

Trasplante de cabello. El estado de la cuestión en México

Hair transplantation. The state-of-the-art in Mexico

EDUARDO DAVID POLETTI,* CARL BAZAN,** LUIS MUÑOZ FERNÁNDEZ***

*Internista y dermatólogo. Profesor de dermatología, Universidad Autónoma de Aguascalientes

**Tricología y trasplante de cabello. Universidad Autónoma de Guadalajara. Oxford Hair Institute

***Histopatólogo especializado en tricoanálisis. Universidad Autónoma de Aguascalientes

RESUMEN

UNA REFLEXIÓN SOBRE EL DESARROLLO DEL TRASPLANTE DE PELO, DESDE LOS INICIOS DE LOS SACABOCADOS DE 4 MM PARA LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE ZONAS ALOPÉICAS CICATRIZALES Y NO CICATRIZALES. EN ALOPECIA ANDROGENÉTICA, EL AVANCE TECNOLÓGICO HA TENIDO DOS CONSECUENCIAS NATURALES. LA GRAN MAYORÍA DE LOS ESPECIALISTAS OFRECEN A SUS PACIENTES FORMAS Y TECNOLOGÍAS CON RECONOCIDOS LIMITANTES ESTÉTICOS, DE SUPERVIVENCIA Y DE ERGONOMÍA. OTROS SE HAN MANTENIDO ALERTAS Y ACTIVOS EN ACOPLAR LAS VENTAJAS DE ESTA REVOLUCIÓN TECNOLÓGICA REPRESENTADA POR LA INTRODUCCIÓN DE LA MICROSCOPIA ESTEREOSCÓPICA Y PROTOCOLOS POCO INVASIVOS.

EL ADVENIMIENTO DE LA TECNOLOGÍA DE LAS UNIDADES FOLICULARES PLANTEA UN NUEVO HORIZONTE PARA EL TRASPLANTE AUTÓLOGO Y LA RESTAURACIÓN CAPILAR EN CUERO CABELLUDO, CEJAS, PESTAÑAS, VELLO CORPORAL Y PÚBICO. AHORA, CON RESULTADOS PREDECIBLES, ESTE PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO TRAE GRANDES SATISFACCIONES AL MÉDICO Y AL PACIENTE.

PALABRAS CLAVE: TRASPLANTE DE CABELLO, IMPLANTES DE PELO, MICROINJERTOS, MINIJERTOS, UNIDADES FOLICULARES, MICROSCOPIA ESTEREOSCÓPICA, REDUCCIONES DE ZONA ALOPÉICA, ALOPECIA ANDROGENÉTICA.

ABSTRACT

HAIR TRANSPLANTATION IS A FIELD IN WHICH TECHNOLOGICAL DEVELOPMENT HAS BROUGHT VERY IMPORTANT AND INTERESTING CHANGES. FROM THE EARLY 4 MM PUNCH GRAFTING TECHNIQUES TO THE LATEST FUHT (FOLLICULAR UNIT HAIR TRANSPLANTATION) TECHNOLOGIES, WE HAVE WITNESSED A VARIED ARRAY OF OPTIONS LIKE SCALP REDUCTIONS, JURI FLAPS, EXTENSIONS, EXPANSIONS, LASER HAIR TRANSPLANTATION, MINIGRAFTING AND MICROGRAFTING ARRIVING WITH GREAT COLORS AND BECOMING OBSOLETE.

SINCE THE EARLY STUDIES (LIMMER, RASSMAN, BERNSTEIN) ON THE USE OF THE STEREO MICROSCOPE FOR THE DISSECTION OF THE FOLLICULAR UNIT, TO THE STRIPLESS ("scar free") HAIR TRANSPLANTATION, HERE IN MEXICO WE HAVE NOTED THAT ONLY A VERY SMALL PERCENTAGE OF HAIR TRANSPLANTERS ARE CATCHING UP WITH THE NEW TECHNOLOGY.

THIS IS A WORLDWIDE PHENOMENON, THE MAJORITY OF PHYSICIANS AND SURGEONS OFFERING SURGICAL HAIR RESTORATION ALTERNATIVES ARE USING NOW TECHNIQUES PROVEN TO BE INFERIOR IN AESTHETIC RESULTS, YIELD, DONOR PRESERVATION AND GENERAL ERGONOMICS.

KEYWORDS: HAIR TRANSPLANTATION, HAIR IMPLANTS, MICROGRAFTS, MINIGRAFTS, FOLLICULAR UNITS, STEREOSCOPIC MICROSCOPES, SCALP REDUCTIONS, ANDROGENETIC ALOPECIA, STRIPLESS HAIR TRANSPLANTATION.

