

Reparación de alopecia cicatrizal posquirúrgica mediante trasplante capilar con técnica FUE (*follicular unit extraction*)

Repair of post surgical scarring alopecia hair transplant by FUE (*follicular unit extraction*)

Hugo Moreno,¹ Mauro Coringrato,² Geraldine Faira,³ Johanna Gleiser³ y Mariana Rodríguez³

RESUMEN

Las alopecias cicatrizales secundarias pueden tener distintos orígenes, entre ellos quemaduras, traumatismos y cirugías. Se caracterizan por la destrucción y ausencia permanente de folículos pilosos, lo que las hace estables en el tiempo.

Se proponen distintos tratamientos quirúrgicos, como por ejemplo resección de la cicatriz o también trasplante capilar. En este artículo mostramos la reparación de 3 casos de pacientes con alopecias cicatrizales posquirúrgicas mediante trasplante capilar con técnica FUE (*follicular unit extraction*), atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital F. J. Muñiz, Sección Dermatología Quirúrgica. Consideramos que los resultados son altamente satisfactorios (*Dermatol. Argent.*, 2015, 21 (3): 230-233).

Palabras clave:

FUE, reparación alopecia cicatrizal posquirúrgica.

ABSTRACT

The secondary scarring alopecia may have different origins, including burns, trauma, surgery, etc. Characterized by permanent destruction and lack of hair follicles, making them stable in time.

Various surgical treatments are proposed such as scar resection or also hair transplantation. In this article we show the repair of 3 cases of postsurgical scarring alopecia hair transplant by FUE (*follicular unit extraction*), addressed as a matter in the Dermatology Department of Hospital F. J. Muñiz, surgical dermatology section. We believe that the results are highly satisfactory (*Dermatol. Argent.*, 2015, 21 (3): 230-233).

Keywords:

FUE, repair of post surgical scarring alopecia.

Fecha de recepción: 10/05/2015 | Fecha de aprobación: 16/10/2015

¹ Médico dermatólogo del Servicio de Dermatología del Hospital F. J. Muñiz

² Médico dermatólogo de planta del Servicio de Dermatología del Hospital F. J. Muñiz

³ Médicas dermatólogas alumnas del Curso Anual de Dermatología Quirúrgica de la Sociedad Argentina de Dermatología

Introducción

La reparación quirúrgica de las alopecias cicatrizales secundarias puede realizarse básicamente empleando dos técnicas: una es el trasplante capilar y otra es la escisión del área alopécica. Para decidir qué tratamiento efectuar, se necesita saber el tipo de alopecia, el grado de laxitud del tejido, su vascularización, las características de cicatrización del paciente (cicatriz hipertrófica o queloide) y la localización de la cicatriz.¹

En este artículo presentamos tres casos de alopecias cicatrizales posquirúrgicas reparados mediante trasplante capilar con la técnica FUE.

Serie de casos

Caso 1

Mujer de 48 años de edad, con cicatriz en cuerpo de ceja derecha de 2 años de evolución, posterior a cirugía de carcinoma basocelular. Se le realizó un trasplante de 50 unidades foliculares (ufs), obtenidas de región occipital, con buena evolución (fotos 1 y 2).

Caso 2

Hombre de 24 años de edad, con cicatriz alopécica de la barba, localizada en región mandibular izquierda de 3 años de evolución, posterior a resección de quiste epidérmico. Se realizó un trasplante de 35 ufs, obtenidas de la región homolateral de la barba del cuello, con evolución satisfactoria (fotos 3 y 4).

Caso 3

Paciente de 16 años con cicatriz alopécica localizada en la región temporal izquierda, de 18 meses de evolución, posterior a la escisión de un nevo de Jadassohn. Se le implantaron 100 ufs obtenidas de la región occipital, con resultado favorable (fotos 5 y 6).

Comentarios

El trasplante capilar es una técnica quirúrgica ambulatoria donde se trasplantan ufs desde una zona donante a una zona receptora, con resultados estéticos naturales.

Las ufs son estructuras compuestas por folículos terminales, folículos vellosos, glándulas sebáceas y los músculos erectores del pelo, todo ello rodeado por una banda de fibras de colágeno conocida como perifolículo (descrito

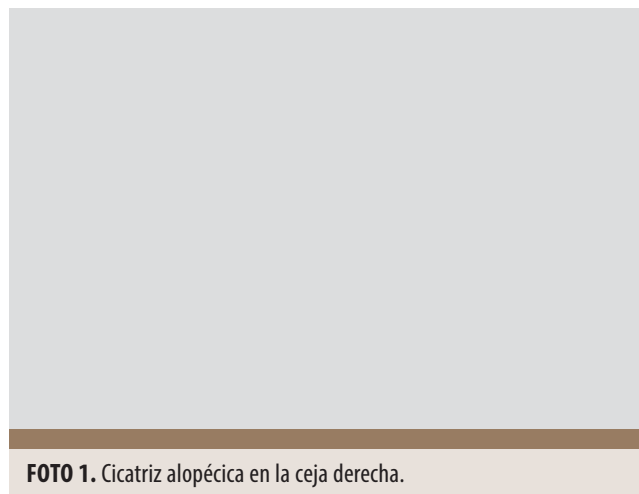


FOTO 1. Cicatriz alopécica en la ceja derecha.

