

FOLÍCULO

EDIÇÃO 37

AGOSTO 2026

REVISTA OFICIAL DA



Associação Brasileira
de Cirurgia da
Restauração Capilar



PLANEJAMENTO ALÉM DA TÉCNICA

Como as características do crânio influenciam o transplante capilar e quais estratégias ajudam a otimizar enxertos, área doadora e naturalidade



O LEGADO DE UM PIONEIRO

Dr. Carlos Eduardo Leão presta uma emocionante homenagem a Dr. Carlos Oscar Uebel, referência mundial que marcou para sempre a história do transplante capilar



RECONSTRUÇÃO QUE TRANSFORMA VIDAS

O passo a passo do transplante capilar em casos de escalpelamento, com foco em planejamento, vascularização e recuperação da autoestima



Índice



06

EDITORIAL CONVIDADO

Dr. Maxim Chumak, Chair do próximo Congresso Internacional da ISHRS, no Rio de Janeiro, registra sua mensagem aos profissionais brasileiros.



19

EVENTOS - 14º WCHR

Seul sediou o evento em maio, e Dr. Rubem Miranda traz os detalhes.



04

EDITORIAL

Os novos editores do Folículo, Drs. Solon Eduardo Gouveia Souza e Gustavo Faro, apresentam a 37ª edição da publicação.



07

EVENTOS - 10º CBRC

Dr. Gustavo Pádua apresenta os destaques do 10º Congresso da ABCRC, realizado em São Paulo, em junho.

15

EVENTOS - 9º LATAM FUE WORKSHOP

Dr. João Pedro Pereira conta como foi o evento realizado no México, em março.



22

ARTIGOS ATUAIS

Dra. Flávia Dias apresenta um panorama das principais estratégias em desenvolvimento para o tratamento da alopecia androgenética.

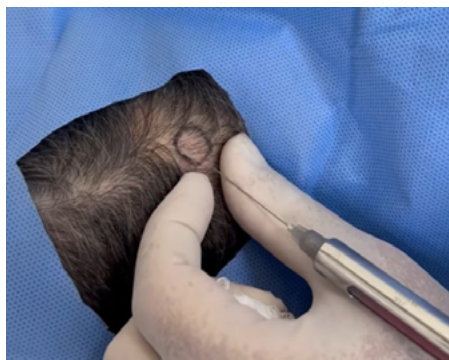




25

ARTIGOS CLÁSSICOS

Dr. Gustavo Faro relembra a inovadora técnica do Dr. Carlos Uebel, que ajudou a estabelecer as bases da restauração capilar moderna.



39

DICA DE O FOLÍCULO

Tendo vídeos como apoio, Dr. Francisco Le Voci aborda a biópsia de couro cabeludo - indicação, passo a passo e conselhos práticos.



44

MARKETING

Dr. Márcio André Volkweis discute estratégias para fortalecer a autoridade profissional por meio de conteúdo, considerando ética, conexão e autoridade.



27



ARTIGO

Os Drs. Marcelo Augusto Ravasio Machado, Ciro Paz Portinho e colegas discorrem sobre o transplante capilar reparador em couro cabeludo pós-escalpelamento extenso.



33



ARTIGO

Pacientes com crânio mesocefálico e braquicefálico exigem abordagem estratégica diferenciada, como mostram os Drs. Antonio Flávio de Oliveira e Márcio Crisóstomo.



41

JURÍDICO

As implicações éticas e jurídicas para médicos e pacientes da gravação de consultas, apresentadas pelos Drs. Solon Eduardo Gouveia Souza e Gustavo Graça Mercadante.



47



HOMENAGEM

Dr. Carlos Eduardo Leão registra sua admiração e saudades ao "amigo, mestre, conselheiro" Dr. Carlos Uebel.

Editorial

Caros colegas da ABCRC,

É com grande entusiasmo que assumimos a honrosa missão, confiada pelos amigos Dr. Henrique Radwanski e Dra. Marta Zollinger, de dar continuidade ao trabalho editorial de O Folículo, mantendo e ampliando o elevado padrão de qualidade que a revista vem conquistando ao longo dos anos.

Nosso propósito é aproximar cada vez mais este espaço dos associados e de todos os médicos interessados na cirurgia de restauração capilar e no tratamento das alopecias.

Também queremos fortalecer a projeção internacional da ABCRC, aproveitando a publicação em língua inglesa e a parceria com a ISHRS, a maior sociedade de restauração capilar do mundo, para divulgar a produção científica, as ideias e o talento dos profissionais brasileiros.

Abrimos esta edição com um editorial especial assinado pelo Dr. Maxim Chumak, coordenador científico do próximo Congresso Mundial da ISHRS, que convida a comunidade brasileira para participar deste importante encontro que será realizado no Rio de Janeiro em outubro. Será uma oportunidade única para reunir especialistas de diversos países em torno da troca de experiências e dos avanços mais recentes na cirurgia de restauração capilar e no tratamento das alopecias.

Na cobertura dos principais eventos científicos da especialidade, Dr. João Pedro Pereira, Dr. Rubem Miranda e Dr. Gustavo Pádua apresentam os destaques dos congressos mais recentes, compartilhando conhecimentos e tendências que vêm moldando a prática clínica.

Em sua tradicional coluna de Marketing, Dr. Márcio Volkweis discute um dos maiores desafios da atualidade: como construir uma presença digital sólida e ética em um cenário marcado por normas cada vez mais rigorosas e por uma concorrência crescente.



Dr. Solon Eduardo Gouveia Souza
CRM 126779 - RQE 39560

Nesta edição, também tive a satisfação de escrever, em parceria com o Dr. Mercadante, um artigo sobre um tema cada vez mais presente no cotidiano médico: o avanço das tecnologias wearables. Óculos inteligentes capazes de gravar consultas e procedimentos já fazem parte da realidade de muitos consultórios, levantando importantes questões éticas, jurídicas e práticas que merecem reflexão.

Aproveitando um dos temas debatidos no Fórum Ricardo Lemos, o Dr. Antônio Flávio assina um artigo inédito no qual compartilha sua abordagem para o tratamento das alopecias extensas em pacientes com crânio braquicefálico, leitura indispensável para todos os cirurgiões dedicados à restauração capilar.

O Dr. Francisco Le Voci apresenta uma revisão extremamente prática sobre a técnica de biópsia do couro cabeludo, enriquecida com vídeos demonstrativos que detalham, passo a passo, a execução do procedimento. Um material de grande utilidade tanto para quem está iniciando quanto para profissionais que desejam aperfeiçoar sua técnica.

Complementando esta edição, a Dra. Flávia Dias traz uma revisão atualizada sobre as terapias emergentes para o tratamento da alopecia androgenética, abordando as evidências mais recentes e as perspectivas de futuros tratamentos.



