



FOLÍCULO

EDIÇÃO 34

AGOSTO 2025

REVISTA OFICIAL DA



Associação Brasileira
de Cirurgia da
Restauração Capilar

TRICOLOGIA DISCUTE AFF

Dra. Marcela de Lima Vidal
traz abordagem terapêutica
frente à condição

MINOXIDIL ORAL

Quais as complicações?
Dra. Leila David Bloch
analisa

TC E FRONTOPLASTIA

Dr. Rafael Reinert apresenta
caso em paciente feminina

Índice



04

EDITORIAL

A ABCRC apresenta mais um exemplar do O FOLÍCULO, para ser lido e apreciado como uma rica coleção de artigos dentro da restauração capilar e tricologia.

11

ARTIGOS ATUAIS

Dra. Larissa Belarmino discorre sobre inibidores do MPC e regeneração capilar, com introdução da Dra. Flávia Rodrigues Dias.



06

COBERTURA DE EVENTOS

Dra. Marta Zollinger traz detalhes do 8th World FUE Institute Meeting, realizado em SP.



13

ARTIGOS CLÁSSICOS

A correção de estigmas pós-lifting, de autoria de Henrique Radwanski, é o artigo da coluna desta edição.



23

JURÍDICO

Dr. Gustavo Graça Mercadante olha para a defesa do profissional em ações indenizatórias movidas por pacientes.



24

TRICOLOGIA

Abordagem terapêutica na Alopecia Frontal Fibrosante (AFF)



26

COMPLICAÇÕES

Uso do minoxidil oral no tratamento da calvície: evolução, evidências e considerações sobre segurança



30

FÓRUM RICARDO LEMOS

Em 20 de maio de 2025, aconteceu a primeira edição da Sala Ricardo Lemos do ano, um encontro bimestral já consolidado da ABCRC.



31

ARTIGO

Dr. Rafael Reinert apresenta caso de transplante capilar e frontoplastia em mulher acometida por alopecia fibrosante.



34

MARKETING

Dr. Márcio André Volkweis dá sequência ao artigo anterior, e discorre nesta edição sobre um dos Ps do marketing: a promoção/propaganda.



38

CRÔNICA

Por que escrever sobre “calvície” sempre dá ibope? Dr. Carlos Eduardo Leão aborda o tema, e faz um alerta no fim do texto.

Editorial



Dra. Marta Zollinger
CRM 9999
RQE 2876



Dr. Henrique Radwanski
CRM 496249 - RJ
RQE 6539

A ABCRC apresenta mais um exemplar de **o FOLÍCULO**, para ser lido e apreciado como uma rica coleção de artigos dentro da restauração capilar e tricologia. Uma variedade de assuntos é apresentada, demonstrando o amplo espectro que nossa especialidade abraça.

Rafael Reinert relata sua experiência no transplante capilar associado à frontoplastia numa paciente com alopecia fibrosante, com excelente resultado. A jovem Larissa Belarmino, aluna do nosso 2º Curso de Formação, discute os inibidores do transportador de piruvato mitocondrial (MPC) e a possível regeneração capilar, artigo comentado pela Flávia Rodrigues Dias, coordenadora da Coluna Artigos Atuais.

Na seção Tricologia, Marcela de Lima Vidal aborda a terapêutica na Alopecia Frontal Fibrosante (AFF). Na Coluna Complicações, coordenada pelo Sólon Eduardo Souza, Leila Bloch escreve sobre todas as eventuais

complicações do uso do Minoxidil oral, tão prescrito nos dias atuais.

A correção de estigmas pós-lifting, de autoria de Henrique Radwanski, é o artigo da Coluna Artigos Clássicos. Márcio Volkweis discute aspectos interessantes sobre marketing e propaganda, enfatizando a diferença entre esses dois conceitos, e Gustavo Mercadante explica como o cirurgião pode se defender em ações indenizatórias movidas por seus pacientes. Eventos recentes são resumidos pela coeditora de **o FOLÍCULO**, Marta Zollinger. Por fim, Carlos Eduardo Leão nos diverte com o lema: “Carecas do mundo, uni-vos!”.

Desejamos profícua leitura, e convidamos os associados a contribuírem com suas ideias e experiências!

Henrique Radwanski,
Maria Marta Zollinger
Editores O FOLÍCULO

Expediente:

A Associação Brasileira de Cirurgia da Restauração Capilar (ABCRC) é uma associação sem fins lucrativos, composta por médicos Dermatologistas e/ou Cirurgiões Plásticos que realizam cirurgia de Restauração Capilar.

Diretoria/Conselho 2025-2026

Presidente Nacional
Dra. Anna Cecília Andriolo

Vice-Presidente
Dra. Maria Marta Mattos Zollinger

Primeira Secretária
Dra. Maria Angélica Muricy Sanseverino

Tesoureiro Geral
Dr. Márcio André Volkweis

Tesoureiro Adjunto
Dr. Antônio José Ruston

Ex-presidentes

Dr. Henrique Radwanski
2023/2024

Dr. Francisco Le Voci
2021/2022

Dr. Carlos Eduardo Guimarães Leão
2019/2020

Dr. Mauro de Medeiros Speranzini
2017/2018

Dr. José Candido Muricy
2015/2016

Dr. Ricardo Gomes de Lemos
2013/2014

Dr. Fernando Teixeira Basto Junior
2011/2012

Dr. Marcelo Pitchon
2009/2010

Dr. Isaias Marcelo Gandelman
2003/2004 - 2005/2006 - 2007/2008

O Folículo

Publicação quadrimestral da ABCRC, lançada em 2014. "O Folículo" tem como missão promover a disseminação de conhecimento científico de alta qualidade, incentivando o debate e a inovação em transplante capilar.

Editores Gerais
Dra. Marta Zollinger
Dr. Henrique Radwanski

Redação e edição/Jornalista responsável
Lilian Mallagoli - MTb 30.443

Direção de arte e diagramação:
Activa Design



Associação Brasileira
de Cirurgia da
Restauração Capilar

Associação Brasileira de Cirurgia
da Restauração Capilar (ABCRC)
Av. Pres. Getúlio Vargas, 4089 -
Água Verde
CEP: 80240-041 - Curitiba - PR
secretaria@abcrc.com.br
(11) 99920-9080

ABCRC no 8th World FUE Institute Meeting, em SP



Dra. Marta Zollinger,
vice-presidente da ABCRC
CRM 9999 RQE 2876

Mais uma vez, o Brasil se destaca como palco de grandes eventos científicos na área do Transplante Capilar. Desta vez, foi em São Paulo, no Hotel Tivoli Mofarrej, de 23 a 26 de abril, que aconteceu o 8th World FUE Institute Meeting.

Foram três dias com cirurgias ao vivo e apresentações de temas importantes, em que foram abordados pontos relevantes que suscitam dúvidas e controvérsias.

As discussões foram extremamente proveitosas, trazendo contribuições importantes ao aprendizado dos participantes. Tivemos a oportunidade de conhecer a abordagem e opinião dos grandes ícones em diversos assuntos dentro do Transplante Capilar e da Tricologia.

PALESTRANTES BRASILEIROS E INTERNACIONAIS FORAM AS ESTRELAS

No primeiro dia, tivemos duas salas com atividades simultâneas.

Em uma sala, foi apresentado o curso básico sob a coordenação das Dras. Maira Merlotto e Emanuele Morello, e a outra foi voltada

para a Tricologia com foco na Tricoscopia e tratamentos clínicos, sob a batuta da Dra. Anna Cecília Andriollo.

Foram abordados neste dia os conceitos gerais e mais específicos voltados para os iniciantes do Transplante Capilar.

ABERTURA DO CONGRESSO E PRIMEIRAS DISCUSSÕES

A abertura foi realizada pelo Presidente do Congresso, Dr. Emorance Lupanzula, e pelos Drs. Antônio Ruston e Ron Shapiro, diretores científicos.

Os inscritos receberam uma programação variada com sessões gerais de temas, como cuidados e cálculos da área doadora, tratamentos minimamente invasivos, planejamento cirúrgico com resultados em longo prazo, entre muitos outros.

Houve discussões de alguns temas polêmicos; entre eles, o uso de Minoxidil via oral e inibidores da 5 α -redutase, eficácia, efeitos colaterais, indicações e complicações, que geraram muito interesse na plateia. Tivemos apresentações com explicações de diversas tecnologias para ex-



tração das unidades foliculares - como funciona e suas vantagens.

Houve, ainda, apresentação de discussões a respeito das gigasessões: os limites e o que é realmente possível fazer. Destaque para as sessões de vídeos com demonstrações cirúrgicas de excelência.

Após cada etapa, era distribuído um quiz, um dos pontos altos, com debate sobre o painel apresentado, trazendo a interação e participação da plateia.



CASO EMBLEMÁTICO E ALMOÇO COM EXPERTS

Começamos o segundo dia com as etapas cirúrgicas sendo demonstradas em modelos por cirurgiões muito experientes.

Como destaques, houve ainda:

- Discussão do plano cirúrgico em todos os detalhes e como executar os desenhos e linhas nos principais procedimentos;
- Grande enfoque para abordagem de como corrigir resultados inestéticos (cirurgias reparadoras), quando fomos brindados com a presença do paciente VIP do Dr. Ruston: o caso emblemático do ator Paulo Vilhena;
- Durante o almoço, foi possível sentar-se ao lado de experts para um bate-papo informal e tirar dúvidas com o palestrante de sua escolha;
- Não podemos esquecer da cirurgia do momento: FUE Long Hair, com uma sessão exclusiva, em que foram abordados non shaven, long hair e long hair afro.



CIRURGIAS AO VIVO

O último dia de evento foi dedicado às cirurgias ao vivo, com quatro demonstrações realizadas na Clínica Ruston:

- **Caso 1** - FUE raspado e long hair no mesmo paciente. Extração e implantação realizadas por dois diferentes cirurgiões em cada etapa, com tecnologias diversas, em que foram feitas comparações de alguns critérios importantes para o resultado.
- **Caso 2** - cirurgia reparadora. Paciente com área doadora exaurida. Foi mostrado como homogeneizar a mesma e corrigir a hairline com a demonstração de diferentes tecnologias no mesmo paciente.
- **Caso 3** - Transplante de sobrancelhas executado por dois cirurgiões.
- **Caso 4** - SMP.

DE CAPOEIRA A ELVIS PRESLEY

Todos participaram ativamente das programações sociais! Na abertura, foi apresentado um show com sambistas e capoeira para a descontração de todos.

Na sexta-feira, uma experiência gastronômica imperdível, principalmente para os estrangeiros: churrasco no restaurante Fogo de Chão. No sábado, houve uma linda festa de encerramento com jantar de gala, premiação dos professores e muita música, com show de Elvis Presley cover, representado pelo Dr Ruston. Este foi um breve resumo deste célebre Congresso, um evento anual de ponta no calendário da Restauração Capilar!







Inibidores do MPC e Regeneração Capilar: um novo caminho terapêutico para a alopecia androgenética?



