CASO CLINICO PATOLOGICO

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA
Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología
ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Trasplante de cabello en el liquen plano pilar

HAIR TRANSPLANT IN LICHEN PLANOPILARIS

Jul - Sep 2015 | Vol. 96 N°3

Caso clínico patológico
Rev. argent. dermatol. 2015; 96 (3): 34 – 45.
Publicado en línea 2015, Septiembre / Published online September 2015.
Trasplante de cabello en el liquen plano pilar

Autores | Contacto

CF Greco *; A Chueco **; A Acevedo *, RE Achenbach **** y M Dutto *****

*** Médico Concurrente Unidad Dermatología Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano".**
**** Médico Cirujano. Centro Médico Capilar "Injerto Capilar".**
***** Concurrente de 4° año de la Carrera de Especialista en Dermatología. Hospital General de Agudos «Dr. Ignacio Pirovano»**
****** Jefe de Servicio de Dermatología. Hospital General de Agudos «Dr. Ignacio Pirovano».**
******* Concurrente de 3° año de la Carrera de Especialista en Dermatología. Hospital General de Agudos «Dr. Ignacio Pirovano».**

E-mail: greco.claudio@hotmail.com

Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano". Av. Monroe 3550 (1430). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Los autores no presentan conflicto de interés económico alguno.

Recibido: 29-05-2015
Aceptado para su Publicación: 24-08-2015

RESUMEN

El liquen plano pilar es una variante clínica del liquen plano, que afecta al cuero cabelludo donde su estadio final provoca una alopecia cicatrizal, que se acompaña en general, de un gran impacto negativo en la calidad de vida del enfermo. Hasta la fecha existe una gran escasez de estudios publicados, que informen tratamientos quirúrgicos.
OBJETIVO: se evalúa la eficacia del trasplante de cabello bajo la técnica FUE (extracción de unidades foliculares) y determinar directrices para óptimos resultados.
MATERIAL Y MÉTODO: se presenta una mujer con LPP de siete años de evolución. Después de una biopsia de cuero cabelludo y una sesión terapéutica, se procedió a un trasplante. Fueron realizados controles fotográficos a los dos, cuatro y seis meses para determinar éxito-fracaso.
RESULTADO: se observó un crecimiento de cabello a partir de los 2-3 meses, sin cicatrices visibles en el área donante.
CONCLUSIÓN: la técnica FUE es un proceso bien

SUMMARY

BACKGROUND: lichen planopilar is a clinical variant of lichen planus, which affects the scalp and in the final stage which causes scarring alopecia, entailing a significant impact on quality of life. To date no shortage of published studies reporting surgical treatments.
OBJECTIVE: effectiveness on hair transplant FUE technique and determine guidelines for optimum results is evaluated.
MATERIAL AND METHOD: a woman with LLP seven years of evolution is presented. After scalp biopsy and a therapeutic meeting, he underwent a transplant. Photographic controls the 2.4 and six months were performed to determine success.
RESULT: hair growth was observed after 2-3 months without visible scars in the donor area.
CONCLUSION: technique FUE was a well tolerated and safe process to improve hair loss in LPP histologically shows a lack of inflammation (scarring stage).

tolerado y seguro para mejorar la pérdida de cabello en un LPP, que histológicamente muestra una falta de inflamación (estadio cicatrizal). Esta técnica merece en nuestra opinión, más estudios a futuro.

PALABRAS CLAVES
Trasplante de cabello; Liquen plano pilar; Alopecia cicatrizal.

KEY WORDS
Hair transplant; Lichen planopilar; Scarring alopecia.

