais e métodos

Cinquenta e seis mulheres portadoras de Síndrome dos ovários Policísticos e cadastradas no Grupo de Apoio a Pacientes com Síndrome dos Ovários Policísticos (GAPSOP), foram convidadas para serem voluntárias nesta pesquisa. Todas assinaram termo estando cientes de que participavam de um estudo clínico e que os resultados deste estudo poderiam ser utilizados para fins científicos. A pesquisa constou de anamnese, avaliação de exames complementares compatíveis com os esperados para o diagnóstico da SOP, exame físico de couro cabeludo e biópsia com *punch* de 4 mm com avaliação histológica transversal desta peça de couro cabeludo em cortes próximos à transição dermo-hipodérmica corados com hematoxilina-eosina.

Só foram incluídas na amostra as mulheres que se apresentaram dentro dos critérios diagnósticos para a SOP estabelecidos no Consenso de Rotterdam em 2003 que determina como portadoras de SOP aquelas que apresentem dois ou mais dos seguintes critérios: anovulação crônica e/ou irregularidade menstrual, hiperandrogenismo e/ou hiperandrogenemia sérica e exame ultrassonográfico compatível com policistose ovariana[9]. Apesar da relação LH/FSH ser importante para o diagnóstico da SOP em mulheres anovu-

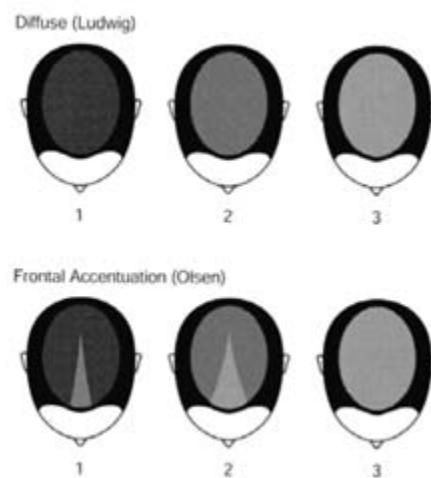


Figura 1. Classificação de Ludwig para alopecia androgenética padrão feminino e Classificação de Olsen para alopecia androgenética feminina com rarefação frontal. Fonte: Referência 6.

latórias com 95% de elevação desta relação nestas pacientes, este dado não foi avaliado em função de nem todas as mulheres apresentarem quadro anovulatório recente. Foi critério de inclusão para a amostra mulheres que não estivessem em tratamento para SOP por no mínimo 6 meses no sentido de evitar que as manifestações clínicas fossem mascaradas na ocasião da pesquisa.

Resultados

Como resultados obtivemos uma amostra com média de idade em torno de 31,6 anos, sendo que as idades variaram entre 18 a 43 anos. Quanto à cor da pele, 47 (83,9%) mulheres foram caucasianas, 4 negras (7,1%), 3 (5,3%) mestiças e 2 (3,5%) de famílias com origem oriental.

Dentre as manifestações clínicas da SOP a mais expressiva foram as irregularidades menstruais com 40 (71,4%) pacientes com história deste sinal clínico. Seguido do hirsutismo em 37 (66%) mulheres e da acne em 32 (57,1%). Obesidade e alopecia foram encontradas em 21 (37,5%) e 13 (23,21%) mulheres, respectivamente.

Todas as mulheres da amostra tiveram o couro cabeludo avaliado e classificado de acordo com as classificações de Ludwig[5] e de Olsen[6] para alopecia androgenética padrão feminino. De acordo com a classificação de Ludwig que avalia a rarefação difusa em todo o topo do couro cabeludo (Figura 1), foi encontrada alopecia androgenética leve em 3 (5,3%) mulheres, moderada em 9 (16%) mulheres e severa em 1 (1,8%) mulher (Tabela 1).

Tabela 1. Posicionamento das mulheres da amostra diagnosticadas como portadoras de alopecia quanto a idade, raça, classificação de alopecia segundo Ludwig e Olsen, número de fios por biópsia de 4 mm e relação entre pêlos terminais e velus constatados na avaliação da biópsia