Dr. Gustavo Faro
CRM 198379 - RQE 83065

O Dr. Marcelo Ravasio contribui com um marcante relato de caso sobre a reconstrução do couro cabeludo após escarpelamento decorrente de acidente de trânsito, demonstrando a complexidade desses casos e o extraordinário potencial da cirurgia reconstrutiva na recuperação funcional e estética dos pacientes.

Em homenagem ao Dr. Carlos Uebel, que nos deixou em maio deste ano, Dr. Gustavo Faro traz na seção Trabalhos Clássicos um dos artigos mais emblemáticos do Uebel, "Micrografts and Minigrafts: A New Approach for Baldness Surgery", publicado em 1991.

Dando sequência a essa homenagem, encerramos esta edição com um emocionante relato escrito pelo Dr. Carlos Leão ao Dr. Uebel: seu legado permanece vivo por meio de sua vasta produção científica, de sua contribuição inestimável para a formação de gerações de cirurgiões e do impacto permanente que exerceu sobre a cirurgia plástica e a cirurgia de restauração capilar no Brasil e no mundo.

Como novos editores, assumimos o compromisso de continuar fazendo de O Folículo um espaço cada vez mais relevante para a divulgação do conhecimento científico, da experiência prática e da inovação em nossa especialidade.

Desejamos a todos uma excelente leitura.



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. Isaías 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
Dr. Solon Eduardo Gouveia Souza
Dr. Gustavo Faro

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



Message to the Brazilian Hair Restoration Community



Maxim Chumak, MD,
FISHRS, ABHRS
Chair, ISHRS World
Congress Rio 2026

Dear colleagues and friends,

It is a great honor to address the Brazilian hair restoration community as Chair of the upcoming [ISHRS World Congress in Rio de Janeiro](#).

Brazil has always held an important place in the global development of aesthetic and reconstructive surgery, and Brazilian physicians continue to bring exceptional creativity, technical excellence, and scientific contribution to our specialty. For this reason, hosting the ISHRS World Congress in Rio is especially meaningful.

The theme of this Congress, "Integrity Meets Excellence," reflects the moment we are facing as a specialty. Hair restoration surgery is evolving rapidly, but so are the challenges of misinformation, commercialization, and non-physician-driven models of care. More than ever, we must

reinforce the value of ethical, physician-led, patient-centered hair restoration.

The Rio Congress will be designed not only to deliver the highest level of scientific education, but also to encourage meaningful interaction among colleagues from around the world. We are expanding opportunities for discussion, mentorship, Meet the Expert sessions, innovative case-based formats, and patient education initiatives that will help strengthen our role as trusted medical authorities.

I sincerely encourage all Brazilian colleagues to participate actively in this important meeting. Your presence, your experience, and your scientific voice will help make this Congress a truly memorable and impactful event for our international community.

I look forward to welcoming you in Rio de Janeiro.



Highlights do 10º Congresso da ABCRC

Evento foi realizado em São Paulo, em 26 e 27 de junho de 2026



Dr. Gustavo Pádua
Cirurgião Plástico
CRM-SP 156.812 - RQE 71.786

O que você vai ler neste artigo

- Os principais destaques científicos e cirúrgicos apresentados durante os dois dias de congresso.
- As tendências em transplante capilar, tratamentos clínicos, inteligência artificial e novas tecnologias aplicadas à especialidade.
- Os debates sobre casos complexos, técnicas avançadas e desafios atuais da prática clínica.
- Como a ABCRC consolida seu papel na formação médica, na produção científica e no fortalecimento da restauração capilar brasileira no cenário internacional.

O 10º Congresso Brasileiro de Restauração Capilar consolidou a maturidade científica da cirurgia de restauração capilar no Brasil e reforçou o papel da ABCRC como protagonista na formação continuada, produção de conhecimento e integração entre dermatologistas e cirurgões plásticos dedicados à área. Realizado em São Paulo, sob o tema **"Desvendando a Calvície Androgenética"**, o congresso reuniu especialistas nacionais e internacionais em dois dias de atualização científica e troca de experiências.

A programação evidenciou uma característica que define a restauração capilar atual: decisões baseadas em evidências e individualização do tratamento. A cirurgia deixou de ser um procedimento isolado para integrar uma estratégia terapêutica mais ampla, envolvendo diagnóstico preciso, tratamento clínico, planejamento cirúrgico e acompanhamento contínuo do paciente.

Entre os temas discutidos, destacou-se o entendimento da alopecia androgenética, contemplando aspectos genéticos, fisiopatológicos e terapêuticos. O manejo clínico ganhou espaço relevante, refletindo a crescente compreensão de que resultados duradouros dependem da combinação entre terapias medicamentosas e cirurgia quando adequadamente indicadas.

As sessões cirúrgicas reforçaram o refinamento técnico. Observou-se uma evolução em praticamente todas as etapas do transplante capilar, desde o planejamento da área receptora até estratégias de extração, conservação dos enxertos, implantação e otimização logística do procedimento. Detalhes técnicos continuam sendo responsáveis por diferenças significativas na qualidade dos resultados.

Outro destaque foi o espaço dedicado aos procedimentos em áreas especiais, como barba e sobrancelhas, cuja crescente demanda exige domínio anatômico, refinamento estético e compreensão

EVENTOS

das particularidades técnicas que diferenciam esse procedimento do transplante capilar para calvície e alopecias.

O congresso também abriu espaço para discussões sobre novas tecnologias, uso de IA, dispositivos e ferramentas auxiliares, sempre com abordagem crítica e ética. Ficou evi-

dente que o uso de novas soluções deve ocorrer de forma criteriosa, priorizando segurança, reprodutibilidade, ética e benefício clínico ao paciente.

Merece destaque a qualidade das discussões entre os palestrantes e congressistas. Em muitos momentos, diferentes abordagens foram apresentadas para um mesmo de-

safo cirúrgico, demonstrando que a evolução da especialidade é fruto também da troca de experiências, do debate científico e da disposição em revisar conceitos à luz das melhores evidências disponíveis.

A seguir, segue um resumo dos principais destaques de cada dia do evento.



Primeiro dia, 26 de junho de 2026

Sessão Geral 1 - Alopecia Androgenética

Moderação: Dra. Anna Cecília Andriolo (São Paulo – SP)

O congresso teve início com uma sessão dedicada à alopecia androgenética (AGA), tema central da especialidade. A Dra. Thaís Abrão nos trouxe uma atualização sobre fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da condição, contextualizando os avanços mais recentes da literatura. Em seguida, a Dra. Anna Cecília realizou uma demonstração prática que combinou LED, aplicação de Laser de Erbium YAG (Plataforma de Laser Fotona) e MMP, evidenciando o potencial das terapias complementares no manejo clínico da AGA.