INTRODUCCIÓN

LIQUEN PLANO PILAR Y ALOPECIA CICATRIZAL

El liquen plano (LP), del griego "leichen" (musgo de árbol) y del latín "planus" (plano), es un trastorno inflamatorio que afecta la piel, las membranas mucosas, las uñas y el pelo, siendo una dermatosis de origen desconocido, con una patogenia auto-inmunitaria, caracterizada clínicamente por pápulas poligonales eritemato-violáceas, aplanadas, de superficie brillante y pruriginosa con "estrías características" y fenómeno de Köebner [1]. Afecta a adultos de mediana edad, siendo más frecuente en mujeres y puede poseer un curso crónico [2]. Presenta varias manifestaciones clínicas (ampollar, atrófica, hipertrófica, ungular o de las mucosas). Cuando afecta al cuero cabelludo, se conoce como liquen plano pilar (LPP) o liquen plano folicular, con un patrón clínico e histopatológico distintivo. Recientemente el liquen plano pilar, se ha categorizado en tres variantes: LPP clásico, alopecia fibrosante frontal y síndrome de Graham-Little [3].
En el LPP clásico se observan máculas y pápulas foliculares queratósicas, equidistantes, pudiendo formar placas. Se presenta como una alopecia focal o multifocal que puede ser extensa, abarcando la totalidad del cuero cabelludo. Su estadio final se conoce como "pseudopelada de Brocq", término que conviene evitar [4] aunque esté arraigado en el diccionario dermatológico.

En su estudio histopatológico, algunos investigadores recomiendan las secciones transversales (horizontales), ya que, permiten la visualización de múltiples unidades foliculares y a varios niveles de la misma. Sin embargo, un estudio reciente puso de manifiesto la superioridad de las secciones verticales, debido a que proporcionan la visualización del patrón de reacción global, la dermis superficial y la unión dermo-epidérmica, que junto con la correlación clínica permite un diagnóstico preciso [5]. Probablemente la combinación de ambos tipos de cortes provea la mejor información; esto se conoce bajo el concepto de "Técnica HoVert" y se encuentra publicado en el Journal of Dermatology durante el 2012, por el Dr. Ohyama [6] (Fig 1).

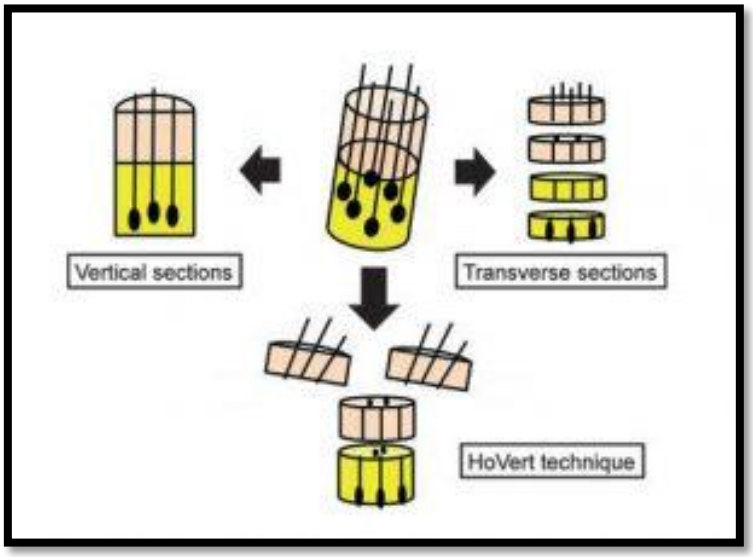

Fig 1: seccionamiento recomendado para la APC. HoVert requiere menos muestras comparadas por la combinación de las secciones verticales y horizontales.

El LPP muestra en la histología, una epidermis infundibular con ortoqueratosis e hipergranulosis en forma de cuña. El tejido conectivo dérmico muestra un infiltrado linfocítico denso, rodeando al

infundíbulo y al folículo piloso a lo largo del istmo, "stem" y hasta el bulbo, dato que lo diferencia de la alopecia por tracción. El infiltrado linfocítico y la alteración vascular en la vaina externa, pueden progresar a una fibrosis perifolicular, atrofia epitelial infundibular y fibroplasia. En las lesiones tardías se observan tractos fibrosos orientados verticalmente, con residuos de fibras elásticas y folículos pilosos degenerados [7].

Muchas biopsias en etapas tardías o en etapas terminales, no son diagnósticas y simplemente deben ser categorizadas como alopecia cicatrizal primaria tardía o alopecia terminal. Cuando hablamos de alopecia cicatrizal es importante remarcar el significado de la misma, donde la cicatriz constituye el punto final de la fibrosis reparativa, con la destrucción permanente del tejido preexistente.

Las alopecias cicatrizales se subdividen en el tipo primario y secundario. En las alopecias cicatrizales primarias (ACP), el folículo piloso es el objetivo principal de la destrucción, con afectación de sus asociados en dermis papilar y con preservación relativa de la dermis reticular, incluyendo las siguientes entidades clínicas: lupus eritematoso discoide (LED), liquen plano pilar y foliculitis decalvante (FD).