CORRESPONDENCIA:

Sierra de Tepoztlán 407, Bosques Prado Sur,
Aguascalientes, Ags, CP 20127
Tel. 01 (449) 914 3079
E-mail: poletti@internext.com.mx

Es muy interesante poder reconocer el avance tecnológico, a escala mundial, en el académicamente fértil campo de la restauración capilar. Según la American Academy of Cosmetic Surgery (AACS),¹ el procedimiento más comúnmente realizado en varones en Estados Unidos es el trasplante de cabello: más de 177 mil procedimientos solamente en el año 2000. Si trasplantáramos cabello como lo describió Orentreich en los años cincuenta, el cabello crecería con sus claros limitantes estéticos, pero desde esa temprana descripción quirúrgica se ha avanzado considerablemente. Este procedimiento adquiere renovada relevancia día a día, ya que su indicación trasciende la típica alopecia androgénica (AAG) y se extiende a otras alopecias, cicatrizales o no.

Si repasamos la bitácora del desarrollo histórico del procedimiento notamos que el camino ha sido largo para llegar desde los injertos de 4 mm, las reducciones de zona alopecica,² pasando por los colgajos de Juri,³ los expansores^{4,5} y extensores,⁶ los mini y microinjertos,⁷ ahora en desuso, el supuestamente descartado rayo láser,⁸ hasta las finas y funcionalmente perfectas unidades foliculares,⁹ obtenidas de una sola elipse¹⁰ mediante la disección por control microscópico y no sólo por lentes de aumento.^{11,12}

La diferencia entre preparar los injertos bajo microscopía estereoscópica y prepararlos a simple vista o bajo lupas de aumento es impresionante, y es absolutamente mejor realizar esta disección bajo microscopía. También se han solucionado las principales dificultades técnicas que impedían una mayor eficacia en el número de cabellos que logran sobrevivir al trasplante, los cuales antes se achacaban a factores desconocidos¹³ y ahora se saben consecuencia de factores humanos que son a la postre los más frecuentes.¹⁴

Es importante evaluar si es o no necesario estar actualizado en cuanto a tecnología, como la denominada *implantes por unidades foliculares mediante microscopía estereoscópica*, que es actualmente el estándar ideal en trasplante

CUADRO I

Comparación entre dos tecnologías distintas de trasplante de cabello²⁰⁻²¹

	Unidades foliculares	Micro/mini injertos
Uso exclusivo de unidades foliculares	sí	no
Tamaño del injerto	uniformemente pequeño	más grande
Número de cabellos por injerto	1-4	1-6 (o más)
Proporción pelo/piel	muy alta	de regular a pobre
Se trasplanta piel extra	no	sí
Tamaño de las incisiones	uniformemente pequeño	variable
Tipo de toma de zona donadora	una sola elipse	bisturí multihoja
Disección por microscopía obligatoria	sí	no
Preservación de la zona donadora	muy alta	muy pobre
Preservación de las unidades foliculares	muy alta	no
Transección folicular (decapitación accidental)	no	sí
Aumenta número de cabellos trasplantables	sí	no
Tiempo de recuperación, dolor, cicatrices	menor	mayor
Cambios en la uniformidad de la piel	no	sí
Densidad cercana a la normal	sí	no
Absolutamente indetectable	sí	no
Requerimientos tecnológicos y entrenamiento	moderados	muy bajos
Requerimientos de personal técnico calificado	altos	bajos
Duración de cada sesión	más larga	más corta
Duración del tratamiento (número de sesiones)	menor	mayor
Costo por procedimiento (uniformidad)	uniforme	muy variable
Calidad del resultado	muy alta	muy variable
Satisfacción del paciente	muy alta	muy variable

de cabello,¹¹ en casos de alopecia androgenética de presentación masculina o femenina, o bien trasplante de cejas y pestañas. Esta nueva tecnología viene a suplir a los microinjertos y mininjertos de cabello. Sus beneficios no sólo radican en el aumento de la naturalidad, densidad¹⁵ e indelectabilidad del resultado:¹⁶ otros son la preservación de la zona donadora¹⁷ y el completo respeto a la arquitectura anatomofuncional de las unidades foliculares.¹⁸