O Dr. Antônio Ruston apresentou um vídeo com a técnica FUE passo a passo, e o Dr. Márcio Volkweis trouxe os "pulos do gato" na cirurgia da calvície — detalhes de execução que fazem a diferença no resultado com uma técnica de "taping" para diminuição do edema facial no pós-operatório. A sessão se encerrou com "O que você faria e o que eu fiz", pela Dra. Katia Vargas Lutfi Pillegi e pela Dra. Marina Lages, promovendo interação e discussão prática de caso clínico real.

Sessão de Dicas 1 - Para Colocar em Prática na Segunda-Feira: Hairline

Moderação: Dr. Márcio Volkweis (Porto Alegre – RS)

A sessão moderada pelo Dr. Márcio Volkweis abordou o design

da hairline em suas diferentes dimensões. O próprio moderador discutiu o hairline feminino; o Dr. Fernando Basto, um dos pioneiros da especialidade no Brasil, apresentou sua abordagem para o hairline masculino; e o Dr. Domingos Coelho detalhou as estratégias para um caso corretivo e desafiador de hairline mal executada.

Sessão Geral 2 - Alopecias Cicatriciais

Moderação: Dr. Rafael Reinert (Blumenau – SC)

A abordagem das alopecias cicatriciais teve destaque com uma sessão de alto conteúdo técnico e clínico. As Dras. Thalita Carlesso e Lorena Visentainer abriram com apresentações sobre o transplante capilar em alopecias cicatriciais



EVENTOS



associadas a terapias regenerativas — tema que tem ganhado crescente atenção na literatura e na prática clínica. A Dra. Letícia Contin realizou uma demonstração prática de tricoscopia com Trichoview, demonstrando as possibilidades da ferramenta no diagnóstico e seguimento clínico de pacientes.

O Dr. Rafael Reinert compartilhou os "pulos do gato" na cirurgia das alopecias cicatriciais, com detalhes valiosos de planejamento e execução de frontoplastia associado ao transplante capilar. Para finalizar a sessão com "O que você faria e o que eu fiz" reuniu o Dr. José Rogério Regis e a Dra. Letícia Contin com discussões em diagnóstico, tratamento e seguimento de uma paciente com alopecia cicatricial.

Sessão de Discussão 1 - Novidades e Cuidados que devemos ter como Médicos Responsáveis

Moderação: Dr. Francisco Le Voci
(São Paulo – SP)

O Dr. Francisco Le Voci abordou a utilização da lipoenxertia em procedimentos capilares; a Dra. Marina Barletta discutiu uso de

células-tronco e seu real potencial clínico; e o Dr. William Wiegandt apresentou conceitos, atualidades e as perspectivas com uso de exossomos e PDRN nos tratamentos de alopecias.

Sessão Geral 3 - Giga Sessão

Moderação: Dr. Márcio
Crisóstomo (Fortaleza – CE)

Essa sessão representou um dos temas mais desafiadores da cirurgia capilar: a giga sessão. O

Dr. Gabriel Fachini abriu com uma apresentação sobre planejamento e execução dessas cirurgias, com uso de equipamentos personalizados e tecnologia de ponta. O Dr. Márcio Crisóstomo apresentou uma videocirurgia demonstrando a técnica FUE aplicada a esse contexto, e o Dr. Antônio Ruston apresentou uma análise objetiva sobre o que é possível, o que não é possível e o que deve ser esperado como resultado de rotina na maioria das calvícies extensas. O formato de caso clínico com o Dr. Rafael Reinert e o Dr. Arthur Tykocinski completou a sessão com debate sobre as escolhas cirúrgicas em cenários de alta complexidade, como nesses casos de calvície avançada.

Sessão Geral 4 - Long Hair e NoShaving

Moderação: Dra. Maria Angélica
Muricy (São Paulo – SP)

Uma homenagem emocionante sobre o legado do Dr. Ricardo Lemos, apresentada pelo Dr. Flávio Abboud, tocou profundamente os presentes. A Dra. Patrícia Veloso apresentou os "pulos do gato" na



cirurgia long hair, enquanto o Dr. Hudson Lázaro e o Dr. Fernando Franco discutiram casos reais no formato interativo da sessão.

A própria moderadora, Dra. Maria Angélica Muricy, encerrou com autoridade: realizou uma demonstração prática ao vivo sobre a separação dos fios na técnica sem raspagem e, em seguida, conduziu uma apresentação panorâmica e didática sobre tudo que envolve as técnicas long hair e non-shaving — da seleção do paciente ao pós-operatório.

Sessão de Inteligência Artificial 1 - IA na Restauração Capilar

Moderação: Dr. Francisco Le Voci (São Paulo – SP)

Uma das novidades desta edição do congresso foi a inclusão de duas sessões dedicadas à inteligência artificial. O Dr. Rafael Reinert abriu com conceitos, possibilidades e uma análise sobre a influência da IA na medicina atual; a Dra. Dirlene Roth discutiu as implicações da IA nas publicações científicas, onde a ferramenta deve ser usada de forma ética e criteriosa; e o Dr. João Pedro Pereira apresentou as principais ferramentas de IA já aplicáveis à restauração capilar, abordando pontos relevantes, vantagens e desvantagens dessas tecnologias. A questão não é mais "se" a IA entrará na especialidade, mas "como" utilizá-la com responsabilidade e critério.

Painel de Discussão Geral 1 - O que esperar do Futuro da Restauração Capilar?

Moderação: Dra. Anna Cecília Andriolo e Dr. Francisco Le Voci

Essa sessão reuniu o Dr. José Cândido Muricy, fundador da ABCRC, ao



lado de representantes das principais sociedades da área: World FUE Institute (Dr. Antônio Ruston), ISD (Dr. Leopoldo Santos), ISHRS (Dr. Mauro Speranzini) e SBCP (Dr. Fernando Basto). Os presentes debateram sobre o futuro da restauração capilar, mostrando diferentes pontos de vista sobre o rumo que a especialidade toma, a presença cada vez maior de clínicas clandestinas, não especialistas e não médicos conduzindo as cirurgias e o alarmante aumento do número de cirurgias corretivas.

Segundo dia, 27 de junho de 2026

Sessão Geral 5 - Alopecia Areata

Moderação: Dra. Priscila Kakizaki (São Paulo – SP)

O segundo dia teve início com a alopecia areata, condição que ganhou protagonismo renovado com o advento dos inibidores de JAK. A Dra. Lorena Dourado abriu com uma apresentação sobre fisiopatologia, apresentações clínicas e armadilhas diagnósticas, complementada por uma demonstração prática de laser e mesoterapia no seu manejo. A Dra. Priscila Kakizaki apresentou o "pulo do gato" com uso dos inibidores de JAK, hoje a classe com aprovação regulatória

mais robusta para alopecia areata grave. A apresentação do manejo de um caso clínico complexo pelas Dras. Flávia Stenberg e Alessandra Anzai encerrou a sessão com "o que você faria e o que eu fiz".