En la alopecia cicatrizal secundaria (ACS), la destrucción folicular no es el evento patológico primario y priman factores exógenos, tales como: quemaduras, enfermedades infiltrativas e inflamatorias endógenas (ej. la sarcoidosis, el pénfigo vulgar y la esclerodermia) por nombrar algunas entidades.

Respecto de la clasificación de las alopecias cicatrizales primarias, se llevó a cabo según la North American Hair Research Society (Sociedad de Investigación de América del Norte de pelo (NAHRS)), estableciendo cuatro grupos según el tipo predominante de células inflamatorias, que además sirven para establecer estrategias terapéuticas, según cada subtipo:

1. Linfocítica (por ejemplo, LED, LPP, "pseudopelada de Brocq": este último, término que preferimos evitar, por lo inespecífico en cuanto a sus criterios diagnósticos).

2. Neutrofílica (por ejemplo: foliculitis decalvante, celulitis disecante).

3. Mixta (foliculitis queloide, foliculitis necrótica).

4. Inespecífica.

(Nota: en este trabajo, en cada ocasión en que se menciona foliculitis, en realidad debe abarcar el concepto de infundíbulo-foliculitis).

Las linfocíticas implican tratamiento con antiinflamatorios. El objetivo es reducir o eliminar las células inflamatorias linfocíticas, que atacan y destruyen los folículos pilosos. Los medicamentos orales utilizados son hidroxicloroquina, doxiciclina, micofenolato mofetilo y ciclosporina. Los medicamentos tópicos utilizados son: corticoesteroides, tacrolimus y pimecrolimus. El acetato de triamcinolona se puede usar en forma de inyecciones intralesionales, en las zonas afectadas.

En las neutrofílicas el objetivo es eliminar los microbios predominantes, que están involucrados en el proceso inflamatorio. Los antibióticos orales son el pilar de la terapia y se pueden combinar con antibióticos tópicos y antiinflamatorios.

El grupo mixto puede abarcar antibióticos, medicamentos antiinflamatorios, isotretinoína y está bajo estudio el uso de infliximab, para la foliculitis disecante [8].

TRANSPLANTE DE CABELLO: TÉCNICA FUE

En el año 1939, el dermatólogo japonés Dr. Shoji Okuda publicó su método para realizar trasplantes, proclamando su utilidad en alopecias cicatrizales, principalmente quemaduras [9].
El trasplante de cabello para la alopecia androgenética, ha recorrido un largo trecho desde los días del Dr. Norman Orentreich, quien realizó el primer trasplante capilar en 1952. En las décadas del 60 y 70, se realizaban injertos grandes ("punch grafts"), dando el aspecto típico de pelo de muñeca o hebra de cepillo. Se generó un gran avance a mediados de los 80, cuando se comenzaron a utilizar los mini y micro-injertos (Mini-Micro Grafts), creando la técnica FUSS (Follicular Unit Strip Surgery) siendo la más reconocida hasta hace unos años. Pero a partir de 1990, gracias al aporte de Berstein y Rassman, se comienza a realizar la técnica FUE (Follicular Unit Extraction), siendo dicha técnica una verdadera obra de habilidad manual [10].
La ventaja de esta técnica se basa en la perspectiva del paciente, más que en la del cirujano, pudiendo mostrar un pelo corto, tener menor tiempo de recuperación, presentar cicatrices microscópicas casi invisibles en el área donante, al no llevar sutura no se realiza extracción de puntos y se puede utilizar vello corporal, para mejorar la densidad del área a tratar, si el paciente así lo requiere por tener una zona donante escasa.
Hay pocos informes sobre el trasplante de cabello en alopecias cicatrizales primarias. Existe aprehensión a realizarlas, por una supuesta menor tasa de supervivencia del cabello y el consecuente fracaso terapéutico, basado en la creencia que los cabellos trasplantados serán eliminados por el mismo proceso inflamatorio activo y secundariamente, porque se cree que existe menor irrigación, hechos reales.
Sin embargo, el trasplante de cabello ha mostrado buenos resultados, si la técnica se ejecuta correctamente, por un cirujano experimentado y bajo directrices e indicaciones apropiadas [11].
Hay pacientes que para mejorar su imagen, deciden correr los riesgos de un posible fracaso terapéutico y esta, es una decisión respetable. Como profesionales debemos asegurarnos de minimizar esas posibilidades y también podemos o no aceptar el caso, si no creemos en el beneficio del paciente.
Presentamos el caso de un trasplante de cabello en una paciente con liquen plano pilar.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 54 años, que consulta a una clínica privada especializada en trasplante de cabello para el tratamiento de liquen plano pilar, que le fue diagnosticado hace siete años.
La paciente solicitaba un tratamiento estético refiriendo mala calidad de vida, en los aspectos social, psicológico y sexual.
En el transcurso de su enfermedad le fueron prescriptos múltiples tratamientos: hidroxicloroquina y ciclosporina vía oral, corticoesteroides y tacrolimus tópico e inyecciones intra-lesionales de triamcinolona.
La enfermedad evolucionó hasta dejar una importante alopecia cicatrizal, que comprometía gran parte del cuero cabelludo (Fig 2).

