

Queda de cabelo na criança — alopecia areata, tinha do couro cabeludo, tricotilomania e eflúvio

Abordagem da queda de cabelo pela forma, com tratamento da tinha e da alopecia areata, manejo da tricotilomania e do eflúvio e causas sistêmicas

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Quatro causas respondem pela maioria das queixas de queda de cabelo na infância: **tinha do couro cabeludo, alopecia areata, eflúvio telógeno e tricotilomania** (AEPap 2022; AAP 2024). O raciocínio começa pela forma. **Placa com descamação, pelos quebrados e adenomegalia occipital é tinha até prova em contrário** e exige **antifúngico oral** (griseofulvina microcristalina 20 mg/kg/dia por 6–8 semanas ou terbinafina por peso, padrão do site) com xampu. **Placa lisa, sem inflamação, com pelos em ponto de exclamação é alopecia areata:** corticoide tópico potente e, se houver indício clínico, TSH. **Placa irregular com fios de tamanhos diferentes é tricotilomania:** abordagem comportamental. **Queda difusa cerca de 3 meses após febre, cirurgia ou estresse é eflúvio telógeno,** que regride sozinho. A maioria é 🟢 e fica com o pediatra. **Encaminhar ao dermatologista** (🟡) a alopecia areata extensa ($\geq 50\%$), ofiásica, de progressão rápida ou sem resposta, a alopecia cicatricial, as displasias da haste e o diagnóstico incerto. **Pronto-socorro** (🔴): kerion com celulite, febre alta ou toxemia; alopecia com sinais de doença sistêmica grave; ideação suicida; suspeita de tricobezoar com obstrução.

1. O que é e como se apresenta

Alopecia é a perda anormal de cabelo ou pelos: **congenita ou adquirida, focal ou difusa, não cicatricial ou cicatricial** (perda definitiva) (AEPap 2022).

FORMA	ACHADO	PENSAR EM
Focal com descamação ou inflamação	Escamas, "pontos negros", adenomegalia occipital; placa dolorosa com pus	Tinha do couro cabeludo; kerion
Focal, pele lisa	Placa redonda bem delimitada, pelos em ponto de exclamação	Alopecia areata
Focal, bordas irregulares	Fios de comprimentos diferentes, lado da mão dominante	Tricotilomania
Linha de implantação	Rarefação temporal ou frontal, "sinal da franja"	Alopecia por tração
Focal cicatricial	Pele lisa e brilhante, sem óstios	Aplasia cútis, nevo sebáceo, lúpus discoide, kerion antigo
Difusa	Teste de tração positivo	Eflúvio telógeno , eflúvio anágeno, areata difusa, causas sistêmicas