Sessão Geral 6 - Supercílios

Moderação: Dra. Maira Merlotto (São Paulo – SP)

A cirurgia de supercílios ganhou uma sessão inteiramente dedicada à sua complexidade estética e técnica. A moderadora Dra. Maira Merlotto abriu com uma apresentação sobre anatomia dos supercílios: a harmonia entre arte e técnica que define o sucesso cirúrgico. A Dra. Mary Matsuda realizou uma demonstração prática de SMP (mi-





cropigmentação), recurso complementar de grande valor. O Dr. René Rodriguez, de Bogotá (Colômbia), trouxe perspectiva internacional com uma videocirurgia de transplantes de cílios, enquanto o Dr. José Rogério Regis Jr compartilhou os detalhes de planejamento e execução que fazem a diferença. “O que eu fiz e o que você faria” no caso clínico, das Dras. Christine Graf Guimarães e Marina Lages, fechou a sessão com debate produtivo.

Sessão Geral 7 - AfroHair

Moderação: Dra. Maria Marta Zollinger (Salvador – BA)

O transplante em cabelos afro é um tema que a ABCRC tem

abordado com crescente profundidade. O Dr. Alex Gonzalez (México) apresentou sua visão sobre como dominar as particularidades técnicas do cabelo afro. O Dr. Sanusi Umar (EUA) conduziu uma videoaula sobre a Sanusi FUE Scoring (SFS) Scale, sistema de classificação pré-operatória que estratifica a dificuldade da extração de unidades foliculares (FUE) com base nas características da pele e dos cabelos da área doadora, auxiliando no planejamento da abordagem cirúrgica e na previsão da complexidade do procedimento. A moderadora, Dra. Maria Marta Zollinger, compartilhou seus “pulos do gato” na cirurgia, desde o preparo do paciente, técnica cirúrgica, dificuldades e desafios cirúrgicos e

possíveis complicações pós-operatórias. Dra. Maria Marta Zollinger apresentou um caso clínico que evoluiu com eflúvio intenso na área doadora e crescimento lento dos fios transplantados ao lado do Dr. Gonzalez, apresentando os desafios e as opções de condução das dificuldades apresentadas.

Sessão Geral 8 - Barba e Body Hair

Moderação: Dr. Solon Eduardo (São Paulo – SP)

A expansão do transplante capilar para além do couro cabeludo foi o tema desta sessão. O Dr. Solon Eduardo apresentou um panorama histórico sobre transplante de barba e body hair, seguido de uma demonstração prática ao vivo de técnica de marcação para transplante de barba. O Dr. José Cândido Muricy contribuiu com uma cirurgia vídeo-editada demonstrando sua rotina em cirurgias para calvície que combinam o uso de pelos corporais e cabelos. Para finalizar a sessão, Dr. Cleber Stuque apresentou um caso de alopecia cicatricial secundária, mostrando sua abordagem e como conduziu o caso, seguido dos comentários e opiniões feitas pelo Dr. José Cândido Muricy, no quadro “o que você faria e o que eu fiz”.

Sessão de Discussão 2 - Além da Medicina do Dia a Dia: O que não podemos deixar passar?

Moderação: Dr. Francisco Le Voci (São Paulo – SP)

Essa sessão abordou questões regulatórias, tributárias e de comunicação que todo médico precisa entender. A enfermeira Leandra Carbonari apresentou os pontos críticos da regulamentação ANVISA e as exigências legais do CRM para consultórios médicos e clínicas



EVENTOS

com variados tipos de centro cirúrgico (com e sem sedação); o Dr. Leonardo Villela explicou as mudanças que serão implementadas pela nova reforma tributária e seus impactos na gestão médica; e o Dr. Gustavo Mercadante trouxe uma análise atualizada sobre publicidade médica e o que o especialista pode fazer de forma ética e legal. A sessão foi recebida com grande interesse, refletindo a maturidade da ABCRC em tratar questões de gestão e carreira médica.

Sessão de Dicas 2 - Intercorrências

Moderação: Dra. Anna Cecília Andriolo (São Paulo – SP)

Intercorrências são realidade em qualquer especialidade cirúrgica, e esta sessão enfrentou o tema com transparência. O Dr. Antônio Ruston falou sobre a jornada da unidade folicular durante a cirurgia e as possíveis causas de baixo crescimento pós-transplante. O Dr. Hudson Lázaro abordou a foliculite persistente no pós-operatório, o que é esperado e normal e o que deve ser tratado como complicação. Além de abordar como manejar essas intercorrências. A Dra. Ludmila Ribeiro Pedrosa Naves discutiu as consequências da interrupção do tratamento clínico, com suas sugestões e com sua abordagem pessoal para aumentar a aderência dos pacientes ao tratamento medicamentoso. Dr. Rafael Reinert trouxe o impacto das canetas emagrecedoras (análogos de GLP-1) sobre a calvície e sobre o resultado do transplante capilar. E o Dr. Leandro Maia apresentou os diferentes tipos de hormônios anabolizantes e a sua relação com a progressão da alopecia androgenética e o impacto no resultado cirúrgico, temas cada vez mais frequentes no consultório.



Sessão de Inteligência Artificial 2 - As Novas Tecnologias de IA para o Transplante Capilar

Moderação: Dr. Márcio Volkweis (Porto Alegre – RS)

A segunda sessão de IA aprofundou o tema com foco em ferramentas disponíveis no mercado. A Dra. Luciana Takata (EUA) apresentou em uma videoaula o uso do Hairmetrix na sua prática clínica diária, o Dr. Felipe Pittella demonstrou o ScalpS-

can e suas novas funcionalidades (com avaliação da área doadora e contagem de densidade e calibre dos fios em tempo real); e o Dr. Koray Erdogan (Turquia) apresentou em videoaula o KE Hair Analyzer, uma ferramenta desenvolvida pela sua própria equipe em Istambul. A sessão mostrou a velocidade com que a tecnologia evolui e se incorporou na prática diária do transplante capilar, com ferramentas para auxiliar desde o planejamento cirúrgico até a análise de resultados.



EVENTOS

Sessão Geral 9 - Temas Variados

Moderação: Dr. Mauro Speranzini (São Paulo – SP)

A mesa de temas variados, moderada pelo Dr. Mauro Speranzini, foi aberta com a exibição de uma videoaula do Dr. William Rassman, que apresentou a trajetória de sua carreira, a origem da técnica de Extração de Unidades Foliculares (FUE) e os avanços mais recentes no desenvolvimento de um sistema robótico capaz de realizar a extração do folículo da área doadora e sua implantação na área receptora em aproximadamente três segundos. Embora a tecnologia ainda esteja em fase de desenvolvimento, ela foi apresentada como um potencial marco de inovação para a especialidade.

Na sequência, o Dr. Luiz Gustavo Martins abordou a importância da ergonomia para o cirurgião e sua equipe, destacando a incorporação de recursos como lupas ergonômi-

cas e exoesqueletos para reduzir a fadiga e melhorar as condições de trabalho durante procedimentos prolongados.