Fig 2: placa alopécica de un LPP, afectando gran parte del cuero cabelludo, sin presencia de folículos pilosos y un color brillante característico.

Refería que en los últimos tres años no observó progresión de su enfermedad, no habiendo realizado tratamiento durante los últimos dos años; por lo tanto, se planteó un plan terapéutico, que incluía acciones histológicas, dermatológicas y quirúrgicas.
La paciente fue informada sobre los cabellos trasplantados, que podrían no crecer en la forma habitual o la posibilidad del fracaso rotundo del tratamiento; si estos crecieran, podrían verse afectados por el proceso de la enfermedad o reactivación de la misma. El futuro era incierto. La paciente comprendió las posibilidades y decidió someterse al trasplante capilar. Firma el consentimiento luego de una evaluación exhaustiva.
El resultado del estudio histopatológico demuestra una ausencia total de folículos pilosos, reemplazados por bandas verticales de tejido fibroso y sin actividad inflamatoria, lo que encuadra un terreno acorde para realizar un trasplante de cabello (Fig 3).

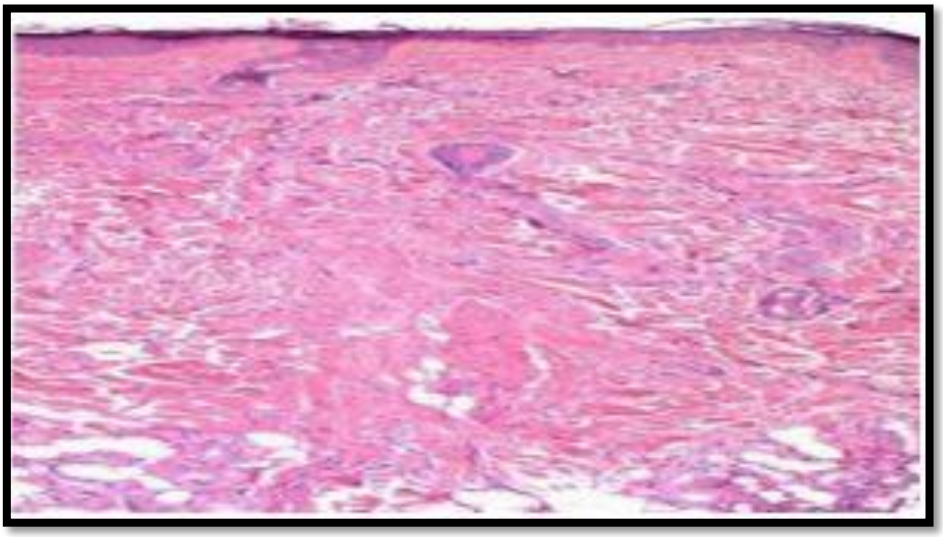

Fig 3: fase terminal, sin folículos pilosos y destrucción de glándulas sebáceas, sin actividad inflamatoria y fibrosis.

Se realizaron inyecciones intra-lesionales con triamcinolona (0.1 ml) durante tres meses, en forma semanal, con el objetivo de disminuir al mínimo la posibilidad de actividad inflamatoria y en el mismo proceso, tratar de provocar la mayor fibrosis posible.

Se efectuó una prueba terapéutica, para determinar si el área era propicia para el crecimiento de cabellos. El intento terapéutico quirúrgico se realizó bajo la técnica FUE, implantes en aéreas de un 1×1 cm en diferentes sectores alopécicos cicatrizales: en la periferia, en el centro de la placa alopecia y en una placa secundaria (Fig 4).