- **Tinha:** *Trichophyton* ou *Microsporum* (cães e gatos), entre 3 e 10 anos; o **kerion** não é abscesso e pode deixar cicatriz (ver Micoses superficiais).
- **Alopecia areata:** autoimune, não cicatricial; até 60% dos casos começam antes dos 20 anos (SBD 2025). Placas lisas com pelos em ponto de exclamação na borda; pode atingir sobrancelhas, cílios e unhas (*pitting*). Formas em placas, **ofiásica** (faixa occipitotemporal), total e universal. Associa-se a **tireoidite autoimune**, **atopia**, vitiligo, doença celíaca, diabetes tipo 1 e síndrome de Down (AEPap 2022; SBD 2025). Cerca de 80% das formas limitadas recuperam sozinhas (Barton 2022).
- **Tricotilomania:** arrancar os próprios cabelos de forma repetitiva (espectro obsessivo-compulsivo); pico entre 9 e 13 anos, predomínio feminino; na criança pequena, costuma ser hábito benigno (Xu 2017). Quem engole os fios pode formar **tricobezoar**.
- **Eflúvio telógeno:** queda difusa **cerca de 3 meses após** febre alta, infecção, cirurgia, dieta restritiva, deficiência de ferro, estresse ou medicamentos; regride em até 6 meses após a retirada da causa (AEPap 2022; Xu 2017).
- **Lactente:** a queda fisiológica dos primeiros meses e a **alopecia occipital neonatal** (atrito e sincronia do ciclo) se recuperam sem tratamento (AEPap 2022; AAP 2024).
- **Displasias da haste:** anágeno frouxo, monilétrix, tricorrexe nodosa, *pili torti* (**síndrome de Menkes**: lactente com hipotonia, convulsões e cabelos quebradiços).
- **Causas sistêmicas:** hipotireoidismo e hipertireoidismo; **deficiência de ferro**; **deficiência de zinco** (acrodermatite enteropática — com dermatite periorifical e diarreia); desnutrição; **lúpus** (alopecia difusa não cicatricial ou discoide cicatricial); sífilis secundária; **quimioterapia** (eflúvio anágeno); hiperandrogenismo; medicamentos (anticonvulsivantes, retinoides, vitamina A em excesso).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Tinha sem kerion; alopecia areata em placas $\leq$ 20% do couro cabeludo (SALT $\leq$ 20), estável, sem cílios ou sobrancelhas; eflúvio com gatilho claro; tração; tricotilomania leve; alopecia do lactente	Pediatra trata e acompanha; retorno em 2–4 semanas na tinha e em 6–12 semanas nas demais
● Moderada	Kerion sem sinais sistêmicos; alopecia areata $>$ 20%, $\geq$ 50%, total, universal, ofiásica, de progressão rápida, com cílios ou sobrancelhas ou sem resposta em 3 meses; alopecia cicatricial; displasia de haste; aplasia cútis com "sinal do colar de cabelo"; eflúvio sem causa ou $>$ 6 meses; tricotilomania com sofrimento ou tricotofagia; suspeita de doença sistêmica estável	Kerion: antifúngico oral no consultório e reavaliação em 7–14 dias. Encaminhar ao dermatologista pediátrico com prioridade se $\geq$ 50%, progressão rápida, cicatricial ou colar de cabelo; eletivo nos demais. Saúde mental na tricotilomania
● Grave	Kerion com celulite extensa, febre alta ou toxemia; alopecia com LES em atividade grave; criança em quimioterapia com febre; tricobezoar com vômitos ou distensão; ideação suicida ou autolesão; lactente com acrodermatite e desidratação	Pronto-socorro (ver "Quando encaminhar")

Fatores de risco: na areata, início antes dos 10 anos, forma ofiásica, $\geq$ 50%, unhas, cílios ou sobrancelhas, atopia ou duração $>$ 1 ano (SBD 2025); na tinha, kerion ou *Microsporum*; na tricotilomania, adolescência, ansiedade, depressão ou tricotofagia; em qualquer forma, sofrimento psicológico ou suspeita de maus-tratos.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese: início e velocidade, animais e contactantes, penteados, hábito de mexer no cabelo, doenças e cirurgias nos 3 meses anteriores, dieta, medicamentos, sintomas sistêmicos, autoimunidade na família, impacto emocional.

Exame: couro cabeludo inteiro (placas, descamação, cicatriz, fios, adenomegalia occipital); **teste de tração** — tracionar cerca de 50–60 fios: mais de 5–6 indica queda ativa; sobrancelhas, cílios, unhas, pele, tireoide e crescimento. **Dermatoscopia**, se disponível: pontos amarelos e pelos em ponto de exclamação na areata; pelos em vírgula e em saca-rolhas na tinha; pelos em chama e sinal do V na tricotilomania. **Lâmpada de Wood:** *Microsporum* fluoresce em verde; *Trichophyton* não (SBP, conforme Micoses superficiais).

Exames:

- **Tinha:** exame micológico direto e cultura **antes do antifúngico**, sempre que possível (SBP; AEPap 2022).

- **Alopecia areata:** diagnóstico clínico; exames conforme a suspeita clínica (SBD 2025): **TSH e T4 livre** se houver bócio, sintomas, história familiar ou outra autoimunidade (a AEPap 2022 pede em todos); anti-TPO com TSH alterado ou bócio, como no documento Hipotireoidismo.
- **Eflúvio com gatilho claro:** sem exames. **Sem gatilho ou > 6 meses:** hemograma, **ferritina com PCR** (cortes do documento Anemia ferropriva), TSH e T4 livre; zinco, celíaca, FAN e sífilis conforme o quadro (AEPap 2022).
- **Adolescente com rarefação central e hiperandrogenismo:** avaliação conforme Síndrome dos ovários policísticos na adolescente.

