

A TRANSPLANTAÇÃO DE CABELO

Passado, Presente e Futuro

O. CABRAL BARRETO

Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Maxilo Facial. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

RESUMO

Este artigo reflete numa maneira resumida, as ideias do autor no que se refere à transplantação de cabelo baseado na experiência adquirida em 25 anos de trabalho neste campo. A transplantação de cabelo é uma técnica de transferência de folículos pilosos das zonas dadoras dominantes para as zonas receptoras utilizando vários métodos e protocolos. A primeira referência escrita sobre esta técnica foi de Sasgawa em 1930 que descreveu um método de inserção. Mais tarde, em 1939, Okuda publicou os seus trabalhos sobre auto e homoenxertos em humanos e animais. Depois Tamura e Fujita utilizaram pequenos enxertos pilosos em cirurgia reconstructiva. Contudo, foi só em 1959 que se deu início à moderna técnica de transplantação de cabelo, quando Orentreich publicou um artigo descrevendo a teoria da dominância da zona dadora. Recentemente o microtransplante de cabelo, melhorando a qualidade do cabelo transplantado, veio alargar o seu campo de acção tornando até possível tratar as alopecias em evolução, a diminuição da densidade capilar (mesmo em mulheres), e até camuflar cicatrizes faciais, no homem, evidentemente.

SUMMARY

Hair Transplantation: Past, Present and Future

This paper briefly reflects the author's ideas regarding hair transplantation based on 25 years of experience in this field. Hair transplantation is a technique that moves hair from the donor dominant scalp to the recipient scalp with a variety of methods and protocols. The first written report on this surgical art form was made by Sasgawa in 1930, who described an insertion technique. Okuda later wrote about punch autografts and homografts in humans and animals in 1939; after which time Tamura and Fujita demonstrated reconstructive techniques with small grafts. However, it was not until 1959 that modern-day hair transplantation began, when Orentreich published a paper describing the theory of donor dominance.

Recently, the advent of mini- and micrografts has indeed refined the technique, especially in those with early alopecia, in women and in facial scar alopecias.

Em 1939, Okuda, um Dermatologista Japonês estabeleceu os princípios de transplantação de cabelo, pelo método dos *tufos*. Estes consistiam em pequenos fragmentos de couro cabeludo com vários folículos pilosos, colhidos com bisturi ou com punções biopsia, das zonas temporoccipitais, usualmente não envolvidas no processo de calvície. Após o transplante os folículos permanecem em repouso

(telefase) por dois meses, iniciando então o crescimento (anafase) ao ritmo de 1 cm por mês. Curiosamente, os trabalhos de Okuda envolveram apenas situações post-traumáticas e não de calvície androgénica.

Vinte anos mais tarde, Orentreich (1959), publica os seus trabalhos usando este método em vários tipos de alopecias e particularmente na androgénica,

e propõe a designação de *donor dominance* para descrever a manutenção da integridade e características da pele transplantada independentemente da zona receptora. Ou seja, os folículos pilosos das zonas laterais e posterior da cabeça, continuarão produzindo cabelo quer sejam enxertados nas áreas calvas, supracílios, barba e outros locais pilosos.

Durante décadas esta técnica não sofreu alterações até 1990. Nessa altura, em cada sessão de transplante, transferiam-se até 100 tufo de folículos pilosos. O resultado era medíocre parecendo cabelo de boneca.

Paralelamente, desenvolvia-se o método dos *retalhos*. Consistiam na transferência de faixas de couro cabeludo das zonas temporoparietoccipitais para a região frontal. Tinham a vantagem de cobertura imediata de cabelo, mas com sinais evidentes de cirurgia e algumas vezes, particularmente no retalho de Juri, o cabelo crescia com direcção contrária ao normal. **Era a primeira geração do transplante de cabelo.**

No princípio da década de 1990, percebeu-se que transplantando tufo muito mais pequenos, a *pega* era mais segura e o cabelo tinha um aspecto mais próximo do normal. Rapidamente foi-se criando nova instrumentação, melhorou-se a técnica de colheita e da anestesia, o que permitiu que alguns cirurgiões transplantassem muitos minitufos de cada vez. Havia como que uma competição para ver quem transplantava mais tufo chegando alguns a transplantar 4.000 tufo em cada sessão. **Era a segunda geração do transplante de cabelo - a geração da quantidade.**

Nesta altura, a única limitação era a quantidade de zona dadora disponível. Após esta euforia, surgiram dúvidas se um transplante de 4.000 tufo daria o dobro do cabelo dum transplante de 2.000 tufo ou se apenas se transferiu uma quantidade dupla de tufo mas com a mesma quantidade de cabelo.

Qual seria a percentagem de lesão dos folículos? Como se sabe na transplantação de cabelo há apenas transferência de folículos não havendo regeneração de cabelo. Cada folículo lesado é um cabelo perdido e quanto mais pequeno é o tufo maior é a possibilidade de lesar folículos.

Simultaneamente, aplicaram-se expansores para permitir quase a excisão completa da área calva. Em Portugal, usamos este método apenas em reconstrução, pois não o achamos justificável na área da Estética dada a deformação que provoca quando se

procede à expansão.