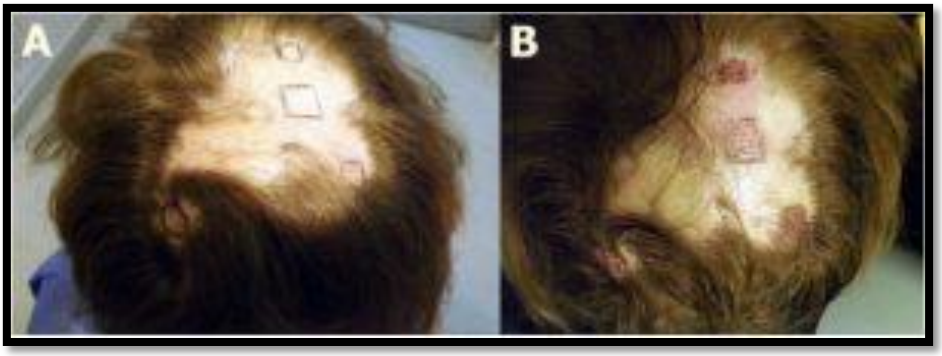

Fig 4: A: delimitaciones para realizar prueba terapéutica con FUE, en cuatro sectores. B: aspecto post-implante de UF.

Se realizan controles fotográficos a los dos y cuatro meses, constatando el crecimiento de los folículos implantados. Estos resultados brindaron mayor seguridad, para realizar la intervención en el resto de la placas lesionales (Fig 5).

Fig 5: A: crecimiento capilar a los dos meses. B: crecimiento capilar a los cuatro meses, confirmando la buena evolución.

Se cita a la paciente para realizar la intervención en todas las placas alopécicas y bajo la misma técnica se implantan 2606 UF, sin complicaciones.
Los controles clínicos e iconográficos fueron efectuados en el post operatorio inmediato, a los 15 días, dos, cuatro y seis meses (Fig 6).

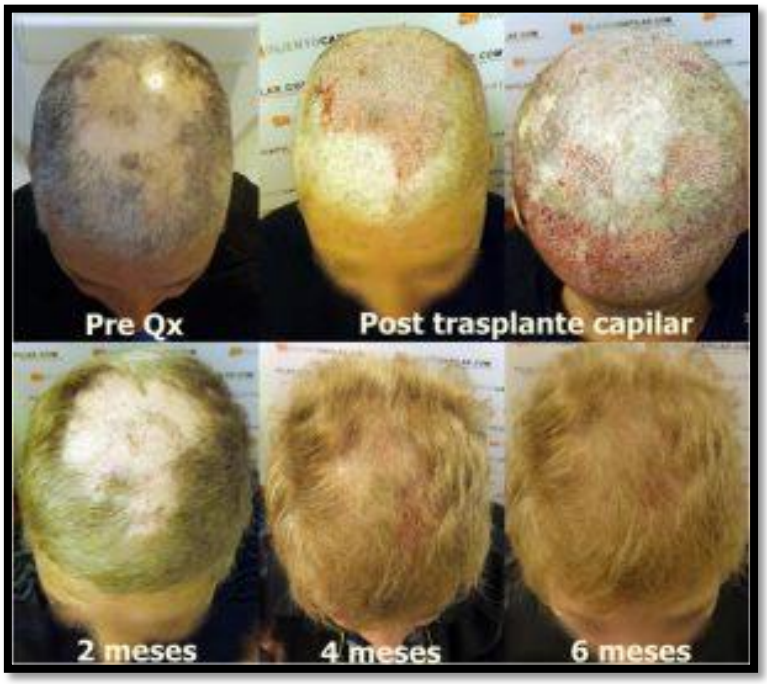

Fig 6: se observa con pelo al ras el gran compromiso de su alopecia cicatrizal, en el post-operatorio inmediato se observan las UF implantadas y la zona donante. Controles fotográficos evolutivos a los dos, cuatro y seis meses.

Se evidencia el crecimiento de los cabellos dentro de los estándares habituales, con tasa normal de supervivencia y un cambio estético radical en la fisionomía de la paciente; la misma presentó una actitud diferente, con grandes cambios a nivel social y psicológico (referencia personal y de psicólogo).