Com introdução da
Dra. Flávia Rodrigues Dias
Dermatologista especializada
em Transplante Capilar; Membro
Titular da SBD, ABCRC e ISHRS;
atualmente em fellowship em
tricologia na Austrália
CRM SP 166070 - RQE 77795



Dra. Larissa Belarmino
Dermatologista; Membro Titular
da SBD e ABCRC
CRM RJ: 5201058630
RQE:42735

INTRODUÇÃO

Alopecia androgenética segue como um desafio terapêutico, sobretudo em casos refratários. Avanços recentes destacam o papel do metabolismo celular na regulação do ciclo capilar, com os inibidores do transportador de piruvato mitocondrial (MPC) surgindo como abordagem promissora por estimular células-tronco foliculares. Embora estudos pré-clínicos apontem potencial para regeneração capilar, este artigo da Dra. Larissa ressalta que ainda são necessários estudos clínicos mais robustos para confirmar sua eficácia e segurança em humanos.

Os inibidores do transportador de piruvato mitocondrial (MPC) surgiram como uma estratégia terapêutica promissora para diversas condições, incluindo distúrbios relacionados ao cabelo. O MPC é um complexo proteico que atravessa a membrana mitocondrial interna e transporta o piruvato do citoplasma para o interior da mitocôndria, onde será oxidado para geração de energia. A inibição deste transportador provoca uma mudança significativa no metabolismo celular, redirecionando o piruvato para a conversão em lactato no citoplasma, mediada pela atividade aumentada da lactato desidrogenase (LDH). Esse desvio

metabólico ativa as células-tronco foliculares, promovendo sua proliferação e estimulando o início de uma nova fase de crescimento capilar¹⁻³.

Em modelos murinos de alopecia induzida por envelhecimento, estresse ou quimioterapia, Flores *et al.* demonstraram que a inibição farmacológica do MPC acelera significativamente o ciclo capilar. O bloqueio da entrada de piruvato na mitocôndria promove um estímulo metabólico que reverte rapidamente os folículos da fase telógena para a fase anágena, resultando em folículos histologicamente normais em 30 a 40 dias, sem toxicidade aparente².



Liu *et al.* investigaram derivados do inibidor clássico do MPC, o UK5099, e observaram que os compostos desenvolvidos aumentaram significativamente a atividade da LDH e estimularam a proliferação das células-tronco do folículo piloso. Diversas moléculas apresentaram potencial terapêutico, reforçando a hipótese de que a ativação metabólica das células-tronco representa uma abordagem eficaz para o tratamento das alopecias³.

A molécula PP405 foi recentemente citada em estudo clínico como substância promissora para regeneração capilar. Embora os comunicados oficiais da Pelage Pharmaceuticals não identifiquem explicitamente sua ação como inibidora do MPC, destacam seu potencial para reativar células-tronco foliculares via mecanismos metabólicos. O estudo clínico fase 2a conduzido pela Pelage Pharmaceuticals, empresa de Medicina Regenerativa, está em andamento em múltiplos centros nos Estados Unidos e investiga o uso tópico de PP405 em 60 pacientes com alopecia androgenética⁴. A empresa relata que os resultados pré-clínicos demonstraram ativação das células-tronco e bom perfil de segurança, embora os resultados de eficácia

clínica ainda não tenham sido oficialmente divulgados⁴.

Esses achados iniciais colocam os inibidores do MPC como uma abordagem inovadora no tratamento da alopecia androgenética, sobretudo por sua ação direta nas células-tronco foliculares. Tais agentes inauguram uma futura possível classe terapêutica com benefícios potenciais para pacientes com perda capilar extensa ou refratária.

Importante destacar que estudo mais recente conduzido por Pye *et al.* demonstrou que a inibição do MPC com a molécula UK5099 induz estresse metabólico e ativa a resposta integrada ao estresse (em inglês, Integrated Stress Response ISR) em folículos pilosos humanos, levando à interrupção do ciclo celular. Esses achados contrastam com os obtidos em modelos murinos, onde a inibição do MPC resultou na ativação das células-tronco. A ativação prolongada da ISR foi associada à supressão do crescimento capilar, sugerindo que a modulação do MPC exige cautela e controle rigoroso de dose e tempo de exposição⁵.

Embora os inibidores de MPC representem uma futura via pro-

missora no tratamento das alopecias, mais estudos são necessários para elucidar seus mecanismos, delimitar sua segurança e compará-los com outras abordagens terapêuticas já estabelecidas.

Atualmente, ainda não há medicamentos aprovados à base de inibidores do MPC, e compostos como o UK5099 seguem restritos a pesquisa pré-clínica. O avanço mais concreto é o ensaio clínico da molécula PP405, ainda em fase inicial. Esses dados reforçam que, embora inovadora, essa estratégia terapêutica exige validação rigorosa antes de sua eventual incorporação na prática clínica.

Referências

1. Maram L, Michael JM, Politte H, Srirama V, Hadji A, Habibi M, et al. Advancing mitochondrial therapeutics: Synthesis and pharmacological evaluation of pyrazole-based inhibitors targeting the mitochondrial pyruvate carrier. *Eur J Med Chem.* 2024 Dec 11;283:117150.
2. Flores A, Choi S, Hsu YC, Lowry WE. Inhibition of pyruvate oxidation as a versatile stimulator of the hair cycle in models of alopecia. *Exp Dermatol.* 2021;30(4):448–56.
3. Liu X, Flores A, Situ L, Gu W, Ding H, Christofk HR, et al. Development of novel mitochondrial pyruvate carrier inhibitors to treat hair loss. *J Med Chem.* 2021;64(4):2046–63.
4. Pelage Pharmaceuticals. Pelage Pharmaceuticals advances clinical program with first patients dosed in Phase 2 study for hair loss and GV-led \$14M Series A-1. *PR Newswire.* 2024 Aug 13. Available from: <https://www.prnewswire.com/news-releases/pelage-pharmaceuticals-advances-clinical-program>
5. Pye D, Scholey R, Ung S, Dawson M, Shahmalak A, Purba TS. Activation of the integrated stress response in human hair follicles. *PLoS One.* 2024;19(6):e0303742.

Transplante capilar para correção de estigmas da *ritidoplastia*



Dr. Henrique Radwanski
Ex-presidente da ABCRC
CRM 496249 - RJ
RQE 6539



Como jovem instrutor na Clínica Ivo Pitanguy, a partir do ano de 1996, comecei a me interessar pela cirurgia da restauração capilar por dois motivos: existia essa lacuna no serviço do Prof. Pitanguy, e notei uma grande diversidade de situações que poderiam ser corrigidas por esse procedimento. Homens com calvície formavam, sem dúvida, a maioria, mas havia muitos casos de cirurgia reparadora do couro cabeludo. Dentre esses, sobressaía uma condição muito interessante: mulheres que apresentavam estigmas de face-lifting. Como a CIP era um centro referência para cirurgia do rejuvenescimento fa-

cial, era frequente o atendimento de pacientes com duas, três ou até mais intervenções faciais. Quais os sinais que poderiam ser corrigidos pelo transplante folicular? Excessiva elevação da linha temporal (ie. a costeleta), cicatrizes pré-pilosas alargadas ou mal posicionadas, o degrau na incisão cervical. Esses estigmas evidenciavam que uma ritidoplastia havia sido realizada, e muitas dessas pacientes se queixavam destas deformidades adquiridas em cirurgia.

Com o estímulo constante do Prof. Pitanguy, comecei a indicar e realizar o transplante capilar nestas pacientes a partir do início dos anos 2000. Com uma sequên-



cia de casos clínicos, adotei uma metodologia, que foi logo incorporada à rotina da CIP. Os demais assistentes me encaminhavam essas pacientes, o que resultou numa casuística única em comparação a outros centros de cirurgia plástica. Em decorrência, pude apresentar essa técnica cirúrgica em vários eventos da cirurgia plástica no Brasil e no exterior. Os colegas experientes em restauração capilar comentavam que minha demonstração os instigava a ampliar a indicação do procedimento para casos semelhantes.

Carlos Uebel, ex-aluno do mesmo serviço, foi fundamental na mentoria da minha aprendizagem. Um artigo de sua autoria me ser-

viu de guia³, e seu Curso de Transplante de Cabelo (Porto Alegre, 1995) serviu como minha introdução ao universo da restauração capilar. Em 2007, com coautoria de Ivo Pitanguy, publicamos na revista *Aesthetic Plastic Surgery* o artigo “Follicular Transplantation for the Correction of Various Stigmas After Rhytidoplasty”, resumindo a experiência da CIP ao longo de vários anos⁴.

Com a evolução da técnica cirúrgica, atualmente utilizo somente a extração de unidades foliculares (FUE), não sendo mais necessário o procedimento FUT, em que havia a retirada do fuso de pele. Espero que o artigo sirva para ampliar a visão do cirurgião

plástico que, diante de um resultado desfavorável de um facelift, pense na possibilidade de restaurar uma linha capilar natural.

Devo ressaltar que a primeira publicação versando sobre o tema é de autoria do colega do Texas, Alfonso Barrera¹⁻².

Referências

1. Barrera, A. The use of micrografts and minigrafts for the correction of the post-rhytidectomy lost sideburn. *Plast Reconstr Surg* 102: 2237-2240, 1998.
2. Barrera, A. Correcting the retroauricular hairline deformity after facelift. *Aesthet Surg J* 24: 176-178, 2004.
3. Uebel, CO. Micrograft: A new approach for pattern baldness surgery. *Transactions of the 10th International Congress of ISAPS*, 1989.
4. Henrique N. Radwanski, Daniel Nunes, Flávio Nazima, Ivo Pitanguy. Follicular Transplantation for the Correction of Various Stigmas After Rhytidoplasty. *Aesthet Plast Surg* 31: 62-68, 2007.

Cosmetic Ideas and Innovations

The Use of Micrografts and Minigrafts for the Correction of the Postrhytidectomy Lost Sideburn

Alfonso Barrera, M.D.

Houston, Texas

Surgeons who perform rhytidectomy (face lift procedures) know that there are times when the upward displacement of the sideburn is greater than desired. The sideburn and temporal hairline are aesthetically essential features of the face. When there is a mild loss, it may go unnoticed; however, in some cases, it can be more severe, especially in secondary or tertiary procedures, resulting in a tell-tale deformity unique to rhytidectomy. These patients have great difficulty in styling their hair, and they lose the freedom to style their hair upwards or back. To correct this deformity, the hair must be restored. Punch grafts, various scalp flaps, free scalp flaps, and scalp tissue expansion have been described as ways of doing so.¹⁻⁷

In an effort to obtain a result that is as natural as possible with a minimum of scarring and down time, I use micrografts (grafts with one or two hairs) and minigrafts (grafts with three to four hairs). The technique is basically the same as the one previously described for the treatment of male-pattern baldness⁸⁻¹¹; the main difference is the direction and angulation of the graft insertion, which provides a more natural sideburn and temporal hairline.

TECHNIQUE

In our office surgical suite, with the patient in the supine position, intravenous sedation is administered with midazolam and fentanyl. Nerve blocks to the occipital and auriculotem-

poral nerves are performed with 0.5 percent bupivacaine and epinephrine 1:200,000 (about 30 cc). Then, tumescent infiltration with 0.25% lidocaine 1:200,000 is done in both the donor and the recipient sites as needed (about 60 cc).

A horizontal ellipse is harvested from the occipital area. It usually measures 4 to 5 × 1 to 1.5 cm, depending on the number of grafts we expect to be required. The donor site is closed primarily with a single layer of simple running 3-0 Prolene sutures. The grafts are then prepared with Personna preparation blades (American Safety Razor Company, Verona, Va.) and no. 22 blades. The proposed new anterior temporal hairline and sideburn are marked in ink, and we then insert the micrografts and minigrafts as close as possible, about 1.5 mm, to each other.