Além de moderar a mesa, o Dr. Mauro Speranzini apresentou seu trabalho mais recente sobre a utilização de moldes ectográficos no planejamento da densidade da área receptora e no desenho da linha capilar (hairline), propondo uma abordagem padronizada para otimizar o planejamento cirúrgico.

O Dr. Antonio Flávio expôs detalhadamente sua estratégia para obtenção de boa cobertura em pacientes com calvície avançada e grande perímetro cefálico, enfatizando técnicas pessoais de distribuição dos enxertos, reconstrução de picos temporais e desenho apropriado de Hairline para maximizar o resultado estético. Encerrando a sessão, o Dr. Fernando Franco demonstrou a aplicação da técnica combinada de Transplante de Unidade Folicular (FUT) com fios longos e FUE em

pacientes com calvície avançada e baixa densidade da área doadora.

Painel de Discussão Geral 2 - Limites: Sabemos mesmo respeitar?

Moderação: Dr. Arthur Tykocinski e Dr. Márcio Volkweis

A mesa de debates foi dedicada à discussão de temas controversos da cirurgia de transplante capilar, promovendo ampla interação entre os palestrantes e a plateia. A programação teve início com a Dra. Maria Angélica Muricy, que apresentou sua abordagem sobre as megassessões, discutindo suas indicações, limitações e os critérios para sua realização com segurança.

Em seguida, o Dr. Gustavo Melo ministrou uma aula sobre anestésicos locais, enfatizando seus mecanismos de ação, riscos e potenciais complicações. A apresentação serviu como um importante alerta para a necessidade de conhecimento aprofundado, planejamento adequado e adoção de medidas preventivas capazes de evitar eventos adversos potencialmente graves durante os procedimentos cirúrgicos.

Na sequência, o Dr. Koray Erdoğan apresentou um estudo envolvendo mais de 10.000 pacientes de diferentes nacionalidades, no qual analisou as características da área doadora, estabelecendo valores médios de densidade folicular e discutindo os limites seguros para sua exploração cirúrgica.

O Dr. Mauro Speranzini apresentou casos de correção de hairlines artificiais e desastrosas, demonstrando técnicas que aliam princípios anatômicos, planejamento estético e refinamento cirúrgico para obtenção de resultados mais harmônicos e naturais.





A sessão foi encerrada com um debate bastante enriquecedor sobre a escolha do diâmetro ideal dos punches utilizados na cirurgia. Foram apresentados argumentos favoráveis tanto ao emprego de punches menores quanto de diâmetros maiores, evidenciando que o tema permanece sem consenso definitivo e deverá continuar sendo objeto de discussão e aprofundamento nos próximos encontros científicos da especialidade.

Considerações Finais

O evento reafirmou a importância da ABCRC como espaço de integração entre especialistas que compartilham o compromisso com a excelência na restauração capilar. A

convivência entre colegas experientes e novos especialistas fortaleceu o ambiente de colaboração.

Ao final desta décima edição, fica evidente que a restauração capilar brasileira vive um momento de desenvolvimento marcante. A crescente inserção internacional de seus especialistas demonstra que o Brasil ocupa posição de destaque no cenário mundial da cirurgia capilar.

O 10º congresso da ABCRC mostrou que o futuro da especialidade será construído pela combinação entre ciência, inovação, espírito crítico e compartilhamento de conhecimento, princípios que norteiam a atuação da ABCRC e de seus associados. Dez edições são suficientes

para que uma entidade construa tradições, e a ABCRC soube fazê-lo sem abrir mão da renovação. A inclusão das sessões de inteligência artificial, a abordagem de temas regulatórios e tributários, a diversidade de formatos, apresentação de caso clínico interativo e demonstração prática ao vivo, revelam uma associação atenta ao que seus membros precisam no dia a dia.

Foram dois dias intensos. Saímos com a certeza de que a restauração capilar brasileira tem muito a ensinar ao mundo e continua aprendendo, com a humildade dos que sabem que a excelência é uma construção permanente.

Até o 11º Congresso!

9º Latin American FUE Workshop

Evento foi realizado na Riviera Maya, no México, de 27 a 30 de março de 2026



Dr. João Pedro Pereira
Dermatologista
CRM 184.452 - RQE 85.645

O que você vai ler neste artigo

- As principais tendências em transplante capilar, incluindo novas tecnologias, Long Hair FUE, no-shave e medicina regenerativa.
- Os debates sobre planejamento cirúrgico, preservação da área doadora e estratégias para resultados mais naturais e duradouros.
- Os principais aprendizados das cirurgias ao vivo e das discussões conduzidas por referências mundiais da especialidade.
- O destaque dos associados da ABCRC, que tiveram atuação expressiva em palestras, demonstrações cirúrgicas e apresentações científicas ao longo do congresso.

O 9º Latin American FUE Workshop, realizado entre os dias 27 e 30 de março de 2026, na Riviera Maya, no México, reuniu importantes nomes da cirurgia de restauração capilar mundial em uma programação intensa, prática e abrangente. Inspirado em um formato objetivo, o encontro foi marcado por aulas curtas, discussões ao final de cada bloco e grande valorização da troca prática entre cirurgiões. O workshop funcionou como um espaço de comparação entre diferentes escolas, equipamentos, estratégias e filosofias cirúrgicas, sempre com foco em naturalidade, segurança e previsibilidade a longo prazo.

Para a ABCRC, o congresso teve um significado especial. A presença expressiva de associados da entidade em diferentes momentos da programação reforçou a relevância científica, técnica e institucional da cirurgia brasileira de restauração capilar no cenário latino-americano e internacional.

Sexta-feira, 27 de março

O primeiro dia se iniciou com uma revisão dos princípios fundamentais da FUE, incluindo anatomia aplicada, princípios de excisão, ética em transplante capilar e erros comuns.

Na sessão “Donor Area – The Key”, a área doadora foi colocada no centro do planejamento cirúrgico. Esse bloco trouxe uma discussão essencial sobre preservação da doadora, capacidade real de extração, reconstrução de áreas esgotadas e planejamento a longo prazo. Nesse contexto, a aula do Dr. Antonio Ruston, intitulada “Donor Supply: The Boss of Hair Restoration”, foi especialmente importante ao reforçar que a qualidade e a disponibilidade da área doadora devem sempre guiar a estratégia cirúrgica.

Também se discutiu como novos dispositivos, softwares de análise e ferramentas com inteligência artificial podem auxiliar

EVENTOS

cada vez mais nesse processo. Ainda assim, a mensagem central foi clara: a tecnologia pode ajudar, mas a decisão final precisa continuar sendo guiada pelo olhar crítico, pela experiência do cirurgião e pela visão de longo prazo.