DISCUSIÓN

Diferentes procesos pueden conducir a la ausencia de folículos y su sustitución por tejido fibroso cicatrizal. Entre ellos, se enuncian la ausencia congénita de piel y anexos en un área de cuero cabelludo y consecuente reparación del defecto con una cicatriz, la fibrosis tras la destrucción de los folículos por procesos traumáticos (quemaduras) o inflamatorios (LPP). De acuerdo con lo visto, se puede realizar trasplante de cabello tanto en alopecias cicatrizales secundarias como primarias [12], considerando que en toda alopecia terminal, sin importar su origen, la histopatología presenta fibrosis.

El primer implante realizado en 1939, por el Dr. Okuda ha demostrado la eficacia de los mismos en quemaduras [9] y a lo largo de la historia, se han repetido trasplantes con tales fines, cuyos resultados se publicaron como exitosos.

El Dr. Jung publicó en un revista de Cirugía Cráneo Facial en el año 2013, 25 casos de alopecias secundarias a quemaduras, cirugías y traumas, con excelentes resultados en el 44% y buenos resultados en el 39% de los pacientes intervenidos [13].

Existen diversos trabajos sobre trasplante de cabellos en alopecia fibrosante frontal (subtipo de liquen plano), publicados por los Dres. Jiménez y Nusbaumen en la revista de Cirugía Dermatológica [14,15] y un caso presentado por la Dra. Ana Kaminsky en la Revista de Dermatología Argentina [16]. Recientemente, se ha publicado un trabajo sobre alopecia central centrifuga, con muy buenos resultados post-implante [17].También se realizó un implante en alopecia areata (AA) resistente a los tratamientos convencionales, con el mismo concepto de fibrosis como el estadio

terminal de la misma, decidiéndose así la elección quirúrgica [18].
Otra opción terapéutica es la combinación de minoxidil tópico post implante en ACP, para estimular el crecimiento del folículo[19]. La utilización de pelo corporal para el trasplante de cabello (BHT) en alopecias cicatrizales puede ser una opción, cuando la zona donante es escasa o magra en el cuero cabelludo [20].
Cabe destacar también la utilización de Erbium:YAG, para asistir al trasplante capilar en una alopecia cicatrizal, siendo el láser una novedosa herramienta para la ablación de orificios receptores del trasplante de cabello, teniendo como objetivo minimizar el trauma en la zona receptora [21].
Se han descrito 20 casos de LPP que se desarrollaron post implante capilar, durante los últimos tres años, aunque no se dilucidó su patogénesis (Köebner?) [22].
Otra condición fundamental a tener en cuenta, a la hora de elegir tratamiento quirúrgico en un paciente con ACP, es la actividad inflamatoria de la misma, catalogándolo en inestable o estable, según la presencia o no de actividad inflamatoria, respectivamente. No se indica realizar un trasplante, cuando la patología de base se catalogue como inestable, siendo las probabilidades de fracaso terapéutico muy altas. Los folículos pilosos trasplantados serían atacados en sus "stem cells", por las células inflamatorias presentes en el tejido y consecuentemente, se produciría su destrucción y posterior fibrosis.
Algunos autores proponen tener un tiempo mínimo de inactividad inflamatoria, confirmada histolopatológica y clínicamente no menor a los dos años.
También se tendrán en cuenta dos factores pronósticos, según nuestra opinión: disponibilidad de cabello donante y circulación vascular.
Respecto del pelo donante, hay que tener en claro que dicho cabello, no se encuentre afectado por la patología de base y dejar un margen considerable para no trasplantar cabello que en un futuro, pueda sufrir una alopecia androgenética.
Es importante además, observar si la oferta vascular es suficiente para proporcionar un apoyo adecuado, a los folículos injertados. Una perfusión inadecuada puede provocar una disminución en el crecimiento de los folículos y peor aún, causar un daño isquémico lo suficientemente grave, como para producir necrosis o infección. Por tal motivo, se aconseja la realización de una prueba terapéutica en varios sectores de la zona afectada, en áreas de 1×1 cm, en la periferia y en la zona central, considerando el concepto que cuando se realiza un injerto en una cicatriz extensa, este es el punto más distante de una buena perfusión [23].
También se recomienda utilizar corticoides tópicos o en inyección intralesional, para producir atrofia, favoreciendo el concepto de alopecia irreversible y minimizando la actividad inflamatoria con la debida precaución, ya que, puede producir telangiectasias e hipopigmentacion [24].