Diferencial que não pode passar: kerion drenado como abscesso; tinha tratada com corticoide tópico; areata × tinha (na dúvida, micológico); alopecia cicatricial; aplasia cútis com colar de cabelo (disrafismo — imagem); Menkes (ver Hipotonia no lactente); LES juvenil; maus-tratos.

4. Tratamento e seguimento

Tinha do couro cabeludo — padrão do site (documento Micoses superficiais):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Griseofulvina microcristalina	20 mg/kg/dia (máx. 1 g/dia)	1–2 vezes ao dia, com alimento gorduroso	6–8 semanas	Padrão do site (decisão do Dr. Stefani, 30/09/2026); SBP e BAD 15–20; AAFP/AEPap 20–25; preferida em <i>Microsporum</i>
Terbinafina oral	< 20 kg 62,5 mg; 20–40 kg 125 mg; > 40 kg 250 mg	1 vez ao dia	2–4 semanas em <i>Trichophyton</i> ; mais longa em <i>Microsporum</i>	Micoses superficiais (BAD; SBP a partir de 4 anos)
Xampu de cetozonazol 2% ou sulfeto de selênio	Deixar 5 minutos e enxaguar	≥ 2 vezes por semana	Todo o tratamento; família 2 semanas	Adjuvante; não cura sozinho (SBP; BAD)
Prednisona (kerion muito inflamatório)	0,5–1 mg/kg/dia	1 vez ao dia	1 semana	SBP, conforme Micoses superficiais

Alternativas (itraconazol, fluconazol) em Micoses superficiais. Examinar contactantes e animais; a SBP permite a escola com precauções. **Não drenar o kerion;** antibiótico só se houver infecção bacteriana; não usar antifúngico tópico isolado nem cremes combinados com corticoide.

Alopecia areata (sem posição da SBP e do MS; segue SBD 2025 e BAD 2024–2025):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Clobetasol 0,05% ou mometasona 0,1%	Camada fina na placa e 1 cm ao redor	1 vez ao dia, à noite, até 5 noites por semana	Ciclos de 6 semanas de uso e 6 de pausa (BAD 2024); reavaliar em 3 meses	1ª linha na criança, mometasona a clobetasol, oclusão noturna opcional (SBD 2025); vigiar atrofia e foliculite
Minoxidil 2% solução	1 mL na placa	12/12 h	3 meses; manter até repilação	Adjuvante (AEPap 2022); bula não recomenda < 18 anos — <i>off-label</i> , pelo dermatologista
Triancinolona intralesional	2,5–10 mg/mL; máx. 40 mg por sessão	A cada 4–6 semanas	Parar se sem resposta em 6 meses	Dermatologista ; em geral no adolescente (SBD 2025; AEPap 2022)
Prednisona oral	0,5–1 mg/kg/dia, reduzindo em 6–12 semanas	1 vez ao dia	Curso limitado	Dermatologista (SBD 2025; BAD 2024)
Metotrexato	0,2–0,4 mg/kg/semana	Semanal	Meses	Dermatologista (SBD 2025)
Ritlecitinibe	50 mg	1 vez ao dia	Contínuo	Areata grave ≥ 12 anos — Anvisa (27/02/2024); NICE TA958; rastreio infeccioso e laboratorial antes (SBD 2025)
Baricitinibe	4 mg	1 vez ao dia	Contínuo	Anvisa: só adultos — <i>off-label</i> no adolescente no Brasil (SBD 2025); FDA ≥ 12 anos desde 25/09/2026 (AJMC)

Não usar: corticoide sistêmico pelo pediatra sem o dermatologista; vitaminas, zinco ou biotina sem deficiência comprovada; loções "antiqueda" (AEPap 2022). Na criança pequena com poucas placas estáveis, observar é opção válida. Oferecer apoio psicológico e orientar sobre perucas. Não foi localizada incorporação de inibidores de JAK ao SUS.

