

Perda pilosa por líquen plano pilar após transplante capilar: relato de dois casos e revisão da literatura*

Hair loss due to lichen planopilaris after hair transplantation: a report of two cases and a literature review

Márcio Rocha Crisóstomo¹

Marília Gabriela Rocha Crisóstomo³

Mara Rocha Crisóstomo⁴

Manoela Campos Cavalcante Crisóstomo²

Victor José Timbó Gondim⁴

André Nunes Benevides⁵

Resumo: Alopecia androgenética é tratada com frequência por meio de microtransplante capilar, técnica em que os fios transplantados geralmente não caem, pois mantêm características da área doadora, mais resistente. O líquen plano pilar é uma alopecia cicatricial com permanente destruição pilosa. Este artigo relata dois casos de lesões compatíveis com líquen plano pilar em áreas receptora e doadora pós-transplante. A dominância da área doadora foi aparentemente sobrepujada pelo líquen plano pilar, que deve ter gerado a queda dos fios. Relatos semelhantes são raros. À suspeita de líquen plano pilar, deve-se biopsiar o couro cabeludo e evitar o transplante durante a atividade da doença.

Palavras-chave: Alopecia; Líquen plano; Transplante; Transplante autólogo

Abstract: Androgenetic alopecia is often treated by follicular unit transplantation, a technique that involves minimal risk of hair loss because of the more resistant nature of the donor area. Lichen planopilaris is a cicatricial alopecia that causes permanent destruction of hair follicles. We report two cases of post-transplantation lesions compatible with lichen planopilaris in both recipient and donor areas. The quality of the hair follicles in the donor area was apparently compromised by lichen planopilaris, the probable cause of hair loss. Similar reports are rare. When lichen planopilaris is suspected, a biopsy of the scalp must be performed to avoid transplantation during disease activity.

Keywords: Alopecia; Lichen planus; Transplantation; Transplantation, autologous

INTRODUÇÃO

Alopecia é uma condição dermatológica crônica na qual se perde parte ou todos os fios da cabeça, muitas vezes com envolvimento de outras partes do corpo. A fisiopatogenia não é totalmente compreendida, mas há um processo inflamatório que emerge de uma combinação de influências genéticas e ambientais. A causa mais comum de perda de fios é a alopecia androgenética (AAG), que afeta aproximadamente 50% dos homens aos 50 anos e 20 a 50% das mulheres na mesma idade.^{1,2}

Para a calvície consolidada, o tratamento cirúrgico com a realização do microtransplante capilar está indicado.^{3,4} A técnica consiste na retirada de uma faixa de couro cabeludo das regiões occipital e lateral da cabeça,

área geralmente não afetada pela AAG.³ Em seguida são preparadas unidades foliculares, que contêm de um a quatro folículos cada e que são implantadas na área calva.⁵ Os fios transplantados, após o nascimento, não caem mais, pois mantêm as características da área doadora, onde são resistentes aos efeitos da AAG.⁵

O termo alopecia cicatricial engloba um grupo de distúrbios cutâneos diversos caracterizados por destruição permanente do folículo piloso e fibrose residual.⁶ Inúmeras etiologias podem ser implicadas nessa condição, entre elas trauma, como queimaduras, distúrbios congênitos, inflamatórias e infecciosas.^{4,7} As formas de apresentação podem ser

Recebido em 16.11.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 08.05.2010.

* Trabalho realizado na Clin - Cirurgia Plástica, Dermatologia e Tratamento da Calvície - Fortaleza (CE), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest:* None

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding:* None

¹ Mestre em cirurgia pela Universidade Federal do Ceará (UFC); membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Restauração Capilar e da International Society of Hair Restoration Surgery – Fortaleza (CE), Brasil.

² Membro titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia, da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica e da Sociedade Brasileira de Laser – Fortaleza (CE), Brasil.

³ Médica residente de dermatologia do Centro de Dermatologia Dona Libânia; assistente da equipe do Centro de Implante Capilar (Clin) – Fortaleza (CE), Brasil.

⁴ Médico(a) graduado(a) pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

⁵ Membro da Liga de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva Dr. Germano Riquet; acadêmico de medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

classificadas em estáveis e instáveis.⁷ As formas instáveis são caracterizadas pela tendência à progressão e recorrência; nesse grupo estão incluídas as alopecias de causas inflamatórias, das quais o líquen plano pilar (LPP) representa 40% do total.⁸ A alopecia cicatricial pode acometer toda a região do couro cabeludo, inclusive a área doadora, de onde são retirados os fios para o transplante capilar.⁹

O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de perda de fios transplantados por provável LPP.