Creemos que el trasplante de cabello es una opción válida, para tratar variantes tipo de ACP y si bien es una herramienta terapéutica relacionada con la medicina estética, en estas entidades nosológicas, tiene un impacto terapéutico reparador en imagen y en calidad de vida de los pacientes afectados. Consideramos que es una opción médica dermatológica para ofrecer a los pacientes.

REFERENCIAS

1. Sánchez-Saldaña L. Liquen plano. Dermatología Peruana 2011; 21: 27-44.

2. Herrera Ceballos E, Moreno Carazo A y col. Dermatología: Correlación clínico-patológica. Capítulo 84: Liquen plano. Editorial Menarini. Primera Edición. 2010; 342-346.

3. Pittelkow M, Dauod M. Liquen plano. Dermatología en Medicina General. Capítulo 26. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 2009; 244-255.

4. Valle LE. Liquen Plano. Dermatología General: Enfoque práctico. Ed Dunken 2012; 281-284.

5. Tandon YK, Somani N y col. A histologic review of 27 patients with lichen planopilaris. J Am Acad Dermatol 2008; 59: 91-98.

6. Oyhama M. Primary cicatricial alopecia: recent advances in understanding and management. J Dermatol 2012; 39: 18-26.

7. Sehgal VN, Srivastva G y col. Cicatricial (scarring) alopecia. Int J Dermatol 2001; 40: 241-248.

8. Mahesh KU, Yelikar BR. The Spectrum of Histopathological Lesions in Scarring Alopecia: A Prospective Study. J Clin Diagn Res 2013; 7 (7): 1372-1376.

9. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre procedimientos dermatológicos 2007; 15.

10. Shiell RC. A review of modern surgical hair restoration techniques. J Cutan Aesthet Surg 2008; 12-16.

11. Duay A, Dua K. Follicular Unit Extraction Hair Transplant. J Cutan Aesthet Surg 2010; 3 (2): 76-81.

12. Herrera Ceballos E, Moreno Carazo A, Matilla A. Dermatología: Correlación clínico-patológica. Capítulo 6: Alopecia cicatricial. Editorial Menarini. Primera Edición. 2010; 37-40.

13. Jung S, Oh SJ y col. Hair follicle transplantation on scar tissue. J Craniofac Surg 2013; 4: 1239-1241.

14. Jiménez F, Poblet E. Is hair transplantation indicated in frontal fibrosing alopecia? Dermatol Surg 2013; 39 (7): 1115-1118.

15. Nusbaum BP, Nusbaum AG. Frontal fibrosing alopecia in a man: results of follicular unit test grafting. Dermatol Surg 2010; 36 (6): 959-962.

16. Gurfinkiel A, García H. Trasplante capilar en una paciente con alopecia fibrosante frontal asociada con liquen esclero-atrófico de vulva. Dermatol Argent 2011; 17 (2): 110-115.

17. Callender VD, Lawson CN y col. Hair transplantation in the surgical treatment of central centrifugal cicatricial alopecia. Dermatol Surg 2014; 40 (10): 1125-1131.

18. Civaş E, Aksoy B y col. Hair transplantation for therapy-resistant alopecia areata of the eyebrows: is it the right choice? J Dermatol 2010; 37 (9): 823-826.

19. Tyagi V, Singh PK. A new approach to treating scarring alopecia by hair transplantation and topical minoxidil. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2010; 76 (2): 215.

20. Meyer-González T, Bisanga C. Body-hairtransplant for cicatricial alopecia. Actas Dermosifiliogr 2012; 103 (2): 163-164.

21. Podda M, Spieht K y col. Er: YAG laser assisted hair transplantation in cicatricial alopecia. Act Dermosifiliogr 2012; 103 (2): 163-164.

22. Donovan J. Lichen planopilaris after hair transplantation: report of 17 cases. Dermatol Surg 2012; 38 (12):1998-2004.

23. Unger W, Unger R y col. The surgical treatment of cicatricial alopecia. Dermatologic Therapy 2008; 21: 295-311.

24. Abal-Díaz L, Soria X y col. Alopecias cicatriciales. Actas Dermosifiliogr 2012; 103: 376-387.