

**TRASPLANTE CAPILAR ‘EN ESPEJO’:  
INTERCAMBIO DE ZONAS DONANTE Y RECEPTORA  
EN LUPUS DISCOIDE.**

J. M. Mir-Bonafé, \*, J. Mir-Bonafé, M. Mir-Bonafé, MD

TricologiaMir, Unidad de Tricología y Trasplante Capilar, Palma de Mallorca, España.

\* Autor para correspondencia

José M. Mir-Bonafé, MD, PhD

E-mail: [jmirbonafe@gmail.com](mailto:jmirbonafe@gmail.com)

*Sr. Director,*

En el trasplante capilar, se han documentado como zonas donantes la occipito-temporal, barba y pelo corporal. Describimos una mujer con cicatrices secundarias a un lupus eritematoso discoide (LED) que le afectaba a la casi totalidad de la piel occipito-temporal (zona habitualmente donante) y que reconstruimos con unidades foliculares (UF) provenientes de las zonas parietales y frontales (zonas habitualmente receptoras).

Una mujer de 45 años tenía un LED en el cuero cabelludo confirmado histológicamente a los 20 años. Desde entonces, no había presentado signos clínicos ni analíticos de afectación sistémica. Las lesiones habían permanecido inactivas durante los últimos 11 años. Se observaban unas placas grandes de alopecia cicatricial que afectaban al vértex y a la totalidad de las zonas temporales y occipital, lo que le impedía cubrir el cuero cabelludo con el escaso cabello remanente (Fig. 1). Por ello, la paciente portaba una prótesis capilar. Se le propuso un trasplante capilar para reconstruir las placas de alopecia cicatricial inactivas. Sin embargo, la zona a reconstruir afectaba a la totalidad de la zona del cuero cabelludo habitualmente donante, y no se disponía ni de barba ni de pelo corporal. Por tanto, se planteó la posibilidad de extraer UF de las únicas zonas del cuerpo donde presentaba cabello: parietales y frontal. Para minimizar el riesgo de presentar una menor densidad en esas zonas tras la cirugía, se extrajeron 2000 UF (1000 de cada lado) en vez de 3000. Además, se decidió realizar la extracción solo de las mitades inferiores o caudales de las zonas, para poder ser disimuladas con el cabello que cae desde arriba con una densidad normal con un peinado con la raya en el medio (Figs. 2a y 2b). La reconstrucción de las placas alopécicas se realizó extrapolando esta hipótesis, pero al revés (en espejo): se operaron aquellas localizadas en los tercios superior y medio con unas densidades de 40 UF/cm<sup>2</sup>, para que este cabello acabara de tapar las pequeñas placas inferiores que no pudimos reconstruir por las limitaciones expuestas (Fig. 2c y 2d). El resultado al año demostró una cobertura total, lo que permitía a la paciente cubrir todas las zonas incluso con el pelo corto (Fig. 3a-c). En la zona donante, la paciente decidió de forma sorprendente llevar la raya en un lado, coincidiendo con la zona de extracción, ya que según refería no notaba una disminución de la densidad (Fig. 3d-f). Tras 4 años de seguimiento, la paciente no había presentado una pérdida de densidad en ninguna de las zonas.

El trasplante capilar es una técnica quirúrgica indicada para reconstruir diferentes formas de alopecia no reversibles con tratamiento farmacológico<sup>1</sup>. Su indicación en las alopecias cicatriciales primarias (ACP) sigue siendo actualmente controvertida, ya que la presentación de nuevos brotes inflamatorios podría destruir los folículos implantados<sup>2,3</sup>. La alopecia frontal fibrosante<sup>4,5</sup>, seguida por el liquen plano pilar<sup>5,6</sup>, son las ACP en las que hay una mayor experiencia. Debido al menor aporte vascular característico de las cicatrices, se recomienda<sup>7</sup> no superar unas densidades de 30-40 UF/cm<sup>2</sup>. En ACP, se requieren periodos de al menos 1-2 años de inactividad para su abordaje quirúrgico. En relación con el LED, solo existe un trabajo<sup>8</sup> de 1976 que menciona esta opción de tratamiento mediante macroinjertos obtenidos con sacabocados de 4 mm de diámetro. Hasta nuestro conocimiento, el presente caso es el primero en describirse la reconstrucción mediante trasplante capilar de una alopecia cicatricial por un LED desde la introducción de los microinjertos o UF individuales (punch de 0,8 mm).