Na sequência, a sessão dedicada às tecnologias em FUE trouxe apresentações sobre diferentes plataformas e dispositivos, incluindo micromotores, WAW, Zeus, Gramax, automação robótica e o novo Pulsar, da Trivellini Tech. Um dos pontos de maior interesse foi justamente a introdução do Pulsar, equipamento que incorpora uma válvula a vácuo para aumentar a pressão da sucção no momento da excisão e um sensor de força adaptativo, capaz de ajustar os parâmetros do dispositivo conforme a resistência encontrada na pele. Esses recursos foram apresentados como estratégias para melhorar a qualidade, a facilidade e a velocidade do processo de extração, oferecendo ao cirurgião maior controle durante uma das etapas mais críticas da FUE.

Um dos blocos centrais do dia foi “Design & Strategy in Hair Restoration”, que abordou planejamento masculino e feminino, angulações, triângulos temporais, coroa, linha frontal e design global da face. Fiquei especialmente contente em contribuir de forma ativa nessa sessão com a aula “Face Global Design”, falando um pouco sobre minha técnica de avaliar a queixa do paciente e sua anatomia de maneira integrada. A proposta foi discutir como a associação entre transplante capilar e transplante de barba pode ajudar a equilibrar a moldura facial de acordo com as características individuais, desejos estéticos e, principalmente, com uma visão de longo prazo.



Ainda nessa sessão, a aula do Dr. Antonio Ruston sobre picos temporais foi extremamente relevante. O tema trouxe um alerta importante sobre o excesso de reconstrução dessa região anatômica, especialmente quando realizado sem considerar a progressão crônica da calvície. A reconstrução agressiva dos picos temporais, ou tecnicamente mal executada, pode gerar resultados artificiais, chamativos e de difícil correção.

A sessão de Long Hair FUE teve forte protagonismo brasileiro e de associados da ABCRC. O Dr. Carlos Calixto apresentou sua experiência com Long Hair em mulheres, enquanto a Dra. Patricia Veloso trouxe estratégias para otimizar o número máximo de enxertos em procedimentos com fios longos. As aulas demonstraram a expertise e a liderança dos brasileiros nessa área, inclusive com discussão sobre gigassessões de mais de 3.500 enxertos pelo método Long Hair.

Na sessão seguinte, dedicada à implantação dos enxertos, merece destaque a participação do Dr. Marcelo Pitchon, uma das grandes referências mundiais quando o assunto é transplante com fios longos.

O primeiro dia também contou com um painel de simulação de design de hairline, no qual tive a honra de participar ao lado de uma das maiores referências mundiais no tema, o Dr. Ron Shapiro, autor de diversas publicações importantes sobre desenho de linha frontal, além da Dra. Alba Gómez, que também contribuiu de maneira muito pertinente, especialmente considerando pacientes do sexo feminino.

Sábado, 28 de março

O sábado foi dedicado às cirurgias ao vivo, realizadas no centro cirúrgico Kaloni.

Um dos grandes destaques foi a demonstração prática do novo Pul-



sar, da Trivellini Tech. O dispositivo foi utilizado em extração de cabelo longo com a Dra. Patricia Veloso e o Dr. Roberto Trivellini, além de extração em cabelo raspado com o Dr. Antonio Ruston, ambos em paciente masculino. Essas demonstrações permitiram observar de forma prática como os novos recursos do equipamento podem influenciar o processo de excisão, especialmente em termos de controle, velocidade e qualidade dos enxertos.

Também houve transplante com fio longo em paciente do sexo feminino, reforçando a importância crescente das técnicas menos perceptíveis e socialmente mais discretas, especialmente para mulheres.

Outro ponto de grande destaque foram as duas cirurgias de transplante de sobrancelhas, uma em paciente feminino e outra em paciente masculino, executadas com maestria pelas excelentes cirurgiãs brasileiras Dra. Christine Graf e Dra. Veruska Moskata.

Uma cirurgia que chamou muita atenção foi o transplante de cílios, tema ainda controverso e tecnicamente desafiador pelo alto índice de complicações potenciais e pela necessidade de domínio amplo da técnica. O procedimento foi brilhantemente realizado pelas brasileiras Dra. Thalita Carlesso e Dra. Lorena Visentainer, referências no tema.

Ainda no dia cirúrgico, a Dra. Maria Angélica Muricy teve uma participação de grande relevância ao demonstrar sua técnica de no-shave com pré-trimming, permitindo a extração das unidades foliculares com fios curtos, sem necessidade de raspar amplamente a região doadora.

A contribuição da Dra. Maria Angélica Muricy merece destaque especial por representar uma das grandes demandas atuais da restauração capilar: oferecer procedimentos cada vez menos perceptíveis, mantendo qualidade técnica, produtividade e segurança. Sua abordagem mostra como a individualização da raspagem, quando bem planejada, pode ampliar as possibilidades cirúrgicas e melhorar a experiência do paciente no pós-operatório.

Domingo, 29 de março

O terceiro dia começou com uma sessão dedicada ao transplante de sobrancelhas, revisando conceitos importantes de desenho, angulação, seleção de enxertos e prevenção de complicações. O destaque brasileiro ficou novamente com a Dra. Christine Graf, cuja técnica havia sido demonstrada no dia anterior com muita precisão.

Na sessão sobre cílios, barba e bigode, a dificuldade técnica do transplante de cílios voltou a ser ressaltada. A Dra. Thalita Carlesso apresentou uma excelente explicação sobre planejamento, técnica correta e seleção de pacientes, enquanto a Dra. Lorena Visentainer abordou o manejo das possíveis complicações.

Ainda nessa sessão, o Dr. Antonio Ruston trouxe uma contribuição muito importante sobre o uso de pelos corporais. Sempre exemplificando seus pontos com casos reais, ele destacou os possíveis efeitos visuais inestéticos no longo prazo quando esses fios são utilizados sem seleção adequada ou sem planejamento preciso.

Na sequência, a sessão de transplante capilar reparador abordou

um tema cada vez mais presente na prática clínica, especialmente diante do crescimento mundial do mercado de transplante capilar e do aumento de casos previamente operados com resultados insatisfatórios.

Um momento extremamente didático foi a demonstração prática dos princípios de uma cirurgia bem-sucedida realizada do começo ao fim pelo médico, apresentada pelo brasileiro Dr. Arthur Tykocinski. Com uma técnica refinada e passo a passo muito claro, ele demonstrou como o controle de todas as etapas do procedimento pode contribuir para resultados mais consistentes e previsíveis.

As duas sessões de tratamentos clínicos também trouxeram temas muito atuais. Foram discutidas novas evidências sobre mesoterapia com dutasterida em sessões intervaladas a cada três meses como adjuvante ou alternativa ao tratamento clínico convencional. Também foi abordada a promessa de um minoxidil de liberação lenta, que poderá permitir o uso de doses maiores do medicamento e, possivelmente, maior benefício terapêutico sem aumento proporcional dos efeitos colaterais.