RELATO DOS CASOS

Paciente 1: paciente do sexo masculino, 50 anos, apresentou-se com queixa de perda dos fios na área receptora após transplante capilar realizado em outro serviço seis anos antes. Ao exame, o paciente apresentava rarefação e falhas difusas na parte superior da cabeça e vértex (Figura 1). Observaram-se falhas difusas e coalescentes nas regiões occipital e lateral da cabeça, sugestivas de alopecia cicatricial (Figura 2). Novo transplante capilar foi contraindicado neste caso pelo comprometimento extenso da área doadora, além de a expectativa do paciente ser incompatível com o resultado que poderia ser obtido. Não há seguimento deste caso.

Paciente 2: paciente do sexo masculino, 46 anos, realizou transplante capilar há dois anos em outro serviço, com queixa semelhante à do primeiro paciente de perda parcial dos fios transplantados. Ao exame, observaram-se áreas difusas de alopecia na região superior da cabeça e no vértex (Figura 3). Nas regiões posterior e lateral da cabeça, foram evidenciadas falhas difusas sugestivas de alopecia cicatricial e eritema perifolicular em algumas lesões, indicando atividade da doença (Figura 4).

Um fragmento de pele do couro cabeludo da

região póstero-lateral esquerda da cabeça do paciente 2 foi submetido a estudo histopatológico com descrição sugestiva de LPP (Figura 5). Nesse paciente foram realizadas infiltrações intralesionais de triancinolona com estabilização das lesões, caracterizada pelo desaparecimento do eritema periférico. Novo transplante não foi indicado até o momento, mas o paciente permanece em acompanhamento.

DISCUSSÃO

Inicialmente descrito por Pringle em 1985, o LPP é uma desordem cutânea pilosa por um processo inflamatório linfocítico, que eventualmente pode destruir o folículo piloso, com substituição folicular por tecido fibroso.^{9,10} O LPP é um processo frequentemente crônico e recorrente, de etiologia ainda incerta, mas de provável patogênese autoimune.¹⁰ Pode ser dividido em três variantes: a forma clássica de LPP, a alopecia fibrosante frontal e a síndrome de Graham-Little.^{6,9,10} Embora afetem preferencialmente faixas etárias e gêneros diferentes, todas as formas compartilham o processo inflamatório caracterizado por pápulas eritematosas.¹⁰ O LPP é mais comum em mulheres, representando 60 a 90% dos casos, iniciando-se frequentemente da quinta à sétima décadas de vida.⁹

Como nos casos relatados, as lesões frequentemente envolvem o vértex, embora qualquer região do escalpo possa ser acometida.⁹ As lesões precoces clássicas são caracterizadas por um eritema folicular violáceo e acúmulos de ceratinócitos acuminados, localizando-se preferencialmente na periferia da zona de alopecia,^{6,9,10} correspondendo às áreas de expansão. O processo inflamatório do LPP tende a resolver-se espontaneamente; após a perda capilar e a resolução, cicatrizes atróficas substituem as outras lesões, com perda definitiva dos orifícios



FIGURA 1: Paciente 1: Área receptora do transplante com rarefação e alopecia difusas



FIGURA 2: Paciente 1: Área doadora com falhas difusas e coalescentes sugestivas de alopecia cicatricial



FIGURA 3: Paciente 2: Área receptora do transplante com rarefação difusa

foliculares, correspondendo ao estágio final de qualquer alopecia cicatricial.⁹ A evolução do LPP é imprevisível e sem fim aparente. Contudo, não há estudos de longo prazo que forneçam respostas sobre o curso natural da doença.

O diagnóstico diferencial é feito com lúpus eritematoso discoide, pseudopelada de Brocq e alopecia *areata*.¹⁰ Essas entidades podem ser diferenciadas pelo estudo histopatológico obtido por biópsia, especialmente quando no estágio ativo e inicial. O histopatológico mostra inflamação com hipergranulose, hiperqueratose, hiperacantose e degeneração dos ceratinócitos basais e da camada basal em metade dos casos de LPP.^{8,9,10} Um infiltrado subepidérmico costuma ser presente, envolvendo os folículos entre o infundíbulo e o istmo e poupando a porção inferior (diferente da alopecia *areata*). Na camada basal,