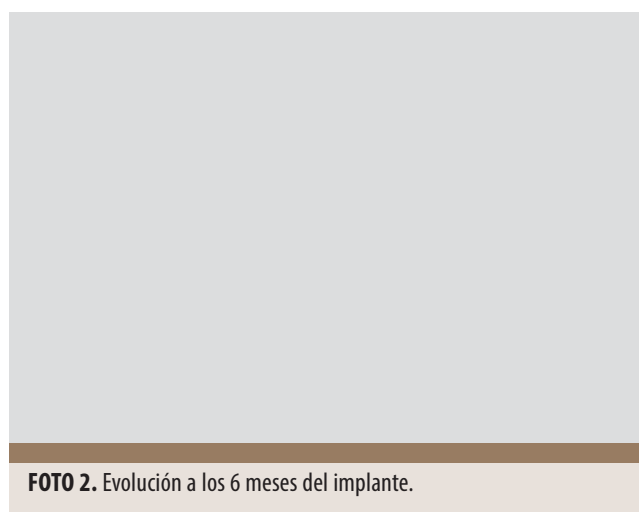


FOTO 2. Evolución a los 6 meses del implante.

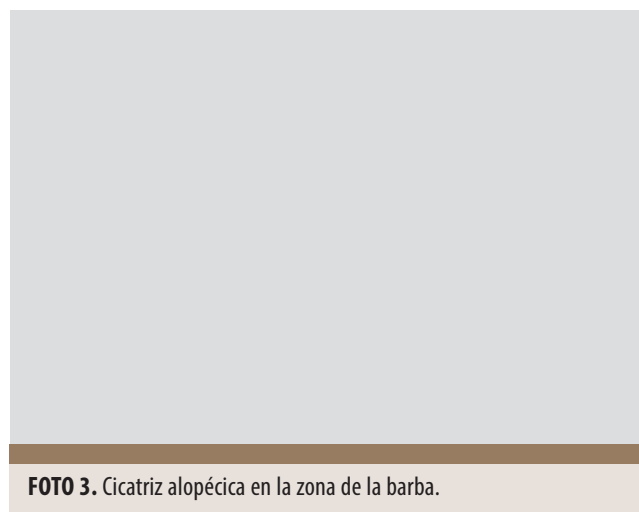


FOTO 3. Cicatriz alopécica en la zona de la barba.

por Headington en 1984).² Cada uf puede contener de 1 a 5 folículos terminales (el 80% de las ufs de la región temporooccipital, considerada zona dadora por excelencia, tiene de 2 a 3 folículos).²

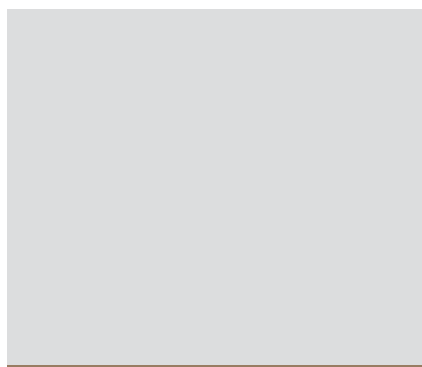


FOTO 4. Evolución a los 6 meses del implante.

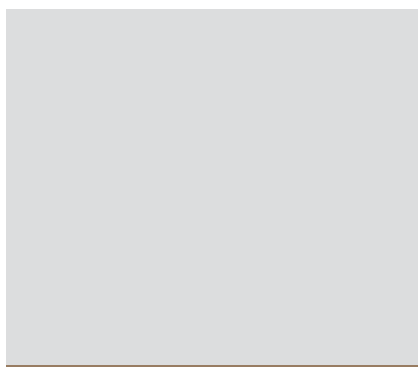


FOTO 5. Cicatriz alopecica en la región temporal izquierda.