| Pacientes | Idade | Cor da Pele | Classificação de Ludwig | Classificação de Olsen | Cabelos/Biópsia | Relação pêlos Terminais: Velus |
|-----------|-------|-------------|-------------------------|------------------------|-----------------|--------------------------------|
| IGS | 19 | branca | 1 | 1 | 47 | 4,3:1 |
| AFSC | 31 | branca | 1 | 3 | 45 | 3,8:1 |
| EMM | 27 | Mestiça | 1 | 3 | 46 | 4,0:1 |
| MMR | 20 | branca | 2 | 1 | 43 | 3,2:1 |
| SDC | 34 | branca | 2 | 1 | 40 | 2,9:1 |
| HAM | 30 | branca | 2 | 1 | 46 | 2,6:1 |
| WGS | 28 | branca | 2 | 1 | 42 | 3,1:1 |
| LS | 41 | branca | 2 | 1 | 35 | 2,8:1 |
| DFC | 18 | oriental | 2 | 2 | 39 | 2,7:1 |
| AS | 37 | branca | 2 | 2 | 40 | 3,1:1 |
| KFR | 26 | negra | 2 | 3 | 34 | 3,0:1 |
| GDPF | 23 | branca | 2 | 3 | 37 | 3,0:1 |
| ZEY | 34 | branca | 3 | 3 | 26 | 2,0:1 |

A classificação de Olsen determina que o padrão de acentuação da rarefação de cabelos se apresente inicialmente de forma triangular a partir da linha frontal na alopecia androgenética feminina, tendo como a base do triângulo a linha frontal e a ponta do triângulo apontada para o vértice da cabeça[6] (Figura 1). Em nosso estudo, apenas uma das mulheres com alopecia leve, segundo Ludwig, apresentou o padrão de Olsen tipo 1. As demais mulheres com alopecia leve (Ludwig 1), apresentaram rarefação difusa de cabelos no couro cabeludo enquadrando-se na classificação 3 de Olsen. As mulheres com alopecia moderada segundo Ludwig foram divididas segundo a classificação de Olsen em: 5 mulheres compatíveis com Olsen 1, duas mulheres compatíveis com Olsen 2 e duas mulheres com alopecia compatível com Olsen 3. A única paciente com alopecia severa segundo Ludwig foi compatível com a classificação Olsen 3 (Tabela 1).

A biópsia de couro cabeludo foi realizada em áreas onde estava presente a alopecia, tendo sido dada a preferência por áreas centrais ou o topo da cabeça[6, 10], mais precisamente no cruzamento da linha média que corta o topo da cabeça com a linha que liga as implantações das orelhas. A área doadora foi previamente anestesiada com xilocaína a 2% e o *punch* de 4 mm foi introduzido no mesmo sentido da implantação dos cabelos até a gordura subcutânea onde foi seccionada a base do material biopsiado para posterior preparação histológica. Após a coleta do material a área biopsiada foi suturada com fio mononylon 4.0. A coloração utilizada para a avaliação do material da biópsia foi a hematoxilina-eosina e optou-se por cortes transversais de couro cabeludo por ser de fácil contagem dos pêlos e por favorecer a avaliação nos casos de alopecia androgenética.

Foi realizada a contagem dos pêlos terminais e velus de toda a extensão do material de estudo sendo que as biópsias apresentaram entre 26 a 47 pêlos somando os pêlos terminais e velus. Segundo a literatura a relação entre pêlos terminais e pêlos velus costuma ser de 7:1 em pacientes sem alopecia, estando reduzida em casos de alopecia androgenética[6]. Ainda segundo a literatura, são considerados terminais os pêlos com haste maior que 0,03 mm e mais espessos que a bainha do pelo, e como velus os pêlos iguais ou menores que 0,03 mm e com diâmetro menor que a bainha do pelo[6]. Em nossa amostra foi evidente uma redução média desta relação para 4:1 em pacientes com alopecia leve (Ludwig 1), 2,9:1 em quadros moderados (Ludwig 2), e 2:1 no caso severo (Ludwig 3)[6, 11].

Salientamos ainda que não existiu relação entre a gravidade da alopecia androgenética e as mulheres com idade mais elevada da amostra.

Comentários

Como é sabido a SOP costuma acometer mulheres a partir da menarca e é a doença endocrinológica mais importante da idade reprodutiva no sexo feminino. Suas manifestações clínicas envolvem o comprometimento do sistema ginecológico podendo trazer como consequências as irregularidades menstruais, anovulação crônica e a policistose ovariana. Na pele, a SOP pode manifestar-se com hirsutismo, acne e alopecia. Ainda é sinal clínico da SOP a obesidade.

Nossa amostra mostrou-se coerente com a literatura no que diz respeito aos sinais clínicos: irregularidades menstruais 70-80%, hirsutismo 60-80% e obesidade 40-50%,

sendo discrepante frente à literatura no que diz respeito à acne 40-60% e alopecia 8-12%[4, 12].

No estudo dos quadros de alopecia verificamos que: 3 mulheres apresentam alopecia leve segundo a classificação de Ludwig, 9 apresentam alopecia moderada e apenas uma paciente foi diagnosticada com alopecia severa nesta classificação. Quanto à rarefação frontal, que caracteriza a classificação de Olsen, podemos dizer que 6 mulheres apresentaram rarefação frontal leve, 2 mulheres apresentaram rarefação frontal importante e 5 mulheres apresentaram rarefação por todo o topo da cabeça compatível com grau 3 de Olsen.