FIGURA 4: Paciente 2: Área doadora com falhas difusas sugestivas de alopecia cicatricial

observam-se corpos colóides, que são ceratócitos degenerados que se coram em rosa à eosina. Todo esse padrão histopatológico foi observado de forma semelhante no paciente 2 (Figura 5).⁹ O lúpus eritematoso discoide pode ser diferenciado do LPP pelo padrão predominantemente central das lesões e pelo infiltrado linfocítico que envolve vasculatura superficial e profunda, assim como outras estruturas anexas.¹⁰ Se o LPP não estiver em expansão com inflamação

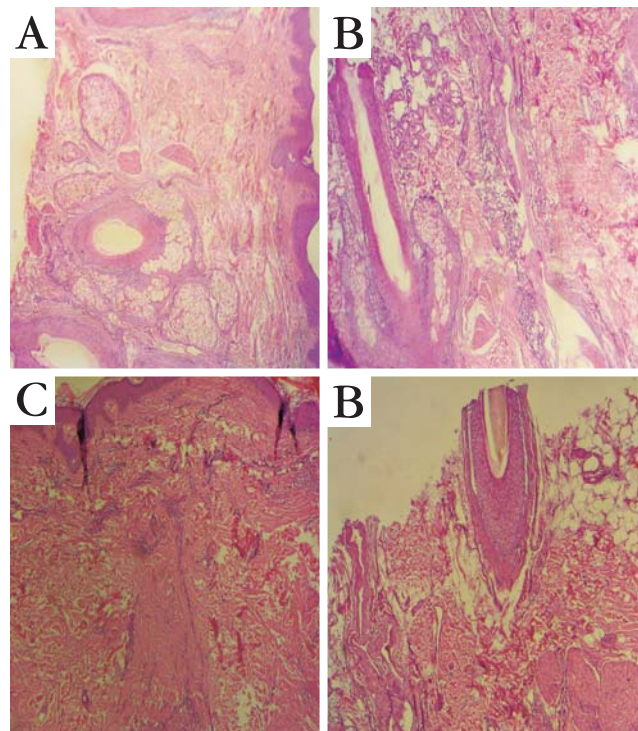


FIGURA 5: Paciente 2: Corte histológico de couro cabeludo (hematoxilina-eosina), mostrando hiperqueratose folicular, células vacuolizadas na camada basal, denso infiltrado de interface e em torno de folículos pilosos, além de perda de folículos. A e B: menor aumento (10x); C e D: maior aumento (40x)

perifolicular e hiperkeratose, é impossível distingui-lo da pseudopelada de Brocq, que alguns autores consideram um estágio final de LPP, e não uma entidade distinta.^{9,11}

O tratamento do LPP é essencialmente clínico, visando a reduzir a gravidade dos sintomas, como desconforto, prurido e perda de cabelos, e a prevenir que a inflamação se alastre.⁹ A terapia de primeira linha permanece sendo a infiltração intralesional de corticosteroides, como a triancinolona, que visa a reduzir o processo inflamatório e permite a parada da progressão da alopecia, como realizado no paciente 2, que evidenciou estabilização das lesões.^{6,9,12} Tratamentos sistêmicos vêm sendo utilizados em casos de refratariedade à terapia inicial.^{6,9,10} Após a resolução do processo inflamatório e a estabilização da alopecia, o tratamento cirúrgico, com redução do escalpo ou transplante capilar, pode ser considerado nesses pacientes.^{7,10} A literatura sobre o transplante capilar em pacientes com LPP é escassa mas, de forma empírica, alguns autores sugerem que se aguarde por pelo menos dois anos sem nenhuma atividade da doença para que o transplante capilar seja indicado e que o paciente deva ser avisado de que a integração dos enxertos pode estar diminuída, em torno de 60 a 90%.¹³ Deve-se ter em mente que o LPP é uma doença de natureza possivelmente sistêmica e autoimune, o que pode interferir com o resultado final do transplante capilar.

Relatos semelhantes de desenvolvimento de LPP após transplante capilar são escassos na literatura. Kossard *et al.* relatam caso em um homem de 75 anos que desenvolveu quadro de rarefação pilosa na região

frontal somente após 10 anos do último procedimento de transplante capilar, tendo ele sido submetido a múltiplos procedimentos anteriormente.¹⁴

Drogas, infecções, fatores genéticos e anormalidades imunológicas são aventados como possíveis fatores iniciadores do LPP.¹⁰ Nos pacientes relatados, a dominância da área doadora foi aparentemente sobrepujada pela doença, o que provavelmente levou à queda dos fios transplantados. Permanece a questão se o transplante capilar pode ou não ter auxiliado no desencadeamento do LPP.