As terapias regenerativas também estiveram em destaque. A Dra. Lorena Visentainer, a Dra. Thalita Carlesso e o Dr. Francisco Le Voci, todos representando de forma muito positiva a presença brasileira e a força científica da ABCRC, trouxeram contribuições importantes, respectivamente, sobre suporte regenerativo no transplante capilar em alopecia androgenética, uso de nanofat e PRP em alopecias cicatriciais e melhora da qualidade do tecido cicatricial para funcionar como leito receptor. Os casos apre-

sentados pelo Dr. Francisco Le Voci foram excelentes e demonstraram de forma muito visual como a melhora do tecido cicatricial pode ser determinante para o sucesso de procedimentos reparadores.

Na sessão dedicada às alopecias cicatriciais, a Dra. Lorena Visentainer apresentou sua técnica e experiência com transplante nesses casos, evidenciando resultados excelentes.

A sessão de small sessions and megasessions contou com a participação do brasileiro Dr. Gabriel Fachini, que apresentou sua abordagem para sessões de alto volume. Sua técnica envolve planejamento preciso da região doadora com auxílio de softwares como o TrichoLAB, seleção criteriosa dos pacientes e extrações extensas com punches extremamente pequenos. A apresentação demonstrou que sessões com mais de 6.000 enxertos podem ser realizadas com segurança em pacientes adequadamente selecionados, desde que haja avaliação minuciosa da doadora, planejamento correto e execução técnica refinada.

Segunda-feira, 30 de março

O último dia começou com uma sessão dedicada à Unshaven FUE, uma das áreas mais valorizadas na restauração capilar contemporânea pela busca crescente por procedimentos mais discretos e com menor impacto social. A brasileira Dra. Veruska Moskata apresentou sua técnica com fio longo, demonstrando a importância do planejamento cuidadoso, da seleção adequada dos casos e do refinamento técnico para alcançar bons resultados sem raspagem.

Também merece destaque especial a participação da Dra. Maria

Angélica Muricy, que apresentou sua técnica de pré-trimming. Sua abordagem proporciona maior eficiência na extração e aumento do número de enxertos possíveis em uma única sessão sem a necessidade de raspagem ampla da região doadora.

A presença da Dra. Maria Angélica Muricy ao longo do congresso reforçou sua importância no desenvolvimento e divulgação de técnicas menos perceptíveis em FUE.

Sua abordagem prática e eficiente demonstra como a cirurgia sem raspagem pode ser otimizada sem perder o compromisso com a qualidade da extração, a preservação da área doadora e a naturalidade do resultado final.

Na sessão de controle de qualidade dos enxertos, o brasileiro Dr. Gustavo Martins discutiu a taxa de transecção em técnicas raspadas versus não raspadas, contribuindo para uma reflexão importante sobre eficiência, segurança e limites técnicos das abordagens sem raspagem. Já o Dr. Arthur Tykocinski abordou a importância da sucção na cirurgia FUE, tema diretamente relacionado à qualidade da extração e à preservação das unidades foliculares.

Na última sessão técnica, o Dr. Antonio Ruston apresentou sua técnica pessoal, encerrando o congresso com uma mensagem que esteve presente em vários momentos do evento: a restauração capilar deve ser guiada por planejamento, prudência, senso estético e visão de longo prazo. Sua participação ao longo do workshop foi marcante justamente por trazer reflexões práticas, baseadas em casos reais, sobre como evitar resultados artificiais e preservar a naturalidade com o passar dos anos.

A força da ABCRC no cenário internacional

Um dos pontos mais marcantes do 9º Latin American FUE Workshop foi a expressiva participação de médicos brasileiros associados à ABCRC. A entidade esteve muito bem representada em diferentes áreas da programação, desde aulas teóricas até demonstrações cirúrgicas ao vivo, reforçando seu papel na valorização científica, técnica e ética da restauração capilar brasileira.

Entre os associados de destaque estiveram os Drs. Carlos Calixto, Patricia Veloso, Marcelo Pitchon, Christine Graf, Veruska Moskata, Maria Angélica Muricy, Thalita Carlesso, Lorena Visentainer, Francisco Le Voci, Gabriel Fachini, Gustavo Martins, Arthur Tykocinski, Antonio Ruston e João Pedro Pereira. A amplitude dos temas apresentados por esses colegas demonstra a maturidade da restauração capilar nacional e a força da ABCRC como representante de uma comunidade médica tecnicamente preparada e cada vez mais reconhecida internacionalmente.

A presença brasileira contemplou áreas fundamentais da especialidade: Long Hair FUE, transplante feminino, design facial, picos temporais, megasessões, controle de qualidade, alopecias cicatriciais, medicina regenerativa, sobrancelhas, cílios, no-shave, pré-trimming, cirurgia reparadora e demonstrações ao vivo.

Mais do que uma presença quantitativa, a participação dos associados da ABCRC mostrou protagonismo técnico. As apresentações e cirurgias demonstraram experiência, inovação, domínio de equipe e capacidade de contribuir de forma relevante para discussões internacionais de alto nível.



14º World Congress for Hair Research

Congresso foi realizado no fim de maio em Seul, Coreia



*Dr. Rubem Miranda
Dermatologista especialista em
tricologia e transplante capilar FUE
CRM 37674 - RQE 20276*

O que você vai ler neste artigo:

- Destaques apresentados no congresso e as perspectivas que podem transformar a prática clínica nos próximos anos.
- As principais novidades no tratamento da alopecia areata, alopecia androgenética e alopecias cicatriciais.
- O que as pesquisas revelam sobre novas terapias, como bloqueadores do receptor de prolactina, degradadores do receptor androgênico e formulações inovadoras de minoxidil.
- As evidências mais recentes sobre inibidores de JAK, dutasterida, segurança dos antiandrógenos e outras abordagens emergentes.
- Os aprendizados do congresso que já podem influenciar a prática clínica e aqueles que ainda dependem de confirmação em estudos futuros.

Entre 28 e 31 de maio, Seul sediou o 14º World Congress for Hair Research (WCHR), pela primeira vez ao lado da Korean Hair Research Society. Novos insights para um melhor entendimento dos diversos tipos de alopecia e consequentemente novas opções terapêuticas. Assuntos da moda, como Exossomos e Peptídeos quase não foram abordados, provavelmente pela ausência de evidência científica. Dentre os diversos assuntos apresentados, vale destacar alguns.