As biópsias transversais de couro cabeludo é um método que, assim como o tricograma, pode ser usado no diagnóstico das alopecias. Apesar de ser um método mais trabalhoso e complicado de se realizar do que o tricograma foi escolhido para este estudo pela sua eficiência diagnóstica e pela facilidade de comparação de imagens deste exame com imagens futuras nas pacientes que ao final da pesquisa optaram pela terapia da alopecia. Estas biópsias confirmaram que as 13 mulheres diagnosticadas com alopecia ao exame clínico realmente apresentavam alopecia androgenética. A contagem de pêlos velus foi maior em mulheres com alopecia severa e moderada quando comparado ao número e pêlos terminais, ficando a relação pêlos *terminais:velus* em 4:1 nas calvície leves, 2,9:1 nas calvície moderadas e 2;1 não caso de calvície severa. As 43 mulheres que não se enquadram no padrão de alopecia androgenética mantiveram relação média entre cabelos terminais e velus entre 6,9:1 a 7,8:1.

Dentro desta análise concluímos que a amostra de portadores de SOP estudada por nosso grupo mostrou alopecia

androgenética mais freqüente que a literatura. As mulheres com alopecia em nossa amostra apresentaram, em sua maioria, alopecia moderada segundo classificação de Ludwig e importante decréscimo da relação entre pêlos terminais e velus na biópsia com avaliação transversal do couro cabeludo. Mulheres portadoras de SOP e de todas as faixas etárias apresentaram alopecia em graus que variaram do leve ao severo, sem que houvesse nenhuma relação entre idade e severidade da alopecia.

Foi ponto importante para a amostra o desconforto que todas as mulheres portadoras de alopecia androgenética padrão feminino mostraram durante todo o processo de avaliação clínica para este estudo, relatando redução da auto-estima e da auto-confiança.

O fato de um número de mulheres, maior do que o apresentado na literatura, apresentar alopecia androgenética em nossa amostra nos fez pensar que devemos dar mais atenção à avaliação do couro cabeludo de portadoras de SOP. Se necessário, realizar procedimentos que colaborem com o diagnóstico deste sinal clínico, como a biópsia de couro cabeludo avaliada em cortes transversais, principalmente quando suspeitamos que se trata de uma alopecia leve ou em estados iniciais, além de termos em mente uma opção terapêutica que possa ser administrada no sentido de controlar a evolução da alopecia e, se possível, tentar reverter este processo.

As mulheres que foram diagnosticadas como portadoras de alopecia androgenética em nosso estudo foram convidadas a participar de protocolo terapêutico com medicação antiandrogênica para acompanhamento de quadro de alopecia androgenética. Os dados relativos aos resultados deste estudo serão avaliados assim que se encerre este protocolo.

Referências

- Lobo R, Carmina E. The Importance of Diagnosing the Polycystic Ovary Syndrome. *Ann Intern Med* 2000;132:989-993.
- Trent ME, Rich M, Austin SB, Gordon CM. Quality of life in Adolescent Girls with Polycystic Ovary Syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:556-560.
- Tartagni M, Schonauer LM, De Salvia MA, et al. Comparison of Diane 35 and Diane 35 plus finasteride in the treatment of hirsutism. *Fertil Steril* 2000;73:718-723.
- Kovacs GT. Polycystic Ovary Syndrome. Cambridge University Press, 2000,UK.
- Ludwig E. Classification of the types of androgenetic alopecia occurring in the female sex. *Br J Dermatol* 1977;97:247-254.
- Olsen EA, Messenger AG, Shapiro J, et al. Evaluation and treatment of male and female pattern hair loss. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52:301-311.
- Shaw JC. Hormonal therapy in Dermatology. *Dermatol Clin* 2001;19:169-178.
- Meisler JG. Toward Optimal Health: The Experts Discuss Facial Skin and Related Concerns in Women. *J Women Health* 2003;12:533-539.
- Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2004;81:19-25.
- Frishberg DP, Sperling LC, Guthrie VM. Transversal scalp sections: a proposed method for laboratory processing. *J Am Acad Dermatol* 1996;35(2pt1):220-222.
- Pereira, JM. Propedéutica das doenças dos cabelos e do couro cabeludo. 1º. Edição, São Paulo: Editora Atheneu, 2001, pp.113-116.
- Lobo R, Carmina E. The Importance of Diagnosing the Polycystic Ovary Syndrome. *Ann Intern Med* 2000;132:989-993.