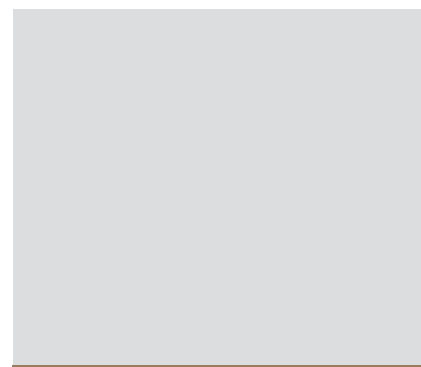


FOTO 6. Evolución a los 7 meses del implante.

Una de las indicaciones del trasplante capilar son las alopecias cicatrizales.

En éstas existe destrucción permanente del folículo piloso debido al daño irreversible de las células madre del bulge.³ Clínicamente se observa borramiento de los orificios foli-culares, piel con apariencia suave, brillante y atrófica. Debido a la fibrosis subyacente, el tejido pierde laxitud y presenta menor vascularización. Por lo tanto, a la hora de realizar el trasplante, éste podría verse afectado, evolucionando con pobre crecimiento de los injertos, inclusive con isquemia tisular y consecuente necrosis o infección.¹

Hay varias formas de clasificar las alopecias cicatrizales. Se puede hablar de congénitas y adquiridas; a estas últimas, a su vez, es factible dividir las en primarias o secundarias. En las primarias la unidad folicular es el objetivo específico de destrucción, mientras que en las secundarias existe un daño colateral inespecífico que determina la pérdida definitiva del pelo (se produce una alteración en toda la dermis que incluye al folículo piloso).

Otra forma de clasificación, muy práctica, es la propuesta por Walter Unger *et al.*, en donde se las divide en estables e inestables. Las primeras tienen un curso permanente, como ser las causadas por un trauma (quemaduras, radiación, cirugías, etc.), aplasia cutis congénita y la alopecia cicatrizal central centrífuga; por otro lado, las inestables son secundarias a desórdenes que tienden a progresar y recurrir intermitentemente, por ejemplo las linfocíticas, neutrofilicas, posinfección, etc.¹

Antes de realizar un trasplante capilar en una alopecia cicatrizal primaria es importante que haya inactividad de la enfermedad por lo menos durante dos años,^{2,4,5} y siempre tener presente su posible reactivación. Esto no es necesario para las alopecias cicatrizales secundarias.

En los casos de alopecia cicatrizal, F. Jiménez-Acosta y Ponce recomiendan realizar una prueba previa de trasplante, colocando de 20 a 30 ufs en una de las placas, para asegurar que el crecimiento y la permanencia de los injertos trasplantados sea la adecuada.² En nuestros casos, no hicimos esta prueba pues consideramos que existía buena vascularización del tejido receptor y, además, el número de injertos no era exagerado.

Actualmente existen dos técnicas de trasplante capilar que se diferencian entre sí por la forma en que se obtienen las ufs. Ambas se realizan con anestesia local. Una se denomina FUS (follicular unit strip surgery), en la que se remueve una tira de cuero cabelludo de la región occipital, para de ahí disecar las ufs. La otra técnica se llama FUE (follicular unit extraction). En ella se extraen las ufs de forma individual directamente de la zona donante, usando pequeños sacabocados de entre 0,8 y 1 mm de diámetro, que las cortan siguiendo el ángulo de emergencia del pelo. Existen distintos tipos de sacabocados: manuales, eléctricos o a pilas.⁴

En la técnica FUE, el área donante de pelo puede ser la región temporooccipital, pero cuando ésta no es suficiente, es posible extraerlo de otras zonas corporales, como por ejemplo de la barba, del tronco o de las extremidades. Debido a que en nuestros casos usamos la técnica FUE, describiremos brevemente los distintos pasos de la misma:

Primer paso: corte del pelo de la zona donante a aproximadamente 1 mm de largo. Esto permite la mejor visualización, elección y enhebrado de las ufs con el sacabocado.

Segundo paso: se anestesia el área donante con lidocaína al 1% y epinefrina 1:100000 en forma intradérmica, y luego se coloca una solución tumescente (una ampolla de

adrenalina diluida en 100 cm³ de solución fisiológica) que incrementa la hemostasia, separa la piel de los planos profundos, facilita la disección de las ufs y evita al mismo tiempo que se dañen las estructuras vasculares y nerviosas profundas.

Tercer paso: corte y extracción de las ufs. El corte se hace con los punch antes mencionados. Es importante seguir el ángulo de emergencia de los folículos pilosos para evitar la transección de las ufs. La elección tiene que ser aleatoria, evitar hacer círculos o líneas continuas y no extraer más del 50% del total de ufs de la zona donante para no provocar defectos inestéticos. La extracción de las ufs se realiza con pinzas de relojero, tomándolas delicadamente para no dañarlas, y luego se las mantiene en solución fisiológica hasta su implantación. Después de la extracción de las ufs, en la zona donante quedan múltiples orificios que cicatrizan rápidamente por segunda intención. Con el tiempo las pequeñas cicatrices puntiformes se cubren con el pelo vecino, volviéndose imperceptibles.