Tricotilomania: na criança pequena, orientar os pais, lembretes gentis, cabelo curto, objetos para manipular (AAP 2024; Xu 2017). Na escolar e na adolescente, **terapia cognitivo-comportamental com treino de reversão de hábito** é a primeira linha; a N-acetilcisteína não superou o placebo em ensaio de 8–17 anos (Bloch 2013), e ISRS ficam para ansiedade ou depressão associadas, conforme o documento Ansiedade e depressão. Não punir; rastrear ansiedade, depressão e ideação suicida.

Eflúvio telógeno: explicar que é autolimitado; corrigir a causa — deficiência de ferro conforme Anemia ferropriva, hipotireoidismo conforme Hipotireoidismo. **Sem polivitamínicos** com dieta adequada (AEPap 2022). Reavaliar em 3–6 meses.

Tração: penteados frouxos. **Quimioterapia:** eflúvio anágeno reversível; manejo do oncologista.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Crítérios: os da linha  — kerion com celulite, febre alta ou toxemia; LES em atividade grave (febre persistente, edema, hipertensão, hematúria, citopenias, serosite); febre em quimioterapia (neutropenia febril); tricobezoar com vômitos ou distensão; ideação suicida ou autolesão; lactente com acrodermatite e desidratação; maus-tratos com risco imediato.

Como encaminhar:

- Sinais vitais; acesso venoso e hidratação se instável; **oxigênio para manter SpO2 ≥ 94%** no transporte se houver choque (PADROES_SITE, 30/09/2026).
- Relatório com medicamentos e exames; comunicar o destino.
- Tricobezoar: jejum e serviço com cirurgia pediátrica.
- Risco de suicídio: não deixar o adolescente sozinho; família acionada; PS ou emergência psiquiátrica.
- Maus-tratos: **notificação obrigatória (compulsória)** e Conselho Tutelar.

Alopecia areata total ou universal não é urgência: dermatologista prioritário.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A micose do couro cabeludo só sara com remédio pela boca, por semanas, junto com o xampu. Não pare antes do combinado."
- "A alopecia areata não é contagiosa nem falta de cuidado. O cabelo costuma voltar, às vezes branco no início."
- "Se seu filho arranca os cabelos, não brigue nem castigue: ajude-o a trocar o hábito por outra atividade com as mãos."
- **Retornar** se a micose não melhorar em 2–4 semanas, surgirem placas novas, caírem sobrancelhas ou cílios, ou a criança ficar triste e isolada.
- **Pronto-socorro** se o couro cabeludo inchar e doer com febre alta ou abatimento, se houver febre durante a quimioterapia, vômitos com barriga inchada, ou se a criança falar em se machucar ou morrer.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Tinha — oral	Griseofulvina 15–20 mg/kg/dia; terbinafina ≥ 4 anos	Sem posição específica localizada	Antifúngico oral; AAFP griseofulvina 20–25	Sem diretriz; BAD 2014: griseofulvina ou terbinafina	Griseofulvina 20–25; terbinafina por peso, 6 semanas	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Areata — 1ª linha	Sem posição (SBD: corticoide tópico potente)	Sem PCDT	Corticoide tópico	Sem diretriz; BAD: ciclos de 6 semanas	Corticoide potente; intralesional no adolescente	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Inibidores de JAK	Sem posição (SBD: ritlecitinibe ≥ 12)	Sem incorporação localizada no SUS	Sem posição; FDA ambos ≥ 12	Ritlecitinibe ≥ 12 (TA958)	Não abordados	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Tricotilomania e eflúvio	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Orientação; aconselhamento; eflúvio autolimitado	Sem posição específica localizada	Psicoterapia se necessário; sem polivitamínicos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Encaminhamento	Tinha refratária	Sem posição específica localizada	Dermatologista se persistente	Sem diretriz; BAD: extensa, progressiva ou com sofrimento	Areata grande ou refratária, cicatricial, causada desconhecida	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem em antifúngico oral com xampu na tinha, corticoide tópico potente como primeira linha da areata, abordagem comportamental na tricotilomania e eflúvio autolimitado, sem polivitamínicos. Divergem a **griseofulvina** (15–20 mg/kg/dia na SBP e na BAD; 20–25 na AAFP e na AEPap), a **terbinafina** (faixas de peso e duração diferentes; AEPap 6 semanas), o **corticoide do kerion** (SBP 0,5–1; AEPap 1–2 mg/kg/dia), o **regime tópico da areata** (ciclos de 6 semanas na BAD; 2–6 semanas contínuas na AEPap) e o **baricitinibe** (só adultos no Brasil; ≥ 12 anos nos EUA desde 09/2026). **Posição do site:** na tinha, o padrão do site (Micoses superficiais; griseofulvina 20 mg/kg/dia, decisão do Dr. Stefani, dentro da faixa da SBP de 15–20). Sem posição da SBP e do Ministério da Saúde sobre alopecia areata, tricotilomania e eflúvio, o site segue o **II Consenso da SBD (2025)**, brasileiro e alinhado às bulas da Anvisa, e a **BAD 2024–2025**, única diretriz com recomendações específicas para crianças; na tricotilomania e no eflúvio, a AEPap e a AAP.