Slits are created in the areas of hair loss with a Feather no. 11 Personna blade or a 65 Beaver miniblade. The blade must be inserted at a very acute downward angle in the same direction as a natural sideburn and the anterior temporal hair to obtain hair that will grow in that direction. There is no need for sutures in the recipient site. As the fibrinogen turns into fibrin, the grafts become secure enough.

For the first 48 hours, a dressing is applied consisting of adaptic, kerlix and a 3-inch elastic bandage. After that, the patient is allowed to shampoo gently. We prescribe 500 mg of cephalexin to be taken orally, four times a day,

From the West Houston Plastic Surgery Clinic, P.A. Received for publication April 27, 1998.

Abstract presented at the Annual Meeting of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons, Boston, Massachusetts, October 1998.

2237

Follicular Transplantation for the Correction of Various Stigmas After Rhytidoplasty

Henrique N. Radwanski, M.D.,^{1,2,3} Daniel Nunes, M.D.,^{1,2,3} Flávio Nazima, M.D.,^{1,2,3}
and Ivo Pitanguy, M.D.^{1,2,3}

¹Department of Plastic Surgery, Pontifical Catholic University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

²Department of Plastic Surgery, Carlos Chagas Institute of Postgraduate Medical Studies, Rua Dona Mariana 65, Rio de Janeiro, 22280-020, Brazil

³Ivo Pitanguy Institute, Rio de Janeiro, Brazil

Abstract.

Background: Rhytidoplasty may cause permanent and unwanted stigmas, such as dislocation of the temporal and cervical hairline. Widened scars inside the hairline may cause considerable social embarrassment. Furthermore, pretrichial incisions, even if well placed, may widen or become hypochromic, thus revealing that an aesthetic procedure has been performed. Various procedures for the correction of these undesirable telltale signs of a face-lift have been published. This report aims to present the results of correction for postrhytidoplasty stigmas using follicular transplantation. Patient assessment is discussed, and relevant technical aspects are detailed and illustrated.

Methods: A prospective study at the Ivo Pitanguy Clinic investigated patients who underwent hair transplantation to correct unaesthetic signs secondary to rhytidoplasty from January 2001 to December 2004. The aesthetic results and complications were evaluated, as well as the patients' satisfaction rate. The patients presented in this series either were referred from another service or had their rhytidoplasty originally performed in the authors' service.

Results: A total of 33 female patients were included in this study. Two patients were lost to follow-up evaluation and not included. The complications were minor. In the late follow-up assessment, 24 patients classified the result as excellent, 4 as satisfactory, and 3 as unsatisfactory. Only the patients who classified the results as unsatisfactory requested a second procedure (i.e., another follicular transplantation).

Conclusions: When performed by an experienced surgical team, the follicular unit transplantation technique is a simple, safe, and efficient way to correct stigmas secondary to a rhytidoplasty, such as a visible scar or a displaced hairline, with satisfactory results and a very low complication rate.

Key words: Follicular transplantation—Rhytidoplasty—Postrhytidoplasty stigmas

Face-lifting, or rhytidoplasty, is one of the most frequently performed aesthetic surgical procedures. Myriad different approaches have been described that allow for the correction of superficial and deep facial structures, addressing separate regions and the face as a whole [12,13]. Currently, the plastic surgeon must understand that patients are well informed as to the basics of the operation, have a high aesthetic demand, and are thus frequently anxious regarding the final result. It is therefore imperative that visible signs of the operation, such as scars and the alteration of anatomic landmarks, be nonexistent or at least discrete so as to cause no social embarrassment [4,6,7,9].

The superior dislocation of the temporal hairline is one of the most obvious changes after a rhytidoplasty. The increase in the distance between the lateral eyebrow and the sideburn may lead to a displeasing pulled-up aspect, denoted as the “face-lift appearance” (and as “the lizard face” by some) [9]. This stigma is increasingly frequent after a second or even a third facial procedure [13]. Likewise, the traction of the cervical flap may cause dislocation of the hairline, creating a steplike defect over the mastoid that

Correspondence to H. N. Radwanski M.D., Rua Dona Mariana, 143 Suite F 22, Rio de Janeiro, Brazil 22280-020, email: dr.henrique@pilos.com.br, www.pilos.com.br

becomes noticeable if the patient has short hair or prefers to use a bunny tail. Finally, scars, either inside the hairline or along the border of the facial flap, can become visible. Even with the best of efforts, pretrichial (or prepilose) incisions may become hypochromic or widened, and thus may create an abrupt barrier to the hairline [4].

Various procedures have been forwarded for the correction of these stigmas. Local flaps, with or without previous tissue expansion, are the most frequently mentioned [5]. The attempt to reposition the hairline with flaps is useful if local tissues have adequate elasticity. However, it is inherent to flap advancement or rotation that a marginal scar be placed, which causes visibility of the flap. The follicular density and direction of hair growth of the flap also cause poor simulation, especially in the delicate region of the sideburn [16]. Finally, flaps may suffer from poor vascularity, causing a survival risk for a large number of hair follicles.

Hair grafting, using the follicular unit transplantation technique, is a relatively simple procedure that allows for the camouflaging of incisions and correction of the dislocated hairline, with no additional scars and very low morbidity [2,3,10,11]. A previous publication by the authors covered specifically the correction of the temporal hairline, showing satisfactory final results [15]. It was shown that the direction of hair growth is controlled, and that in experienced hands, a single session may be sufficient for restoration of the affected areas.

This report aims to expand the indications for this procedure, presenting the results for the correction of different stigmas from a rhytidoplasty using follicular transplantation. Patient assessment is discussed, and technical aspects are detailed and illustrated.

Methods

This prospective study investigated patients who underwent follicular transplantation to correct various types of unaesthetic signs secondary to rhytidoplasty in the period January 2001 to December 2004. All the procedures were performed at the Ivo Pitanguy Clinic. The patients were seen at regular intervals (every 3 months) until the completion of the first postoperative year. The aesthetic results and complications were evaluated, as well as the patients' satisfaction rate.

Surgical Technique

The follicular transplantation procedure usually is performed with the patient under local anesthesia associated with endovenous sedation administered by the anesthesiologist. The desired areas to be recon-



Fig. 1. A wide scar developed in the left temporal incision of a 54-year-old female patient after a face-lift. The procedure of choice was a follicular transplantation to restore a satisfactory volume of hair.

structed are previously demarcated, and the patient is requested to check the design of the hairline.

The donor area of first choice is the occipital region, where hair density is greatest. After determination of the approximate number of grafts needed, a strip of scalp is demarcated, with the dimensions varying per case. To avert widening of the scar, care should be taken to avoid removing too wide a strip. Length is preferable to width. A local anesthetic (0.25% lidocaine with epinephrine at 1:100,000) is infiltrated at least 15 min before the incision is made. Harvesting is carefully done, with the scalpel parallel to the hairs to avoid sectioning of follicles along the edge of the strip. The depth of strip removal is at the subcutaneous level so as not to cause lesions to the main arteries and sensitive innervation. Undermining usually is not done, and closure is in a single plane using 4-0 mononylon sutures.

The grafts are prepared in follicular units by a specialized team using $\times 10$ microscopic augmentation. The fat excess is trimmed off, and careful dissection leaves one to four follicles per graft (i.e., follicular unit grafts). Prepared grafts are left in iced saline awaiting placement. This method ensures total respect for the anatomy of each follicular unit and maintains viability of the follicles.

The recipient area is infiltrated with the same anesthetic solution, which causes vasoconstriction and also produces a desired tumescence. Orifices for the placement of the grafts are made exclusively with 18-gauge needles (3- and 4-follicle grafts) and 19-gauge needles (1- and 2-follicle grafts). The correct angle and direction of normal hair growth in the

temporal and cervical hairline must be respected to ensure that the transplanted hairs will grow in the same pattern. Graft insertion is done using very fine curved forceps, with the grafts slipped in the bevel of the needle (Fig. 1). Forcing and crushing of the grafts must be avoided. When transplantation is performed over scar tissue, it is useful to make all the orifices before placement of the grafts because this avoids their popping out due to excessive pressure with the needle. Needles are discarded promptly as soon as the surgeon feels that the sharpness has been lost.

Graft distribution is such that the units containing one and two follicles are placed along the most anterior edge of the hairline, with those containing three and four follicles transplanted further inside the demarcation. The density of the transplanted grafts varies in each case. Ideally, 20 to 30 grafts/cm² ensures enough final volume in a single session. Over scar tissue, grafts should be more widely spaced to allow for adequate perfusion.

No occlusive dressing is necessary. The patient is discharged on the same day. The head is washed on postoperative day 1 by a member of the team, and the patient subsequently washes her head daily from day 2 on. Sutures are removed after 10 days. Hair growth is noted to begin about the third postoperative month. Follow-up revisions are performed periodically to ensure that the patient is kept under the surgeon's supervision. Final results, with complete growth of the transplanted follicles, are expected 1 year after transplantation.

Results

In the 4-year study period, 33 consecutive female patients were submitted to follicular transplantation to camouflage unsightly scars or to correct hairline dislocations after a face-lift. The temporal hairline (i.e., the sideburn) was transplanted for 29 patients, and 12 patients underwent grafting to the cervical hairline step deformity simultaneously. In two cases, the frontal hairline was transplanted to correct a pretrichial incision (i.e., a coronal lift was performed through a prepilose approach), and two patients underwent this procedure to correct widened scars inside the temporal hairline. Two patients were lost to follow-up evaluation and not included in the study.

The mean age of the patients was 44.9 years (range, 39–72 years). The mean number of transplanted grafts on each side was 223 (range, 178–357). The success rate in terms of follicle survival and hair growth was empirically estimated to be about 90%.

The complications were minor. Three patients presented with scar widening at the donor site, and eight patients reported temporary hair loss (i.e., telogen effluvium). In the late follow-up assessment (i.e., after 9 months or more), all the patients described a significant improvement in the density of hair over



Fig. 2. A total of 220 follicular unit grafts were placed in this area, for an approximate density of 20 follicle units/cm².

the grafted area. The aesthetic outcome was evaluated by the patients themselves, with 24 patients classifying the result as excellent, 4 as satisfactory, and 3 as unsatisfactory.

In most cases, a second session to increase the hair density was routinely offered. Only the patients who classified the results as poor requested a second procedure, and this was done no less than 1 year after the first session. At a late follow-up assessment, these patients classified the result as satisfactory (Figs. 2 to 14).

Discussion

A satisfactory result from an aesthetic facial procedure is obtained when the signs of surgery are undetectable. The “round-lifting” rhytidoplasty, as described originally by Pitanguy [12], is the principal technique used in our service because it maintains anatomic landmarks without distortion. A precise vector connecting the tragus to Darwin’s tubercle of the ear ensures that the facial flap is well-positioned. The cervical (or posterior) flap is likewise positioned so as not to interrupt the hairline over the mastoid.

Nevertheless, it is inherent to any and all rhytidoplasty techniques that flaps are undermined, then subsequently pulled and positioned [7]. Depending on the direction of traction, and on the density and design of the patient’s sideburn, even a precise repositioning of the facial flap may cause elevation of the temporal hairline [4]. Likewise, in the cervical region, traction of the flap may cause a step-off and an interruption of the hairline, with an apparent scar. To avoid these dislocations, the surgeon may prefer to



Figs. 3 and 4. This 56-year-old woman presented with a large intrapilose scar with partial interruption of the temporal hairline after a rhytidoplasty. She requested restoration of a natural hairline, and a follicular transplantation was planned.