A perda folicular após o transplante capilar pode ocorrer de forma imediata ou de forma gradual devido à própria AAG. Isso contrasta com o processo tardio e progressivo que ocorreu nos pacientes relatados.^{14,15} A ocorrência de LPP reforça a necessidade de uma avaliação clínico-laboratorial minuciosa do paciente, com especial atenção à área doadora. Entidades como as alopecias cicatriciais devem sempre ser cogitadas quando os pacientes apresentarem falhas nas áreas doadoras ou falhas que não compartilhem o padrão da AAG. O implante capilar é uma técnica definitiva e um insucesso desse procedimento pode trazer insatisfações diversas para o paciente. O exame da área doadora é fundamental no planejamento de um transplante capilar e, à suspeita de LPP, deve-se realizar biópsia de couro cabeludo e evitar o transplante capilar quando a doença estiver em atividade, pois os fios transplantados podem cair posteriormente, como nos dois casos relatados neste trabalho. □

REFERÊNCIAS

- Hunt N, McHale S. The psychological impact of alopecia. *BMJ*. 2005;331:951-953.
- Bolduc C, Shapiro J. Management of androgenetic alopecia. *Am J Clin Dermatol*. 2000;1:151-8.
- Sadick NS, White MP. Basic hair transplantation: 2007. *Dermatologic Therapy*. 2007;20:436-47.
- Radwanski HN, Almeida MWR, Aguiar LFS, Altenhofen MS, Pitanguy I. Algoritmo para as alopecias cicatriciais e suas opções de tratamento. *Rev. Bras. Cir. Plast*. 2009;24:170-5.
- Salanitri S, Gonçalves AJ, Helene A Jr, Lopes FH. Surgical complications in hair transplantation: a series of 533 procedures. *Aesthetic Surgery Journal*. 2009;29:72-6.
- Cevasco NC, Bergfeld WF, Remzi BK, Knott HR. A case-series of 29 patients with lichen planopilaris: The Cleveland Clinic Foundation experience on evaluation, diagnosis and treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57:47-53.
- Unger W, Unger R, Wesley C. The surgical treatment of cicatricial alopecia. *Dermatologic Therapy*. 2008;21:295-311.
- Mobini N, Tam S, Kamino H. Possible role of the bulge region in the pathogenesis of inflammatory scarring alopecia: lichen planopilaris as the prototype. *J Cutan Pathol*. 2005;32:675-679.
- Assouly P, Reygagne P. Lichen planopilaris: update on diagnosis and treatment. *Semin Cutan Med Surg*. 2009;28:3-10.
- Tandon YK, Somani N, Cevasco NC, Bergfeld WF. A histologic review of 27 patients with lichen planopilaris. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59:91-97.
- Amato L, Mei S, Massi D, Gallerani L, Fabbri P. Cicatricial alopecia; a dermatopathologic and immunopathologic study of 33 patients (pseudopelade of Brocq is not a specific clinico-pathologic entity). *Int J Dermatol*. 2002;41:8-15.
- Chieregato C, Zini A, Barba A, Manganini M, Rosina P. Lichen planopilaris: report of 30 cases and review of the literature. *Int J Dermatol*. 2003;42:342-5.
- Ginzburg A. Hair transplant in scarring alopecia. In: official abstract form of the 15th Annual Orlando Live Surgery Workshop (International Society of Hair Restoration Surgery), 2009. p.244.
- Kossard S, Shiell RC. Frontal fibrosing alopecia developing after hair transplantation for androgenetic alopecia. *Int J Dermatol*. 2005;44:321-323.
- Mulinari-Brenner F, Rosas FM, Sato MS, Werner B. Alopecia frontal fibrosante: relato de seis casos. *An Bras Dermatol*. 2007;85:439-44.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Márcio R. Crisóstomo
 Clin - Cirurgia Plástica, Dermatologia e
 Tratamento da Calvície
 Avenida Dom Luís, 1233, 21º andar, Meireles
 60160-230 – Fortaleza – CE
 Tel/fax: (85) 3242 0405 / (85) 3267 6804
 e-mail: marcio@implantecapilar.med.br

Como citar este artigo/How to cite this article: Crisóstomo MR, Crisóstomo MCC, Crisóstomo MGR, Gondim VJT, Crisóstomo MR, Benevides AN. Perda pilosa por líquen plano pilar após transplante capilar: relato de dois casos e revisão da literatura. *An Bras Dermatol*. 2011;86(2):359-62.