En la literatura, se han documentado las siguientes zonas donantes: occipito-temporal de cuero cabelludo (donde hay más cabello del que se necesita estéticamente), barba y pelo corporal (donde la importancia del pelo es estéticamente secundaria o innecesaria)<sup>7,9,10</sup>. Sin embargo, al ser mujer nuestra paciente solo presentaba pelo en la habitual zona receptora de la mayoría de trasplantes: parieto-frontal. Debido al riesgo de depleción de la densidad en una zona tan crítica, consideramos que la extracción en esta zona solo es valorable ante la inexistencia de alopecia androgenética concomitante.

Cuando disponemos de una zona donante escasa, podemos ser más eficientes y llegar a un similar 'resultado óptico' que con un número mayor de UF colocando una mayor densidad en el área más visible, para que este cabello esconda las áreas de alopecia estéticamente secundarias. Cada área receptora (vértex, entradas, tercio anterior o medio, barba, cejas) presenta una estrategia particular. Sin embargo, para las zonas receptoras sin una experiencia científica como la occipital, sugerimos colocar una mayor densidad en las zonas superiores (más visibles) que las en inferiores (más escondidas y cubiertas por las primeras) para mejorar el resultado global. Como resultado, abordamos quirúrgicamente las zonas donante y receptora también de forma inversa o 'en espejo': i) extracción de zonas inferiores frontales y parietales para que el cabello que desciende con el peinado desde la zona superior pueda compensar una posible falta de cabello resultante, e ii) implantación priorizando las cicatrices grandes de las zonas superiores y medias, para provocar el mismo efecto óptico cubriendo hacia abajo.