Paulatinamente iniciou-se uma nova fase em que além do número de tufo houve a preocupação de diminuir a lesão folicular e melhorar os resultados. **É a terceira geração do transplante de cabelo - a geração da qualidade.**

A colheita é realizada com instrumento de multi-lâminas com angulo variável, o que permite retirar tiras bem calibradas com cerca de 1 mm de espessura e mais de 15 cm de comprimento, e com a profundidade necessária, mas preservando os nervos e vasos subjacentes. Estas tiras finas são transformadas rapidamente em minitufos num aparelho especial, também a multilaminar.

Os minitufos, com 1 a 5 folículos, são então inseridos em microincisões ou em orifícios criados com micropunção, nas zonas calvas.

Consegue-se actualmente um equilíbrio entre a tecnologia e a arte, ou seja juntando a quantidade também a qualidade no cabelo transplantado.

Como possível complemento, poderá ser usado o Extensor de Frechet, que distende o couro cabeludo mas por retracção da área calva, não causando a deformação dos Expansores.

A utilização do LASER nesta fase, está ainda sob investigação mas até agora não parece trazer benefícios no que respeita à *pega* e ao futuro cabelo.

O FUTURO - Bloqueadores do enzima 5-alfa-reductase.

Existe grande entusiasmo no desenvolvimento de substâncias para tratamento de alopecia androgénica. Dentro destas ressalta o Finasteride, usado inicialmente no tratamento da Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP), potente inibidor do enzima 5-alfa-reductase, que a partir da testosterona, cria dihidrotestosterona (DHT) responsável pela HBP e pela alopecia androgénica.

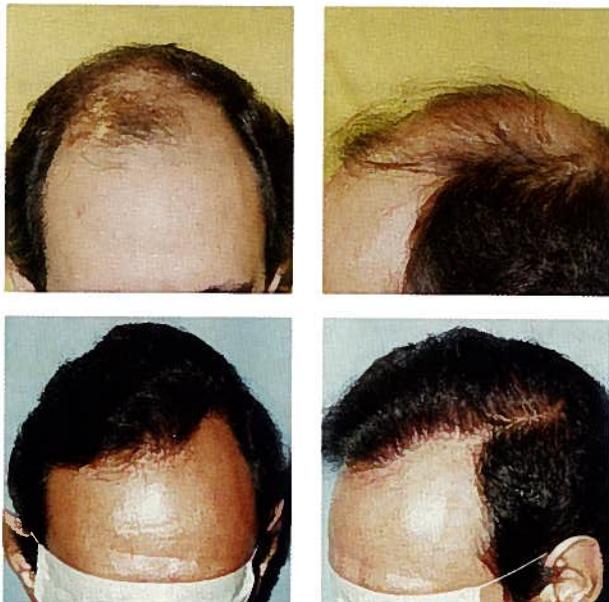
Porém, os ensaios clínicos realizados até à data têm tido resultados variáveis. A aplicação tópica não tem resultados positivos, mas oralmente reduz os níveis de DHT no couro cabeludo com aumento da densidade capilar.

Porém, não se recomenda, por enquanto, o seu uso, pelo facto de produzir alterações da função sexual masculina e alterações fetais nos genitais externos do feto macho quando utilizado nas grávidas, e ainda por mascarar o despiste do cancro da próstata.

Na insuficiência hepática o uso do Finasteride deverá ser ainda mais cauteloso, pois ao ser metabolizado no fígado, torna difícil o acerto da dose adequada.

CASOS CLÍNICOS

I - Alopecia androgénica Grau III Norwood



Estado antes e depois de transplantação de múltiplos microtufos

II - Alopecia post-radiodermite



Estado intermédio durante a transplantação de microtufos

III - Alopecia cicatricial do 1/3 médio do supracílio esquerdo



Estado após transplantação de enxertos monocapilares

IV - Ausência de supracílios e pestanas por tricotilomania



Estado após blefaroplastia, blefaropigmentação permanente e transplante de enxertos monocapilares nos supracílios

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. NORWOOD OT: Male pattern baldness: classification and incidence. South Med J 1975;68:1369-65.
2. BERNSTEIN R, RASSMAN W: Laser hair transplantation: is it really state of the art? Lasers Surg Med 1996; 19:233-5
3. UNGER W: Hair Transplantation. 3rd ed. New York: Marcel Dekker, 1994.
4. STOUGH D: Hair replacement: Surgical and Medical, 1st Ed. St. Louis: Mosby Publishing, 1996:141.
5. UNGER WP, NORDSTROM REA: Hair Transplantation 2nd ed. New York: Marcel Dekker, 1988.
6. NORDSTROM REA: "Micrografts" for improvement of the frontal hairline after hair transplantation. Aesthet Plast Surg 1981;5:97-101.
7. OKUDA, S: The study of clinical experiments of hair transplantation. Jap. J. Dermatol. Urol. 1939; 46 (6):135.
8. ORENTREICH, N: Autografts in alopecias and other selected dermatologic conditions. Ann. N.Y. Acad. Sci 1959; 83:463.
9. SASGAWA M: Hair transplantation. Jpn J Dermatol 1930;30:493
10. FUJITA K: Reconstruction of the eyebrow. La Lepro 1953;23:364
11. TAMURA H: Pubic hair transplantation. Jpn J Dermatol 1943;53:76