Fig. 5. The same patient 10 days after the hair transplantation showing the design of the hairline with a total of 450 grafts.



Fig. 6. The patient 8 months after the follicular unit transplantation showing a satisfactory volume of hair.

place pretrichial incisions. This approach currently is very common along the temporal hairline [4,6,13].

A visible scar and a displaced hairline are among the most telling signs of a rhytidoplasty, and are more frequent after repeated face-lift surgeries [9]. Likewise, although quite uncommon, widened scars inside the hairline from excessive tension on closure may become evident, causing social embarrassment to the patient. In these cases, a reconstructive procedure is indicated, and should be performed so as to create a natural hairline without adding new scars. It is the

opinion of the authors that follicular transplantation is the technique that alone meets these criteria.

We briefly mention alternative procedures. The use of local flaps, either by simple advancement or following tissue expansion, has proved to be invaluable in reconstruction of the scalp. For restoration of the sideburn, Rodriguez-Camps [16] has described a triangular transposition flap from the superior retroauricular area. However, the direction of the hairs is different, the density is considerably greater, and a marginal scar is necessary to accommodate the flap.



Fig. 7. Preoperative appearance of a 63-year-old patient with very low density of the temporal hairline.



Fig. 9. The cervical region of the same patient showing dislocation of the hairline with a visible scar.



Fig. 8. Result 1 year after a single session involving approximately 210 follicular grafts.



Fig. 10. Result 1 year after a single session involving approximately 188 follicular units.

Furthermore, flap rotation or advancement, and certainly tissue expansion, are not without risks.

Finally, the attempt to correct a widened intrapi-lose scar with simple resection usually results in an equally widened incision attributable to the stretch-back phenomenon, and causes great frustration to both the patient and the surgeon. These are drawbacks that limit the indication of these alternative procedures for the reconstruction of the hairline and unsightly scars.

A significant development in hair restoration surgery has been follicular unit transplantation. Since the initial publication by Headington [8], it has been known that hairs grow in units, and that these should be respected when grafts are prepared. The use of magnification, with microscopes or even loupes, allows the team of trained technicians to perform dissection of each follicular unit, thus preserving the viability of each follicle. This method has greatly enhanced the final result for the correction of male



Fig. 11. This 66-year-old patient presented with dislocation of the sideburn subsequent to a rhytidoplasty.



Fig. 13. The cervical region of the same patient with a visible scar.



Fig. 12. Satisfactory density 1 year after a single session involving approximately 190 grafts.



Fig. 14. Result 1 year after a single session of follicular unit transplantation.

pattern baldness with regard to the quality of the transplanted hair as well as volume. Furthermore, this is an outpatient procedure with minimal morbidity [1,3].

Surgeons experienced in hair transplantation favor follicular unit transplantation over other techniques for restoration of the displaced hairline. Among others, Barrera [2] and Nordström et al. [11] report highly satisfactory results with a single session. A previous paper presented the experience of

the current authors in reconstructing defects caused by a face-lift, but was limited to the temporal hairline [15]. In this report, we have expanded the possibilities of this technique in different situations, which may be summarized as stigmas from a rhytidoplasty.

This collective experience has proved that hair grafts “take” even in unsuitable recipient sites, such as scar tissue. It is interesting to mention that follicular

grafts have even been transplanted over full-thickness skin grafts, with excellent final hair growth [14].

To achieve the most natural result, correct angulation and direction of the orifices in which the grafts are placed are essential. At the temporal and retroauricular hairline, this should be at approximately a 30° angle and directed downward and slightly backward. This ensures that transplanted hair will grow exactly in the same angle and direction as natural hair does in these regions [2,11,15].

Finally, although it is not necessary to create a very dense hairline, it is important to try placing at least 20 to 30 follicular units/cm², which will give sufficient volume of hair growth to permit completion of the reconstruction in a single session. Nevertheless, a second transplantation should not be ruled out if the patient requests greater density. There usually is sufficient donor area for a second session.

Conclusions

The follicular unit transplantation technique is a simple, safe, and efficient way to correct stigmas secondary to a rhytidoplasty, such as a visible preopose scar or a displaced hairline, with satisfactory results and a very low complication rate.

The authors state that no financial support was given in the preparation of this article. They also state that there are no commercial associations that might create a conflict of interest with any information presented in this article. All the authors are in agreement with the final version of the article.

References

1. Barrera A: Hair transplantation: The art of micrografting and minigrafting. *Quality Medical Publishing*, St. Louis, 2002
2. Barrera A: The use of micrografts and minigrafts for the correction of the postrhytidectomy loss of sideburn. *Plast Reconstr Surg* **102**:2237-2240, 1998
3. Bernstein RM, Rassman WR: Follicular unit transplantation. In: Haber RS, Stough DB (eds) *Hair transplantation*. Elsevier, Philadelphia, U.S.A. pp. 91-98, 2006
4. de Castro CC: Preauricular, sideburn operating procedures for a natural look in face-lifts. *Aesth Plast Surg* **15**:149-153, 1991
5. Giraldo F, Gonzalez C, Garnica I, Ferron M, Rus JA: Sideburn reconstruction with an expanded supra-auricular trapezoidal flap. *Plast Reconstr Surg* **100**:257-259, 1997
6. Guyuron B, Watkins F, Totonchi A: Modified temporal incision for facial rhytidectomy: An 18-year experience. *Plast Reconstr Surg* **115**:609, 2005
7. Hamra ST: Prevention and correction of the "face-lift" appearance. *Facial Plast Surg* **16**:215-229, 2000
8. Headington JT: Transverse microscopic anatomy of the human scalp. *Arch Dermatol* **120**:449-451, 1984
9. Matarasso A, Elkwood A, Rankin M, Elkowitz M: National plastic surgery survey: Face-lift techniques and complications. *Plast Reconstr Surg* **106**:1185-1195, 2000
10. Nordström REA: Sideburn reconstruction. *Plast Reconstr Surg* **88**:1107-1111, 1991
11. Nordström REA, Greco M, Vitagliano T: Correction of sideburn defects after face-lift operations. *Aesth Plast Surg* **24**:429-439, 2000
12. Pitanguy I: Facial cosmetic surgery: A 30-year perspective. *Plast Reconstr Surg* **105**:1517-1526, 2000
13. Pitanguy I, Brentano JMS, Salgado F, Radwanski HN, Carpeggiani R: Incisions in primary and secondary rhytidoplasties. *Rev Bras Cir* **85**:165-176, 1995
14. Radwanski HN, Jaimovich CA: Case report: Reconstruction of the temporal hairline following tumor removal. *Rev Soc Bras Cir Plast* **18**:9-16, 2003
15. Radwanski HN, Pitanguy I, Nunes D, Nazima F: Transplante capilar como alternativa para a correção da elevação da linha de implantação pilosa temporal após ritidoplastias (Hair transplantation as an alternative for the correction of sideburn defects after rhytidoplasty). *Rev Soc Bras Cir Plast* **20**:167-172, 2005
16. Rodriguez-Camps S: Reconstruction of sideburn and temporal area after a face-lift. *Aesth Plast Surg* **26**:181-183, 2002



A Defesa do Cirurgião do Transplante Capilar em Ações Indenizatórias Movidas por seus Pacientes



*Gustavo Graça Mercadante
Advogado (OAB/MG 38.255) desde 1984,
especializado na Defesa de Profissionais
de Saúde, com atuação em Contencioso
Judicial, Arbitragem e Mediação Privadas -
Advogado da ABCRC desde 2019.*



Superior Tribunal de Justiça tem posição consolidada quanto ao entendimento de que a cirurgia plástica “não reparadora ou meramente estética” atrai obrigação de resultado.

Dessa forma, é de fundamental importância o debate, no processo judicial indenizatório, quanto à natureza da cirurgia plástica em discussão no litígio.

Se a prova produzida nos autos concluir que a cirurgia é “meramente estética” (sic), estaremos diante de obrigação de resultado; se, ao contrário, for provado que a cirurgia em questão é reparadora, o caso será julgado levando-se em consideração a obrigação de meios.

A definição, quanto à aplicação ao caso, da obrigação de meios ou de resultado, é de suma importância para as partes, pois: se a obrigação for de meios - caberá ao autor(a) provar que houve culpa médica (imprudência, imperícia ou negligência), ao passo que, se for considerada como obrigação de resultado - caberá ao profissional

médico demonstrar que houve culpa do autor(a), que não houve culpa médica, e sim caso fortuito (evolução desfavorável por fatores não controláveis pelo cirurgião que agiu dentro da técnica médica).

Com relação ao Transplante Capilar, a doutrina e a jurisprudência nacional são escassas e imprecisas, não se encontrando casuística significativa para uma análise criteriosa.

O nosso entendimento é, claramente, no sentido de que o Transplante Capilar deve ser enquadrado na categoria de cirurgia reparadora, pois visa, precipuamente, trazer o paciente, o tanto quanto possível, para a normalidade do convívio social, uma vez que, a falta de cabelos decorreu de patologia, de acidente ou de fator genético – portanto, a cirurgia busca a reparação dos efeitos da falta de cabelos devido a essas mencionadas causas.

Assim, para que o cirurgião que atua em Transplante Capilar possa ter chances efetivas em eventual discussão em processo indenizatório

movido por seu paciente, recomendamos fortemente que:

1. Tenha prontuário impecável, que diga, claramente, que se trata de cirurgia reparadora para reparar falta de cabelos decorrente de: patologia, de acidente, de fator genético, tracionamento etc;
2. Apresente Termo de Consentimento informado no qual consta ampla informação ao paciente sobre os riscos e o imponderável no procedimento médico contratado;
3. Apresente bons registros fotográficos – antes, durante e depois;
4. Seja assistido por advogado especialista em direito médico que possa bem conduzir o caso.

Com essas considerações e cautelas entendemos que o cirurgião, que atua em Transplante Capilar, estará bem documentado para conduzir com boas possibilidades de êxito, eventuais discussões indenizatórias trazidas por seus pacientes ao Poder Judiciário. São essas as considerações que nos ocorrem sobre o tema.

Caso necessite de mais esclarecimentos, não hesite em me contatar através do meu e-mail (gustavo@mercadante.adv.br) ou Instagram ([@gustavogracamercadante](https://www.instagram.com/gustavogracamercadante)).

Abordagem terapêutica na Alopecia Frontal Fibrosante (AFF)



Dra. Marcela de Lima Vidal
Dermatologista
CRM-PB 9593 | RQE 4489

Desde a sua descrição em 1994 por Kossard¹, o tratamento da alopecia frontal fibrosante é desafiador.

Apesar de já existirem critérios diagnósticos bem definidos², a etiopatogenia da doença ainda não é clara, envolvendo fatores genéticos³ e gatilhos ambientais como provável exposição a irritantes cutâneos (cosméticos e fragrâncias). Porém, essa associação ainda é motivo de debate no meio científico.⁴

O tratamento clínico baseia-se em medicamentos anti-inflamatórios e antiandrogênicos com resultados variáveis na literatura. O desfecho esperado é diminuir a progressão e alívio dos sintomas, mas até o momento não existe um tratamento padrão devido à escassez de estudos randomizados. As opções terapêuticas tópicas são corticoides e inibidores da calcineurina usados para alívio sintomático, porém seu papel em inibir a progressão não é consenso e, portanto, não devem ser usados isoladamente. O corticoide intralesional é recomendado em alguns casos, mas devem ser

usado com cautela e em baixas concentrações (triancinolona acetônida 2.5mg/ml) devido ao risco de piorar a atrofia cutânea já característica da doença.⁵

Segundo a literatura, os antiandrogênicos (finasterida e dutasterida, mais utilizados) parecem ser eficazes em inibir a progressão



da AFF.⁶ Alterações hormonais podem estar implicadas na patogênese da inflamação, apesar de ser um mecanismo ainda não bem elucidado.⁴

Os tratamentos que têm o objetivo de diminuir o infiltrado linfocítico que afeta o folículo são a hidroxicloroquina, cuja literatura reforça a eficácia⁷, doxiciclina⁸ e metotrexato⁹ - estes últimos com resultados mais variáveis no meio científico.