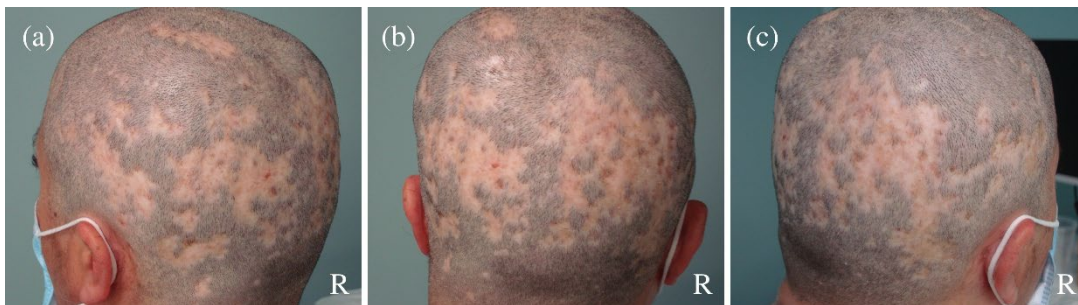
## BIBLOGRAFÍA

1. Ekelem C, Pham C, Atanaskova Mesinkovska N. A Systematic Review of the Outcome of Hair Transplantation in Primary Scarring Alopecia. *Skin Appendage Disord* 2019; 5(2): 65-71.
2. Dahdah MJ, Iorizzo M. The Role of Hair Restoration Surgery in Primary Cicatricial Alopecia. *Skin Appendage Disord* 2016; 2(1-2): 57-60.
3. Singh S, Muthuvel K. Role of Hair Transplantation in Scarring Alopecia-To Do or Not to Do. *Indian J Plast Surg* 2021; 54(4): 501-6.
4. Vañó-Galván S, Villodres E, Pigem R, Navarro-Belmonte MR, Asín-Llorca M, Meyer-González T, Rodrigues-Barata R, Moreno-Arrones ÓM, Saceda-Corralo D, Bouhanna P, Camps A. Hair transplant in frontal fibrosing alopecia: A multicenter review of 51 patients. *J Am Acad Dermatol* 2019; 81(3): 865-6.
5. Liu YS, Jee SH, Chan JL. Hair transplantation for the treatment of lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia: A report of two cases. *Australas J Dermatol* 2018; 59(2): e118-e122.
6. Saxena K, Saxena DK, Savant SS. Successful Hair Transplant Outcome in Cicatricial Lichen Planus of the Scalp by Combining Scalp and Beard Hair Along With Platelet Rich Plasma. *J Cutan Aesthet Surg* 2016; 9(1): 51-5.
7. Meyer-Gonzalez T, Bisanga C. Reconstrucción de alopecia cicatricial mediante trasplante de pelo corporal [Body-hair transplant for cicatricial alopecia]. *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103(2): 163-4.
8. Nordström RE. Hair transplantation. The use of hairbearing compound grafts for correction of alopecia due to chronic discoid lupus erythematosus, traumatic alopecia, and male pattern baldness. *Scand J Plast Reconstr Surg Suppl* 1976; 14: 1-37.
9. Gabel S. Utility of Follicular Unit Excision Using Nonscalp Donor Hair. *Facial Plast Surg* 2024; 40(2): 214-22.
10. Umar S. Use of body hair and beard hair in hair restoration. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2013; 21(3): 469-77.

### Figura 1.

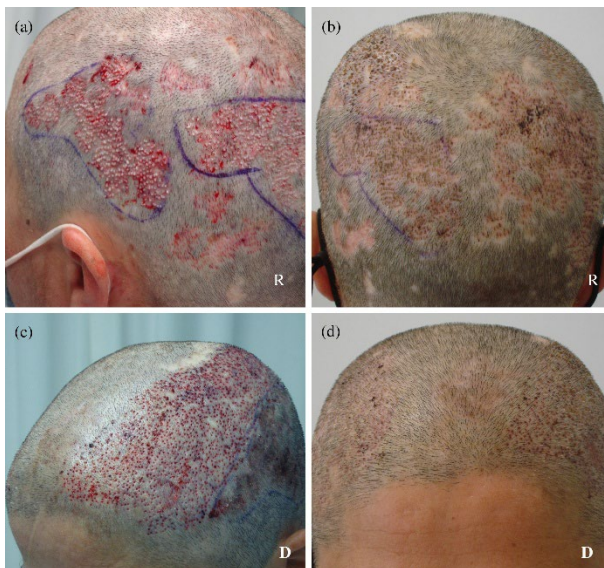
(a-c) Grandes placas de alopecia cicatricial sin signos inflamatorios, que afectaban al vértex y la totalidad de las zonas temporales y occipital, lo que le impedía tapar el cuero cabelludo con el escaso cabello remanente.

R: zona receptora.



### Figura 2.

a,b) Extracción de zonas inferiores frontales y parietales para que el cabello que descendía con el peinado desde la zona superior pudiese compensar una posible falta de cabello resultante.



c,d) Debido a la escasez de zona donante, se priorizó la implantación de las grandes cicatrices de las zonas superiores y medias, para que el cabello cubriera las pequeñas cicatrices inferiores remanentes.

R: zona receptora. D: zona donante.

**Figura 3.**

**a-c)** El resultado al año demostró una cobertura total, lo que permitía a la paciente cubrir todas las zonas incluso con el pelo corto.

**d-f)** En zona donante, la paciente decidió de forma sorprendente llevar la raya en un lado, ya que según refería no notaba disminución de la densidad.

R: zona receptora. D: zona donante.