Cuarto paso: en la zona receptora, previa anestesia local (ídem a la de la zona donante), se crean pequeñas incisiones con distintos elementos, como por ejemplo agujas u hojas de bisturí cinceladas y rectangulares (nosotros elegimos estas últimas) para luego implantar en cada una de ellas las ufs. Las incisiones deben seguir la dirección de crecimiento natural del pelo, estar a una distancia entre sí de 2 o 3 mm y tener una profundidad de aproximadamente 4 a 6 mm. Es importante que el tamaño de las incisiones se adecue al de las ufs, para facilitar su inserción y evitar que se salgan.² La colocación de las ufs se realiza con pinzas delicadas de punta fina y deben quedar a nivel de la piel de la zona receptora o levemente sobreelevadas (no profundas, para evitar cicatriz deprimida).⁴

En las alopecias no cicatrizales, para que la densidad de pelo sea aceptable, se deben implantar entre 20 y 40 ufs por cm². En cambio en las alopecias cicatrizales, debido a que la vascularización del tejido es pobre, la densidad de ufs/cm² tiene que ser menor.⁷

Dentro de los cuidados posquirúrgicos, es fundamental no friccionar la zona implantada durante los primeros días. A las 24 o 48 horas se la puede lavar y se recomienda no realizar ejercicio físico durante los primeros 7 días. El pelo de algunas ufs puede caerse aproximadamente a las 3 o 4 semanas y el crecimiento se evidencia luego de los 3 meses posteriores al trasplante.

En cuanto a las complicaciones, podemos enumerar las siguientes: 1) infección: es rara, sólo se produce si la técnica

no fue cuidadosa o el paciente tiene compromiso de la inmunidad;⁴ 2) Inflamación y equimosis: frecuente cuando se trabaja en la zona frontal. Se puede extender hasta párpados, puente nasal y mejillas; 3) Efluvio quirúrgico: es la caída del pelo no trasplantado de la zona receptora o dadora; 4) Quistes de inclusión epidérmica y foli-culitis: sucede por colocar injertos unos sobre otros en la misma incisión, o muy profundos; 5) Depresiones y elevaciones: se deben a errores en la profundidad de colocación de los injertos;⁴ 6) Crecimiento pobre o nulo: puede suceder por deshidratación del injerto, destrucción del bulbo, isquemia, etc.⁴ En nuestros tres casos no se evidenció ninguna de las complicaciones descritas.

Conclusión

Las alopecias cicatrizales posquirúrgicas pueden ser resueltas mediante trasplante capilar. Consideramos que la técnica FUE es ideal pues es mínimamente invasiva y los resultados pueden ser muy aceptables. Se deben tener en cuenta las características especiales del tejido cicatrizal.

Mostramos 3 casos de nuestra experiencia, creemos que al de la cicatriz en la barba es necesario realizarle un segundo implante para lograr mayor cobertura.

Bibliografía

1. Unger W., Unger R., Wesley C.. The surgical treatment of cicatricial alopecia, *Dermatologic Therapy*, 2008, 21: 295-311.
2. Jiménez-Acosta F., Ponce I. Técnica actual de trasplante de pelo de unidades foliculares, *Actas Dermosifiliogr.*, 2010, 101: 291-306.
3. Paus R., Olsen E.A., Messenger A.G. Trastornos del crecimiento del pelo. Fitzpatrick, Wolff, Goldsmith, Katz *et ál. Dermatología en Medicina General*, Ed. Médica Panamericana S.A., Buenos Aires, Argentina, 2009: 753-777.
4. Moreno H. Trasplante capilar. De Carli E., Jaled M., Coringrato M. *Dermatología quirúrgica y estética*, Ed. Journal S.A., Buenos Aires, 2014: 161-169.
5. Ohyama M. Primary cicatricial alpecia: Recent advances in understanding and management, *J Dermatol.*, 2012; 39: 18-26.
6. Dua A., Dua K. Follicular unit extraction hair trasplant, *J. Cutan. Aesthet. Surg.*, 2010, 3: 76-81.
7. Meyer-González T., Bisanga C. Reconstrucción de alopecia cicatrizal mediante trasplante de pelo corporal, *Actas Dermosifiliogr.*, 2012, 103: 163-164.
8. Saravia A., Montenegro C. Trasplante capilar: trasplante folicular total, *Folia Dermatol.*, 2004, 15: 32-35.