Embora já tenha sido descrito que isotretinoína oral pode diminuir a progressão da doença¹⁰, esse efeito não foi observado por outros autores. Ela é empregada em baixas doses, com sucesso, para as pápulas faciais.¹¹

O minoxidil tópico e oral pode ser usado com eficácia e segurança para oferecer uma melhora cosmética para os pacientes, com incremento da espessura dos fios e volume capilar, principalmente em mulheres pós-menopausa,

que apresentam um encurtamento de fase anágena, consequentemente afinamento e perda de volume.¹²

Existe evidência que favorece o uso do laser diodo (LED) como tratamento adjuvante na AFF, reduzindo sintomas, melhorando a espessura e número de folículos terminais.¹³

Mais recentemente, os inibidores da JAK (tofacitinib, baricitinib, ruxolitinib), orais e tópicos estão sendo empregados para o tratamento de pacientes refratários com sucesso na redução de sintomas. São necessários mais estudos com maior número de pacientes e tempo de seguimento para avaliar o real impacto dessas drogas na progressão da doença.¹⁴

O transplante capilar pode ser uma alternativa para pacientes insatisfeitos com a cobertura capilar; idealmente, deve ser realizado após estabilização da progressão por 1-2 anos. Embora a sobrevida dos enxertos sofra um decréscimo importante após 5 anos, a satisfação dos pacientes costuma ser alta.¹⁵

O seguimento e avaliação da intensidade da inflamação também são complexos. Os achados clínicos como descamação e eritema perifolicular podem não se correlacionar com a intensidade do infiltrado inflamatório no histopatológico¹⁶ e a presença desses achados clínicos também podem não se correlacionar com a progressão.¹⁷ Para avaliar inflamação, devem ser mais valorizados a presença de pelos distróficos (“pilli torti”) e *pull test* positivo para folículo anágeno. O registro fotográfico padronizado é indispensável a fim de avaliar progressão e tomada de decisões terapêuticas.

Referências

1. Kossard, S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia. Scarring alopecia in a pattern distribution. *Arch Dermatol.* 1994; 130(6):770-4.
2. Vañó-Galván S, et al. Updated diagnostic criteria for frontal fibrosing alopecia. *JAAD.* 2018; 78 (1):21-22.
3. Saceda-Corralo D, et al. Genotyping of the rs1800440 Polymorphism in CYP1B1 Gene and the rs9258883 Polymorphism in HLA-B Gene in a Spanish Cohort of 223 Patients with Frontal Fibrosing Alopecia. *Acta Dermatovenereologica.* 2023; 103: adv9604.
4. Miao Y-J, et al. Frontal fibrosing alopecia: A review of disease pathogenesis. *Front. Med.* 2022; 9: 911944.
5. Iorizzo M, Tosti A. Frontal Fibrosing Alopecia: An Update on Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2019;20:379-90.
6. Ho A, Shapiro J. Medical therapy for frontal fibrosing alopecia: A review and clinical approach. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81:568-80.
7. Chiang C, Sah D, Cho BK, Ochoa BE, Price VH. Hydroxychloroquine and lichen planopilaris: efficacy and introduction of Lichen Planopilaris Activity Index scoring system. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:387-92.
8. Samrao A, Chew AL, Price V. Frontal fibrosing alopecia: a clinical review of 36 patients. *Br J Dermatol.* 2010;163:1296-300
9. Morandi Stumpf, M.A.; do Rocio Valenga Baroni, E.; Schafranski, M.D. Frontal fibrosing alopecia: Successfully treated with methotrexate or just the natural disease progression? *Acta Dermatovenerol. Croat.* 2020, 28, 202–203.
10. Rakowska A, Gradzińska A, Olszewska M, Rudnicka L. Efficacy of isotretinoin and acitretin in treatment of frontal fibrosing alopecia: Retrospective analysis of 54 cases. *J Drugs Dermatol.* 2017;16:988-92.
11. Pírméz R, Duque-Estrada B, Barreto T, Quintella DC, Cuzzi T. Successful Treatment of Facial Papules in Frontal Fibrosing Alopecia with Oral Isotretinoin. *Ski Appendage Disord.* 2017;3:111-3.
12. Ly N, McClure EM, Hordinsky MK, et al. Safety and efficacy of minoxidil treatment in scarring alopecia: a scoping review. *J Drugs Dermatol.* 2024;23:146–51.
13. Gerkowicz A, Bartosińska J, Wolska-Gawron K, Michalska-Jakubus M, Kwaśny M, Krasowska D. Application of superluminescent diodes (sLED) in the treatment of scarring alopecia—a pilot study. *Photodiagnosis Photodyn Ther.* 2019;28:195–200.
14. Dunn C, et al. Janus kinase inhibition for the treatment of refractory frontal fibrosing alopecia: A case series and review of the literature. *JAAD* 2023; 40: 47-52.
15. Vañó-Galván S, et al. Hair transplant in frontal fibrosing alopecia: A multicenter review of 51 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81:865-6.
16. Fechine C. Líquen plano pilar e alopecia frontal fibrosante: correlação dos achados clínicos e dermatoscópicos com o grau de inflamação do exame histopatológico. Biblioteca Digitais de Teses e Dissertações da USP, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/testes/disponiveis/5/5133/tde-19122022-191641/>
17. Saceda-Corralo D, et al. Association of Inflammation With Progression of Hair Loss in Women With Frontal Fibrosing Alopecia. *JAMA Dermatol.* 2020;156:700-2.



Uso do minoxidil oral no tratamento da calvície: evolução, evidências e considerações sobre segurança



Com introdução do
Dr. Solon Eduardo G. Souza
CRM 126.779
RQE 39.560



Dra. Leila David Bloch
CRM-SP 108.287
RQE 27.362

Os primeiros relatos sobre o uso do minoxidil oral com finalidade terapêutica em distúrbios capilares datam de aproximadamente uma década. Em 2015, Yang e Thai¹ descreveram o primeiro caso publicado de alopecia induzida por quimioterapia tratada com minoxidil oral na dose de 1 mg/dia, com resposta clínica satisfatória. No ano seguinte, Sinclair² relatou o tratamento bem-sucedido de uma paciente com moniletrix, utilizando doses baixas de minoxidil oral variando entre 0,25 mg e 0,5 mg/dia.

Desde então, o interesse pelo uso do minoxidil oral tem crescido significativamente. Tal popularização pode ser atribuída à maior adesão terapêutica observada com a formulação oral, quando comparada à forma tópica, além de sua eficácia clínica consistente em diversas alopecias.

Nos últimos anos, houve uma produção científica crescente sobre o tema. Apenas no último ano, foram identificadas 43 publicações indexadas no PubMed

abordando o uso do minoxidil oral em diferentes contextos clínicos. Dentre essas publicações, destacam-se: um consenso internacional³, uma meta-análise⁴, um estudo multicêntrico⁵ e até mesmo autores começando a sugerir o uso de doses altas (>5 mg/dia) no tratamento da alopecia androgenética, especialmente em casos refratários⁶.

Apesar dos avanços e do crescente corpo de evidências favoráveis, ainda persistem dúvidas e preocupações relacionadas à segurança cardiovascular do minoxidil oral, tanto por parte de médicos quanto de pacientes.

Nesta edição, a Dra. Leila Bloch realiza uma revisão abrangente dos efeitos adversos associados ao minoxidil oral, discutindo sua frequência, mecanismos envolvidos e estratégias para manejo clínico. Trata-se de uma leitura essencial para profissionais que prescrevem essa medicação na prática dermatológica cotidiana.

Boa leitura a todos,

Dr. Solon Eduardo G. Souza



Referências

1. Yang X, Thai K-E. Treatment of permanent chemotherapy-induced alopecia with low dose oral minoxidil. *Australasian J Dermatol*. 2015;57(4):e130-e132. doi:10.1111/ajd.12350
2. Sinclair R. Treatment of monilethrix with oral minoxidil. *JAAD Case Rep*. 2016;2(3):212-215. doi:10.1016/j.jocr.2016.02.011
3. Akiska YM, Mirmirani P, Roseborough I, et al. Low-Dose Oral Minoxidil Initiation for Patients With Hair Loss: An International Modified Delphi Consensus Statement. *JAMA Dermatol*. 2025;161(1):87-95. doi:10.1001/jama-dermatol.2024.4593
4. Chen M, Weichert M, Guo W, Ruzic R, Briley J. Low-dose oral minoxidil does not significantly affect blood pressure: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2025;92(3):554-555. doi:10.1016/j.jaad.2024.10.057
5. Jimenez-Cauhe J, González-Ramos M, et al. Safety and tolerability of low-dose oral minoxidil in patients aged 65 or older: A multicenter study of 321 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2025. doi:10.1016/j.jaad.2025.05.1363
6. Moreno-Arrones OM, Hermosa-Gelbard A, et al. Minoxidil oral a dosis altas para el tratamiento de la alopecia androgenética. *Actas Dermosifiliogr*. 2025. doi:10.1016/j.ad.2025.05.018

Complicações do Uso do Minoxidil Oral

O uso oral do minoxidil em baixa dose consolidou-se como uma alternativa terapêutica crescente na dermatologia, sobretudo no manejo da alopecia androgenética (AGA) e do eflúvio telógeno crônico, especialmente em pacientes com resposta insatisfatória ao tratamento tópico.

A maior adesão, praticidade posológica e eficácia sustentada têm impulsionado sua popularização. No entanto, a expansão do uso exige também uma compreensão maior sobre os potenciais riscos envolvidos, especialmente as complicações - muitas vezes subestimadas ou confundidas com efeitos adversos benignos e reversíveis.

A distinção entre efeitos adversos previsíveis e complicações clínicas graves é fundamental para que possamos prescrever o medicamento com segurança, garantindo vigilância adequada e proteção ao paciente.

O minoxidil necessita de metabolização hepática para formar seu composto ativo e seu principal mecanismo de ação é o relaxamento do músculo liso vascular por meio da ativação de canais de potássio ATP-dependentes, com consequente vasodilatação arteriolar. Esse efeito, desejado na hipertensão grave refratária, quando explorado na restauração capilar, exige controle da dose para evitar repercussões cardiovasculares significativas.

Embora as doses utilizadas em tricologia variem de 0,25 mg a 5 mg/dia (diferindo dos ≥ 10 mg na hipertensão), os efeitos sistêmicos persistem, em especial em pacientes com predisposição genética, comorbidades ocultas ou uso concomitante de outras drogas vasoativas.

Os efeitos adversos mais frequentes são, em geral, benignos, reversíveis e relacionados à dose ou à suscetibilidade individual.