PONTOS PRÁTICOS

1. Placa com descamação, pelos quebrados e adenomegalia occipital é tinea: micológico, antifúngico oral (griseofulvina 20 mg/kg/dia por 6–8 semanas ou terbinafina por peso), xampu e exame da família.
2. Kerion não é abscesso: não drenar; antifúngico oral e, se muito inflamatório, prednisona 0,5–1 mg/kg/dia por 1 semana.
3. Placa lisa com pelos em ponto de exclamação é alopecia areata: corticoide tópico potente, TSH e T4 livre se houver indício clínico; dermatologista se $\geq 50\%$, ofiásica, progressiva, com cílios ou sobrancelhas ou sem resposta.
4. Ritlecitinibe tem registro na Anvisa a partir de 12 anos; baricitinibe, só para adultos no Brasil — decisão do dermatologista.
5. Fios de tamanhos diferentes em placa irregular sugerem tricotilomania: reversão de hábito, sem punição, e rastreio de ansiedade e depressão.
6. Queda difusa 3 meses após febre ou cirurgia é eflúvio: tranquilizar; ferritina com PCR e tireoide só sem gatilho ou se passar de 6 meses.

Veja também, nesta Biblioteca: **Micoses superficiais**, **Anemia ferropriva**, **Ansiedade e depressão na infância e adolescência** e **Dermatite atópica no consultório** (Patologias do consultório); **Hipotireoidismo congênito e adquirido** e **Síndrome dos ovários policísticos na adolescente** (Endocrinologia pediátrica); **Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil** (Reumatologia); **Hipotonia no lactente** (Neurologia); **A pele como sinal de doença sistêmica na criança** (nesta área).

8. Fontes

- SBD. Ramos PM et al. II Consenso da SBD para tratamento da alopecia areata. An Bras Dermatol, 2025. [PMC](#)
- Anvisa. Litfulo® (ritlecitinibe) — novo registro, 2024. gov.br/anvisa
- CFF. Baricitinibe — Anvisa aprova para alopecia areata, 2023. cff.org.br
- SBP. Tinea capitis (Pediatria para Famílias). sbp.com.br
- AAP. Hair Loss (Alopecia) in Children. HealthyChildren.org, 2024. healthychildren.org
- NICE. Ritlecitinib for severe alopecia areata in people 12 years and over (TA958), 2024. nice.org.uk
- BAD. Living guideline for managing people with alopecia areata 2024. Br J Dermatol (texto integral bloqueado; recomendações conferidas no resumo). [PubMed](#)

- AEPap. Alopecia en la infancia. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria, 2022. [PDF](#)
- Barton VR et al. Treatment of pediatric alopecia areata. J Am Acad Dermatol, 2022. [PMC](#)
- Xu L et al. Hair loss in children and adolescents. Front Med, 2017. [PMC](#)
- Bloch MH et al. N-acetylcysteine in pediatric trichotillomania. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2013. [PMC](#)
- AJMC. Baricitinib approved for severe alopecia areata in adolescents, 2026. [ajmc.com](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.