Luego de conocer y entender esta nueva tecnología resulta inapropiado promover o realizar trasplantes de cabello por tecnología obsoleta de microinjertos o mininjertos, disección sin control total por microscopía estereoscópica, el uso de bisturís de hojas múltiples así como del rayo láser para obtener sitios de implante. Hacemos énfasis en la necesidad de adquirir esta nueva tecnología debido a que el paciente es el único beneficiado en cuanto el resultado es más natural, se respeta la unidad folicular y se reduce su daño (Cuadro 1), se preserva al máximo la zona donadora de cabello (área occipital baja), se reduce el número de sesiones necesarias para lograr una densidad adecuada y se logra un crecimiento óptimo, con una eficacia del 113%.^{19, 20}

En México se han ignorado los pasados cinco años de desarrollo tecnológico en trasplante de cabello y el único perjudicado ha sido el paciente. Proponemos realizar una revisión y autocrítica acerca del continuismo de técnicas inadecuadas y ahora obsoletas como el microinjerto de cabello y otras aún más antiguas, sobre todo cuando el mercadeo de la mayoría de los centros de trasplante habla de las nuevas tecnologías pero no se realizan. Sugerimos la estandarización de la nomenclatura, la descripción exacta de las tecnologías empleadas y una revisión ética del mercadeo involucrado en la promoción personal e institucional y en la actualización referente al tratamiento quirúrgico de la alopecia androgenética masculina y femenina.²¹

¿Quiénes lo siguen realizando?

¿Cuáles son los canales éticos de difusión y promoción?

¿Por qué se persuade al paciente con técnicas y sesiones que no son comprobables?

¿Por qué se promueve el microinjerto como equivalente de unidades foliculares?

Es decir, ¿por qué se vende el término *unidades foliculares* y se siembran microinjertos? ➤

REFERENCIAS

1. American Academy of Cosmetic Surgery. *Year 2000 Report on Cosmetic Procedures*, from AACS WebSite. <http://www.cosmeticsurgery.org>
2. Bernstein RM. *Are scalp reductions still indicated?* Hair Transplant Forum Intl 1996; 6 (3): 12-13
3. Lemperle G, Kostka KH, Exner K. *Juri's crescent flap*. Handchir Mikrochir Plast Chir 1991; 23 (6): 283-292
4. McCafferty LR. *Expansion for correction of baldness*. Ann Plast Surg 1995; 34 (4): 379-384
5. Anderson RD. *Expansion-assisted treatment of male pattern baldness*. Clin Plast Surg 1987 Jul; 14 (3):477-490
6. Frechet P. *Scalp extension*. J Dermatol Surg Oncol 1993; 19 (7): 616-622
7. Bradshaw W. "Quarter-grafts: a technique for mini-grafts". In: *Hair transplantation*, 2nd ed. Marcel-Dekker. New York, 1988
8. Bernstein RM, Rassman WR. *Laser hair transplantation: Is it really state of the art?* Laser Surg and Medicine 1996; 19: 233-235
9. Bernstein R, Rassman W, Szaniawski W et al. *Follicular transplantation*. Intl J of Aesth and Restor Surg 1995; 3: 119-132
10. Limmer BL. *Elliptical donor stereoscopically assisted micrografting as an approach to further refinement in hair transplantation*. Dermatol Surg 1994; 20: 789-793
11. Seager D. *Binocular stereoscopic dissecting microscopes: should we use them?* Hair Transplant Forum Intl 1996; 6 (4): 2-5
12. Bernstein RM, Rassman WR. *Dissecting microscope vs. magnifying loupes with transillumination in the preparation of follicular grafts: a bilateral controlled study*. Dermatol Surg 1998; 24: 875-880
13. Greco J. *Is it the X-factor or H-factor?* Hair Transplant Forum Intl 1994; 4 (3): 10-11
14. Greco J. *The H-factor in micrografting procedures*. Hair Transplant Forum Intl 1996; 6 (4): 8-9
15. Limmer BL. *The density issue in hair transplantation*. Dermatol Surg 1997; 23: 747-750
16. Bernstein RM, Rassman WR. *The aesthetics of follicular transplantation*. Dermatol Surg 1997; 23 (9): 785-799
17. Bernstein RM, Rassman WR, Stough D. *In support of follicular unit transplantation*. Dermatol Surg 2000; 26 (2): 160-162
18. Whitworth JM, Stough DB, Boudjema P et al. *A comparison of graft implantation techniques for hair transplantation*. Semin Cutan Med Surg 1999; 18 (2): 177-183
19. Seager D. *Micrograft size and subsequent survival*. Dermatol Surg 1997; 23 (9): 757-761
20. Barrera, A. *Hair transplantation*. 2002. 1st ed. QMP, Missouri, USA.
21. Cooley JE, Norwood OT, Gandelman M. *Standardizing the classification and description of follicular unit transplantation and mini-micrografting techniques*. Am Soc Derm Surg 1998; 24 (9): 957-963