São eles:

- **Hipertricose:** o mais comum, especialmente em mulheres, acometendo face, tronco e membros;
- **Edema periférico leve:** frequentemente em região periorbital, por retenção de sódio e água;
- **Taquicardia reflexa:** discreta e geralmente assintomática;
- **Cefaleia e tontura:** em fases iniciais de uso;
- **Hipotensão postural leve:** rara nas doses $< 2,5$ mg.

Estes efeitos, embora incômodos, não configuram complicações, pois são previsíveis, autolimitados e geralmente manejáveis com ajuste posológico.

A complicações são eventos de natureza mais grave, ines-



Lúpus
Eritematoso
Sistêmico

perada, e que podem exigir intervenção médica ou mesmo representar risco à vida. Embora raras, essas ocorrências foram documentadas tanto em doses terapêuticas quanto em pacientes sem comorbidades aparentes.

São elas:

- Derrame Pericárdico e Pleural: historicamente associados ao uso de minoxidil em doses plenas (>10 mg/dia), porém já foram descritos em doses menores. São complicações de natureza potencialmente grave, podendo evoluir para tamponamento cardíaco se não reconhecidas. Há relatos de derrame pericárdico em mulheres jovens com uso de 2,5 a 5 mg/dia foram documentados, especialmente em pacientes com histórico de lúpus eritematoso sistêmico ou disfunção renal leve. Em geral, reversíveis com suspensão do fármaco e suporte clínico.

CASO 1 SINCLAIR ET AL., 2022

Mulher de 35 anos, com histórico de lúpus eritematoso sistêmico (LES) em remissão. Iniciou minoxidil oral 2,5 mg/dia para alopecia androgenética. Após 21 dias, evoluiu com dispneia progressiva e dor torácica pleurítica. Ecocardiograma revelou efusão pericárdica moderada com sinais incipientes de tamponamento.

O minoxidil foi suspenso e a corticoterapia foi intensificada. Evoluiu com resolução completa em 7 dias.

CASO 2 FDA PHARMACOVIGILANCE REPORT, 2021

Homem de 58 anos com doença renal crônica estágio 3, iniciou minoxidil oral 5 mg/dia para alopecia. Após 4 semanas, desenvolveu dispneia e derrame pleural à direita. Necessitou toracocentese terapêutica.

- Edema Pulmonar e Anasarca: a retenção hídrica exacerbada por minoxidil pode ultrapassar os limites do edema periférico leve, evoluindo para quadros de anasarca ou edema pulmonar agudo, especialmente em pacientes com insuficiência cardíaca compensada ou função renal limítrofe. Os sintomas incluem dispneia, ortopneia, ganho ponderal abrupto e estertores crepitantes. Para reverter o quadro, é necessária a suspensão imediata do medicamento, internação hospitalar e uso de diuréticos.

CASO 1 VAÑÓ-GALVÁN ET AL., 2020

Homem de 46 anos, hígido, iniciou 5 mg/dia para AGA refratária. Após 3 semanas, apresentou ortopneia e estertores. RX de

tórax: congestão vascular e infiltrado peri-hilar. BNP levemente elevado. Sem história prévia de cardiopatia. O quadro se reverteu após suspensão da medicação e uso de diuréticos.

- Arritmias Graves e Morte Súbita: apesar de rara, a ocorrência de arritmias ventriculares letais e morte súbita foi descrita em indivíduos predispostos, inclusive com doses de 1,25 mg/dia. Acredita-se que o minoxidil possa prolongar o intervalo QT em indivíduos suscetíveis e o uso simultâneo de medicamentos com efeito QT-prolongador pode aumentar o risco. Deste modo, o ECG prévio e história familiar de morte súbita poderiam auxiliar na avaliação de risco antes da prescrição.

CASO 1 CASTELLS ET AL., 2022

Jovem de 27 anos, sem comorbidades aparentes. Usava minoxidil 1,25 mg/dia há 2 meses. Encontrado inconsciente em repouso noturno. ECG prévio normal. Autópsia não evidenciou anomalias estruturais. Estudo genético post-mortem: mutação em gene KCNH2 (Síndrome do QT Longo tipo 2).

- Isquemia Miocárdica Silenciosa e Descompensação Cardíaca: a vasodilatação arteriolar intensa

pode reduzir a pressão de perfusão coronariana em indivíduos com doença arterial coronariana oculta, precipitando isquemia silenciosa ou arritmia.

Esses dados reforçam a necessidade de triagem cardiovascular antes do início do Minoxidil, principalmente em pacientes de risco (idosos >60 anos com doença cardiovascular subclínica; pacientes com comorbidades autoimunes; doença renal crônica leve/moderada; obesidade grau II ou III; uso de fármacos que afetam a pressão arterial; história familiar de morte súbita ou arritmias hereditárias).

Por isso, antes de prescrever, avaliar a história clínica completa com foco em doenças

cardíacas, autoimunes e renais; pressão arterial basal, ECG e função renal (ureia, creatinina, eletrólitos). Além disso, seria interessante obter o consentimento informado por escrito, explicando os riscos raros.

Iniciar o tratamento com doses baixas (0,25 a 1 mg/dia), realizar o acompanhamento clínico mensal nos 3 primeiros meses e repetição de ECG em pacientes sintomáticos ou com histórico familiar relevante auxiliaram no controle dos riscos.

Embora eficaz e amplamente tolerado, o uso do minoxidil oral não é isento de riscos. A distinção entre efeitos adversos e complicações clínicas é essencial para uma prescrição ética, segura e

baseada em evidências. Casos de derrame pericárdico, edema pulmonar e morte súbita, ainda que raros, reforçam a necessidade de um screening adequado e monitoramento rigoroso.

Referências

1. Castells L, et al. QT prolongation and proarrhythmic potential of oral minoxidil: genetic considerations. Eur Heart J Case Rep. 2022.
2. FDA. Minoxidil (Loniten®) Prescribing Information. Revised 2021.
3. Jimenez-Cauhe J, et al. Cardiovascular safety of oral minoxidil in dermatology: a critical analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023.
4. Ramot Y, et al. Low-dose oral minoxidil for hair loss: a comprehensive review. Int J Dermatol. 2022;61(10):e398–e406.
5. Sinclair R, et al. Systemic effects and safety of low-dose oral minoxidil in dermatologic use. J Am Acad Dermatol. 2022;87(1):74–84.
6. Vañó-Galván S, et al. Low-dose oral minoxidil for androgenetic alopecia: a multicenter study. J Am Acad Dermatol.



(11) 93298-3195 capilar@fakom.com.br fkmmedical.com fmedicallbr

Exclusiva em atender a sua necessidade

A **Fakom** é uma empresa nacional, fabricante de instrumentos cirúrgicos com uma vasta experiência construída em seus 22 anos de existência, trazendo sempre qualidade, inovação e tecnologia de ponta para criar uma linha exclusiva, nas áreas de **oftalmologia, dermatologia, estética odontológica e no transplante capilar.**

Nossa expertise em **micro instrumentos** nos leva a entregar aos nossos parceiros e clientes uma linha exclusiva e confiável para atender a necessidade médica dos maiores cirurgiões do Brasil e outras nações.

O mundo Fakom oferece uma linha com experiência percebida atendendo às mais rigorosas exigências e normas técnicas garantindo bom desempenho de uma cirurgia.



Sala Ricardo Lemos inicia nova fase em 2025 com mudança para *Fórum Ricardo Lemos*



Dr. Solon Eduardo G. Souza
CRM 126.779
RQE 39.560

Em 20 de maio de 2025, aconteceu a primeira edição da Sala Ricardo Lemos do ano, um encontro bimestral já consolidado da ABCRC, que promove debates virtuais entre seus sócios sobre os mais atuais temas do transplante capilar. Na edição de maio participaram renomados especialistas brasileiros que se destacaram como palestrantes no congresso do *World FUE Institute* (WFI), realizado em abril em São Paulo.

Os palestrantes convidados, Drs. Marta Zollinger, Pablo Cirino e Rodrigo Pirmez, abordaram temas de grande relevância para o cotidiano dos cirurgiões capilares. Dra. Marta discutiu a técnica Long Hair Afro FUE, enquanto Dr. Pablo apresentou sua experiência com as técnicas regenerativas, como o MMP. Já Dr. Rodrigo compartilhou as diretrizes atuais para o uso da dutasterida no tratamento da alopecia androgenética.

A coordenação do encontro ficou a cargo dos Drs. Solon Eduardo e Rubem Miranda, que seguirão à frente da organização das futuras edições, sempre com

o objetivo de promover a troca de conhecimentos e o desenvolvimento contínuo da profissão.

A partir da próxima edição, marcada para 22 de julho de 2025, o evento passará a se chamar Fórum Ricardo Lemos. A mudança de nome, idealizada pelo Dr. Henrique Radwanski e aprovada pela diretoria da ABCRC, visa refletir mais adequadamente o caráter aberto e interativo do encontro, uma vez que a palavra “fórum” remete à ideia de “espaço aberto ou lugar público”, alinhando-se com a proposta de promover discussões e atualizações científicas entre os profissionais da área. O epônimo, claro, remete ao querido colega que nos deixou precocemente: Ricardo Lemos era um dos grandes pioneiros da técnica de unidades foliculares, reconhecido internacionalmente pela abordagem fio longo, difundindo essa técnica genuinamente brasileira.

A ABCRC reforça o convite para que todos os membros participem desse espaço de aprendizado e troca, que já é um importante ponto de encontro da comunidade de transplante capilar no Brasil.

Transplante capilar e frontoplastia em mulher acometida por *alopecia fibrosante*



Rafael Reinert, médico dermatologista, Blumenau - SC; Marcos Felipe Takano de Saidneuy, Murilo Beduschi e André Felipe Kroenke, da Universidade Regional de Blumenau - FURB, Blumenau - SC; e Emanuelle Machado, do Centro Universitário de Brusque - UNIFEBE, Brusque - SC.

As técnicas de frontoplastia e transplante capilar emergiram na década de 90.^{1,2} Ambos os procedimentos visam a melhora da qualidade de vida através do tratamento de condições dermatológicas, morfológicas (casos de feminilização facial) e do restabelecimento da autoestima.³

Uma das condições clássicas que está dentro do grupo das alopecias cicatriciais e demanda cuidado extremo do profissional, denomina-se de alopecia frontal fibrosante, em que, ao mesmo tempo que exige um tratamento medicamentoso de longa data, pois a própria condição da doença reconfigura a pele para um plano cicatricial e que, invariavelmente, não possui viabilidade para desenvolvimento de anexos no local.^{1,3} A doença também requer, secundariamente, uma abordagem invasiva, que muitas vezes se faz necessária para restabelecer o crescimento pleno de pelos e cabelos.^{1,3}

OBJETIVO

Demonstrar a viabilidade da realização de frontoplastia e transplante capilar com técnica FUE no mesmo momento cirúrgico.

METODOLOGIA

Este é um estudo observacional/descritivo de relato de caso abordando alopecia frontal fibrosante.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, sem comorbidades, de 47 anos, apresentou quadro de alopecia frontal fibrosante há oito anos, com diagnóstico confirmado

por dermatoscopia minuciosa. Iniciou tratamento com sulfato de hidroxicroloquina 400 mg/dia e clobetasol em xampu, aplicado duas vezes por semana, durante dois anos, resultando em remissão da doença.

Para continuidade terapêutica e abordagem estética, optou-se pela realização de transplante capilar utilizando a técnica FUE, associado à frontoplastia para rebaixamento da linha de implantação capilar. Esta última permitiu a remoção de tecido fibrosado na região frontal, o qual poderia comprometer os resultados do transplante caso fossem implantadas unidades foliculares diretamente sobre essa área.



Marcação pré-cirúrgica



Incisuras em aponeurose subdérmica



Resultado imediato frontoplastia



Rebaixamento da hairline com transplante capilar técnica FUE e frontoplastia

O procedimento cirúrgico teve duração de oito horas e foi conduzido por uma equipe multidisciplinar. O dermatologista, responsável pelo transplante capilar, também auxiliou o cirurgião plástico na execução da frontoplastia. Foram extraídas 2.188 unidades foliculares da região occipital com uso de punch de 0,8 mm (aparelho Trivellini), apresentando coeficiente de 1,8 fios por unidade folicular. Realizou-se a exérese de um segmento de pele na região frontal com dimensões de 4 cm de largura por 20 cm de comprimento, seguida de sutura contínua simples.

As pré-incisões para a implantação folicular foram realizadas

com lâminas de 1,0 mm, e a implantação subsequente foi executada com o auxílio de implanters Smart. A paciente foi submetida à sedação leve, além de anestesia infiltrativa nos locais de incisão.

DISCUSSÃO

A realização da frontoplastia e transplante capilar no mesmo tempo cirúrgico traz maior comodidade para o paciente que não precisará passar por dois procedimentos cirúrgicos distintos e um resultado mais rápido. Ao passo que a junção de dois profissionais capacitados e realizando o planejamento cirúrgico em conjunto conseguem somar suas técnicas para

que o resultado seja mais estético e com maior taxa de sucesso.³

No presente caso, em que a paciente é portadora de alopecia frontal fibrosante, a junção da frontoplastia com transplante capilar é de grande impacto na qualidade final do procedimento. No primeiro momento a frontoplastia irá rebaixar a hair line com a retirada de um fragmento de pele na região frontal do crânio (mesma área em que a alopecia cicatricial acomete de forma significativa) e, no segundo momento, o transplante capilar irá implantar os folículos em uma área receptora saudável com uma melhor finalização do procedimento.^[4,5]

Não há uma medida específica para a altura considerada ideal da testa. Recomenda-se uma análise detalhada do desenho, delineando uma linha adequada à raiz do cabelo e discutindo com o paciente. É importante lembrar que, em geral, a testa tem uma medida que varia entre 6 e 7 centímetros, ocupando aproximadamente um terço do comprimento vertical do rosto.^{4,5}

Além do mais, o estudo torna-se importante para fomentar outros estudos que discorram sobre a junção dos dois procedimentos em um mesmo ato, pois há escassez de trabalhos científicos na área.⁵

CONCLUSÃO

Procedimentos invasivos, como é o caso da frontoplastia

e do transplante capilar, podem ser lançados à mão nos casos em que o tratamento medicamentoso não surtiu efeito ou os benefícios foram limitados.

Quando é necessário o rebaixamento da hairline do paciente, pode-se utilizar a técnica conjunta entre frontoplastia e transplante capilar para um resultado mais estético e com taxa de sucesso final maior. Para o paciente, os benefícios vão além de um bom resultado, já que não necessitará interromper seu cotidiano em dois momentos distintos para os procedimentos.

Os riscos de ser múltiplas incisões na borda de um retalho são necrose, hematomas e até aumento da chance de infecção. Por isso, as incisões devem seguir as linhas de força da pele e serem mais pro-

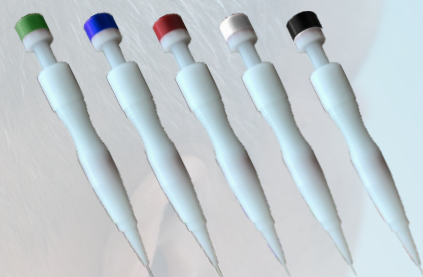
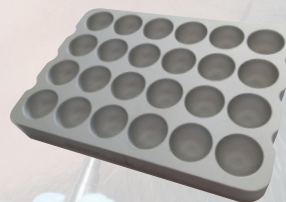
fundas, garantindo a pega dessas unidades foliculares. Eu oriento a fazer pré-incisões e implantação com o uso de implanters para evitar o menor dano possível.

Referências:

1. GRAÇA NETO, Lincoln; ARAUJO, Luiz Roberto Reis; GRAÇA, Ana Clara Minguetti. Frontoplastia endoscópica subperiosteal com fixação temporal por fios de sutura. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 37, p. 3-8, 2022.
2. CINTRA, G. S.; CRISTOVÃO, A. X.; SILVA, M. V. de A.; CORAZZA, A. V. Técnicas de Transplante Capilar e suas Principais Complicações: uma Revisão Integrativa. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, [S. l.], v. 11, n. 5, p. 827-831, 2022. DOI: 10.21270/archi.v11i5.6017.
3. Schmidt M, Ramelli E, Atlan M, Cristofari S. Étude anatomique scanographique du sinus frontal des patients transgenres en vue d'une chirurgie de frontoorbitoplastie de féminisation [Frontal sinus anatomical scanographic study of transgender patients for feminization frontoorbitoplasty surgery]. Ann Chir Plast Esthet. 2023;68(2):93-98. doi:10.1016/j.anplas.2023.01.001
4. Jimenez F, Alam M, Vogel JE, Avram M. Hair transplantation: Basic overview. J Am Acad Dermatol. 2021;85(4):803-814. doi:10.1016/j.jaad.2021.03.124
5. Park JH, You SH, Kim N. Frontal hairline lowering with hair transplantation in Asian women with high foreheads. Int J Dermatol. 2019;58(3):360-364. doi:10.1111/ijd.14388

Transplante Capilar

DIAMOND



41 3357-9966

comercial@doctus.med.br

@doctusequipamentos

www.doctus.med.br

Endereço

Rua Nossa Senhora de Nazaré, 1526

Bairro - Boa Vista

CEP - 82560-000

Curitiba - Paraná

EQUIPAMENTOS DA LINHA ENDOCTUS

ENDoctus
Equipamentos Médicos

PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

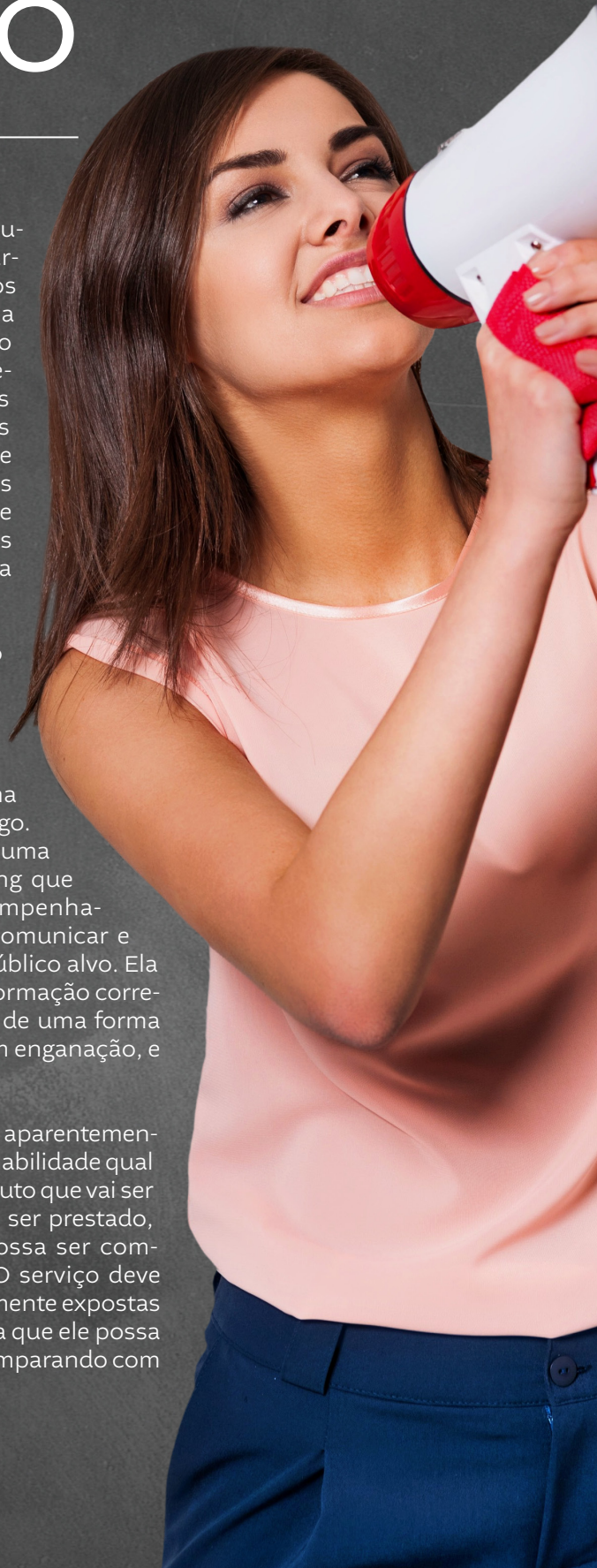


Dr. Márcio André Volkweis
Membro ABCRC
Diretoria 2025-2026
Médico Dermatologista;
graduado em Administração
CRM/RS 28703
RQE 27261

No último artigo publicado sobre marketing, abordamos seus conceitos na medicina, sendo possível entender e esclarecer que o tema é muito mais abrangente do que a simples divulgação ou propaganda de um serviço ou produto. Muitas vezes, inclusive, marketing e propaganda são confundidos como se fossem a mesma coisa.

De uma forma lógica, o marketing pode ser dividido em quatro Ps: produto (ou serviço), preço, praça (local e público) e promoção/propaganda. Este último é o tema que vamos abordar nesse artigo. A promoção ou propaganda é uma das ferramentas do marketing que engloba as atividades desempenhadas pela organização para comunicar e promover seus serviços ao público alvo. Ela tem como objetivo levar a informação correta ao consumidor potencial, de uma forma adequada, sem exageros, sem enganação, e sobretudo com ética.

Apesar de seu conceito ser aparentemente fácil, é preciso definir com habilidade qual é o público-alvo, qual é o produto que vai ser vendido ou o serviço que vai ser prestado, de uma forma clara, que possa ser compreendida sem confusões. O serviço deve ter suas características claramente expostas e perceptíveis ao público para que ele possa fazer a decisão de compra comparando com outros prestadores.





Philip Kotler, um dos pais do marketing, define que qualquer empresa deve assumir o papel de comunicadora e promotora de seus produtos ou serviços. Para a maioria das empresas, o problema não é se elas devem ou não comunicar, mas sim o que dizer, a quem dizer e em que frequência dizer.

A comunicação de marketing é um composto que consiste em pelo menos cinco formas diferentes de se comunicar. A primeira delas é a propaganda, ou seja, qualquer forma paga de apresentação ou promoção de ideias ou serviços por um patrocinador identificado. A segunda, promoção de vendas: incentivos em curto prazo para encorajar a experimentação ou compra de um produto ou serviço. Terceiro, relações públicas de publicidade, que são uma variedade de propagandas preparadas para promover ou proteger a imagem de uma empresa ou indivíduo, e de seus serviços. A quarta, venda pessoal, interação face a face com um ou mais compradores potenciais com o propósito de fazer apresentação de vendas, responder dúvidas e emitir pedidos. E cinco, marketing direto, uso de correio, telefone, e-mail, mensagens digitais, ou outras ferramentas de contato impessoal para comunicar ou solicitar respostas diretas dos consumidores ativos e potenciais.

O primeiro passo para uma comunicação eficiente é a identificação do público-alvo. Um comunicador de marketing deve iniciar o trabalho pesquisando e descobrindo exatamente quais são as características, os interesses do seu consumidor potencial. O conhecimento do paciente influenciará criticamente as decisões do comunicador de como será feita a propaganda, quando, onde, por quais veículos e quem irá comunicar. Além disso, o conteúdo dessa mensagem será também de extrema importância para o sucesso ser atingido.

O público-alvo deve estar em sintonia com o serviço que será prestado. No transplante capilar, por exemplo, teremos diferentes formas de comunicação para um público feminino que busca uma cirurgia de sobrancelhas,

ou um público feminino que busca uma cirurgia para tratamento da calvície, ou um público feminino que busca tratamento e reparo para uma alopecia cicatricial. Veja bem: apesar dos três públicos buscarem serviços parecidos, prestados pelo mesmo profissional e num mesmo ambiente, os três públicos são completamente diferentes. Cada um deles enxerga o serviço de restauração capilar de uma forma diferente: mais estético e supérfluo quando as sobrancelhas estão sendo discutidas, mais reparador e impactante para uma alteração inestética como a calvície, e mais importante ainda quando a questão é o tratamento de uma doença que pode ser devastadora, como a alopecia cicatricial.

Seguramente, a promoção de vendas é, na medicina, aquele quesito dentro da comunicação e promoção do produto que mais chama a atenção por conflitar diretamente com os quesitos éticos da área de saúde. Isso porque ela usa ferramentas e mecanismos para acelerar a compra ou a escolha pela prestação de serviço, fugindo da decisão racional e que é embasada em cima de dados concretos e ponderados. Essas ferramentas, que funcionam muito bem para itens e produtos, são muitas vezes encarradas de forma negativa dentro da área da saúde por preferir a velocidade e o preço frente a qualidade e segurança. É importante pontuar que as promoções de venda são uma forma de dramatizar ofertas de produtos e serviços a fim de movimentar recursos paralisados e os seus efeitos em curto prazo são - de fato - para o curto prazo, não sendo eficazes no desenvolvimento de uma organização em longo prazo.

O terceiro ponto, que se refere a relações públicas e publicidade, é na verda-

de um trabalho que busca elevar a credibilidade do profissional ou da organização onde ele atua, fazendo com que os interessados acreditem que existe um domínio de mercado ou uma reputação maior frente aos concorrentes. Dentro deste quesito, podemos citar a participação dos profissionais médicos nas atividades de docência, na realização e atuação em congressos científicos da área em questão, o envolvimento em pesquisas, produção de material publicitário, livros, artigos científicos e programas televisivos na área da saúde, que acabam criando reputação frente ao público leigo.

Já o quarto ponto, ou venda pessoal, é aquele no qual o próprio prestador de serviço, no caso o médico, ou a sua equipe de atendentes e administradores, faz o contato direto com o consumidor, com o cliente potencial, com o paciente, fazendo um confronto pessoal no qual esse relacionamento interativo de duas ou mais pessoas leva à explanação das necessidades e características do serviço prestado, ajudando na decisão. Neste momento, se estabelece um relacionamento que pode ser cativado a ser duradouro, baseado na confiança, na troca de conhecimentos e informações necessárias ao tratamento e acompanhamento do paciente em longo prazo. Esse talvez seja o primeiro grande objetivo do processo de comunicação realizado pela instituição, a fim de oferecer o seu serviço, tendo seus riscos e benefícios estabelecidos para que possa ser feita a finalização da decisão do processo de compra.

E, por último, o marketing direto, que existe de diferentes formas. Antigamente conhecido

como mala direta, acabou evoluindo para telemarketing e hoje é basicamente feito através do marketing por mídias eletrônicas. Ele propõe o envio de informações, promoções, lembretes, na tentativa de manter um relacionamento com o paciente, para que a marca continue sendo lembrada, para que se tente resgatar clientes que não tomaram ainda a decisão da prestação do serviço, ou para manter em longo prazo o vínculo e relacionamento com o profissional e organização.

RISCOS NA COMUNICAÇÃO MÉDICA

A comunicação de uma empresa pode ser interpretada como uma promessa de serviço explícito que os clientes usam como base para suas expectativas iniciais. No que se refere a aspectos competitivos, as empresas fazem promessas e lutam para criar expectativas que as diferenciem no mercado e motivem os clientes a optar por elas, e não por suas concorrentes. A tentação é prometer demais e aumentar as expectativas, podendo chegar a um nível irreal. Desta forma, quando as promessas são levadas a sério, o resultado pode ser de clientes insatisfeitos. Por sorte, muitas vezes, quando os serviços já são bem conhecidos pelos clientes, eles desconfiam e fogem destes anúncios.

A satisfação do cliente é desenvolvida pela comparação das suas expectativas com suas percepções do real processo de prestação de serviço. Em tempos de crescentes pressões competitivas, as empresas podem ser tentadas a prometer demais. Fazer promessas que a empresa não pode cumprir aumenta a expectativa do cliente e sua satisfação diminuirá



medida que as promessas não são cumpridas. Primeiro, o cliente fica desapontado e ocorre uma perda significativa de confiança entre a empresa e ele.

Além disso, pacientes decepcionados contam aos outros a sua experiência, o que aumenta o efeito adverso. O segundo problema afeta diretamente os funcionários da empresa de serviços. Trabalhar em locais que fazem falsas promessas coloca os funcionários em situação de compromisso e enfrentamento. O pessoal da linha de frente tem de explicar aos clientes porque a empresa não mantém suas promessas. Dada a ligação entre a satisfação do funcionário e



Segundo Christopher Lovelock, as ferramentas de comunicação de marketing são especialmente importantes em um ambiente de serviços porque ajudam a criar imagens poderosas e um sentido de credibilidade, confiança e tranquilidade. Comunicações de marketing, de uma forma ou de outra, são essenciais para o sucesso de uma empresa. Sem uma comunicação eficaz, clientes potenciais talvez nem tomem conhecimento da existência de uma empresa de serviços, daquilo que ela tem para lhes oferecer ou de como utilizar seus produtos para obter o melhor proveito. Clientes poderiam ser atraídos com mais facilidade por concorrentes e ofertas competitivas e não haveria nenhum gerenciamento proativo nem controle da identidade da empresa.

a do cliente, criar expectativas que não podem ser satisfeitas tem efeitos devastadores no longo prazo.

No próximo e último dos três artigos voltados para marketing e propaganda, abordaremos um dos grandes desafios encontrados em nosso dia a dia: como fazer com que nossas mensagens,

nossas estratégias de divulgação sejam notadas? Num ambiente tão competitivo, onde empresas pequenas ou grandes brigam pela divulgação de seus serviços no mercado, tanto por formas digitais como convencionais, uma das maiores dificuldades que nós temos é: como fazer a nossa empresa destacar-se na multidão?

Referências:

1. Marketing para Serviços de Saúde – Elsevier, RJ, 2010 – Roberto Minadeo.
2. Administração de marketing – Atlas, SP, 2019 – Philip Kotler.
3. Princípios de Marketing de Serviços – Cengage Learning, SP, 2010 – Hoffman, Bateson, Ikeda e Camponar.
4. Marketing para o século XXI – Ediouro, SP, 2009 – Philip Kotler.
5. Marketing e Gestão Estratégica de Serviços de Saúde – Thomson, SP, 2008 – Edmir Kuazaqui e Luiz Carlos Tanaka.

Carecas, uni-vos. Vocês estão sendo enganados, ludibriados e lesados no mundo todo



*Dr. Carlos Eduardo Leão
Membro fundador da ABCRC
e ex-presidente da ABCRC.
Especialista em Cirurgia
Plástica e Cirurgia da Calvície
CRM 14.076
RQE 1862*

E escrever sobre “calvície” sempre dá ibope porque desperta grande interesse em, pelo menos, metade dos homens da Terra que já sofrem ou sofrerão inexoravelmente com o problema que passou a existir logo após Adão morder a maçã.

Não, não, não! Vocês não estão entendendo. Maçã não causa calvície, mas aquela mordida tornou Adão um pecador, um simples mortal sujeito a desenvolver e passar à sua descendência essa entidade clínica que se tornou, ao longo da história, o maior trauma estético do homem de todos os tempos.

Na história antiga, Cleópatra preparava poções à base de urina da serpente *Naja* que se misturava com algas nativas formando um guisado que ela, toda noite, aplicava nas áreas calvas do general romano Marco Antônio, seu grande amor, numa tentativa de revitalizar seus parques cabelos. Uma espécie caseira de Capiloton ou Loção do Vicentino de Moeda da época.

Na história contemporânea, o compositor Roberto Roberti compõe a famosa marcha carnavalesca “Nós os carecas” com o arrebatador refrão “é dos carecas

que elas gostam mais”. Vamos e convenhamos, mas essa afirmativa é conversa pra boi dormir, altamente suspeita e com total conflito de interesse já que o compositor era proprietário de uma lustrosa careca.

Um parênteses: confesso achar o termo “careca” um tanto pejorativo e grosseiro. Tem um ar deselegante, diria. Embora imortalizado de norte a sul pela cultura popular e não molestado, por enquanto, pela nova ordem mundial de nomenclatura de gênero, confesso que prefiro os termos “calvos e calvas” antes que o “calves” passe a predominar por exigência de idiotas, cada vez mais em ascensão nos quatro cantos do mundo.

Muito embora a grande evolução da Restauração Capilar trazida pela técnica FUE seja uma realidade, a sua situação no mundo não é das melhores. Há hoje uma invasão da especialidade sem precedentes na história da Medicina. Todo mundo quer ser “cirurgião de calvície”.

Se esse “todo mundo” se detivesse apenas a médicos, mesmo sem treinamento para a arte, seria aceitável muito em função da legislação brasileira que permite ao graduado em Medicina fazer o



que bem entender na sua profissão. Se errar, porém, e não tendo título de especialista naquilo que se aventura, o problema é com o CFM e a Justiça.

Pra piorar, diferentes profissionais não médicos que atuam na área da saúde estão se aventurando no Transplante Capilar Estético. Muito pior ainda são as denúncias de técnicos, tatuadores e cabeleireiros estarem se juntando à “tchurma” num flagrante exercício ilegal da Medicina. E esse fenômeno é um problema mundial, by the way,

que parece não preocupar muito as autoridades oficiais de saúde, apesar das reiteradas denúncias das Sociedades Médicas da Especialidade, mundo afora.

Restauração Capilar não é apenas colocar cabelo na cabeça dos calvos. É uma especialidade que trata os mais diferentes problemas do couro cabeludo, sejam genéticos, doenças clínicas, tumores, traumas ou queimaduras. Calvície, falhas ou falta da barba e sobrancelhas apenas fazem parte desse amplo campo de atuação de uma abrangência técnica colossal.

Longe de se caracterizar em “reserva de mercado”, a Restauração Capilar, historicamente nas mãos dos cirurgiões plásticos e dermatologistas há mais de 70 anos, é Medicina raiz, sujeita às complicações inerentes ao seu exercício, exigindo do profissional competência para tratá-las.

Isso posto, cabe aqui um alerta à população necessitada para se precaver na escolha do seu profissional. Medicina é coisa muito séria e não permite aventuras sob pena de estigmas que machucam indelevelmente o corpo e a alma.