No tratamento da alopecia areata, os inibidores de JAK (baricitinibe, ritlecitinibe, deuruxolitinibe, upadactinib) ratificam sua maior eficácia, sendo uma tendência ao seu uso de forma precoce. Na prática, a orientação foi de otimização: tratar cedo, esperar no mínimo três meses antes de julgar a resposta e trocar de molécula em caso de falha, já que responder a um JAK não garante resposta a outro. O minoxidil oral em baixas doses apareceu tanto como bom potencializador do baricitinibe nos primeiros seis meses de uso, quanto como resgate em não pacientes não responsivos, mais do que dobrando a chance de resposta no 9º mês. Outro fator relatado foi a importância de utilizar, além do Salt Score, o critério PAVE, que acrescenta o impacto psicossocial na classificação da gravidade da doença.

Já na alopecia androgenética, foi questionado se o processo de miniaturização folicular não seria complexo demais para ser conduzida apenas pela sinalização do receptor androgênico. Dentre as inúmeras apresentações descrevendo estudos tentando evidenciar novos mecanismos e opções de tratamento, destaco o papel da prolactina na AAG. Foi evidenciado que o folículo capilar frontotemporal masculino é alvo e fonte de prolactina, sendo que este hormônio induziu uma fase catágena prematura e reduziu o pool de células-tronco epiteliais (K15+/CD34+)

do folículo, contribuindo para a miniaturização típica da AAG. A partir daí foi apresentado o ABS-201, anticorpo monoclonal desenhado por IA para bloquear o receptor de prolactina (PRLR). Em pele humana ex vivo, reverteu o catágeno induzido por prolactina, prolongou a fase anágena, aumentou fatores de crescimento como IGF-1 e FGF7, e protegeu células-tronco foliculares da apoptose. Em estudos em primatas este ativo superou o minoxidil tópico a 5% em regeneração capilar, com efeito sustentado por até quatro anos após parar o tratamento, uma durabilidade sem precedentes entre os agentes atuais.

Os primeiros dados em humanos, divulgados pela empresa em junho, mostraram boa tolerabilidade nas quatro coortes de dose única (150 a 1.800 mg, IV), sem eventos adversos graves e meia-vida de pelo menos 65 dias, o que sugere aplicações trimestrais ou quadrimestrais no futuro. A fase de doses múltiplas em pacientes com AAG começou no segundo trimestre de 2026, previsão de dados completos só em 2027. Apesar de ser uma terapia experimental, começamos a vislumbrar um novo alvo de tratamento da AAG, podendo otimizar os tratamentos já consagrados.

Várias aulas destacaram o uso consagrado do minoxidil oral em baixa dose (LDM), mostrando que sua descontinuação por efeitos adversos foi de apenas 1,5% e eventos leves em cerca de 20% dos pacientes. A nova fronteira agora é farmacocinética, com a tentativa de entregar o minoxidil ao folículo de forma sustentada, sem os picos plasmáticos que preocupam do ponto de vista cardiovascular. Duas apostas concorrem nesse espaço. A americana Veradermics apresentou o VDPHLO1, minoxidil de liberação prolongada em gel, com fase 2/3 em 519 homens (8,5 mg uma ou duas vezes ao dia) e



em 500 mulheres com alopecia de padrão feminino. Trata-se de um dos maiores estudos já feitos nessa indicação, com resultados esperados ainda em 2026. Se aprovado, seria o primeiro minoxidil oral com registro formal para AAG. Um grupo asiático, por sua vez, apresentou o mesmo composto sob o ângulo de “otimização da exposição folicular”, com curva de liberação mais estável. Nenhuma das duas iniciativas têm dados publicados e revisados por pares ainda.

Já a dutasterida 0,5 mg segue superando a finasterida na repilação de vértice e região frontal, por bloquear as duas isoformas da 5-alfa-redutase. Um estudo espanhol com 307 homens em vida real mostrou melhora em 90% dos pacientes em dose plena, com só 3% de descontinuação e zero efeitos colaterais no grupo de dose baixa semanal (2 a 3 cápsulas de 0,5 mg), embora com taxa de melhora um pouco menor (66%) quando comparado a dose diária. Um algoritmo apresentado no congresso já coloca a dutasterida oral, associada ou não a minoxidil, como tratamento de escolha na AAG masculina, reservando doses baixas para quem se preocupa com a tolerabilidade ou está em manutenção. Também foi apresentada a dutasterida de 0,2mg de uso diário, sendo que o estudo evidenciou eficácia comparável à dutasterida 0,5mg e com menos efeitos colaterais.

Sobre a segurança psiquiátrica dos inibidores da 5-alfa redutase, dois estudos trouxeram algum alívio. Uma farmacovigilância na base FAERS da FDA, com mais de 11 mil relatos entre 2004 e 2024, confirmou que sintomas sexuais e psiquiátricos (disfunção erétil, queda de libido, depressão, ansiedade, ideação suicida) são notificados sobretudo em homens jovens, mas sem ter evidências de causalidade. Já uma metanálise no European Urology Focus, com mais de 2,2 milhões de pacientes, não achou associação estatística entre esses medicamentos e risco de depressão ou suicídio, mesmo na dose de 1 mg/dia usada para AAG. A leitura em Seul foi de equilíbrio: a síndrome pós-finasterida não deve ser negada, mas o foco deveria migrar da disputa sobre sua existência para triar melhor os pacientes psicologicamente mais vulneráveis, com uma comunicação de risco que não alimente o efeito nocebo.

EVENTOS

Outras frentes em desenvolvimento para tratamento da AAG que foram abordadas no congresso:

- **Clascoterona tópica:** antiandrogênio tópico a 5% duas vezes ao dia, em fase 3 (programa SCALP), sem os efeitos sistêmicos dos antiandrogênios orais.
- **GT20029 (PROTAC):** tecnologia vinda da oncologia — em vez de bloquear, degrada o receptor de DHT via proteassoma; já avança para fase 3.
- **PP405:** inibidor do carreador mitocondrial de piruvato, estimula direto a proliferação de células-tronco foliculares. Na fase 2a (78 participantes), bateu a meta de segurança sem absorção sistêmica detectável.
- **Laser e fototerapia:** grupos asiáticos se posicionam como pioneiros no uso clínico de laser não ablativo fracionado e fotobiomodulação para AAG com bons resultados.
- **Bicalutamida intradérmica:** protocolo experimental (0,5% com lidocaína 2%, mensal, três sessões) como alternativa tópica-injetável de bloqueio androgênico local, ainda em fase preliminar.

Na parte das alopecias cicatriciais primárias (alopecia frontal fibrosante (AFF), alopecia central centrífuga cicatricial (CCCA), foliculite decalvante e celulite dissecante), estudos evidenciaram que a disfunção metabólica sistêmica pode ser mais causa do que consequência. Uma metanálise de 2025 com quase 33 mil pacientes com CCCA mostrou chances bem maiores de diabetes (OR 1,67, prevalência de

26%) e dislipidemia (OR 4,46, prevalência de 54%) nessa população, além de mais hipertensão que em controles. Um estudo publicado na JAMA Dermatology em 2024 mostrou que metformina em baixa dose (500 mg/dia) reduziu assinaturas genéticas pró-fibróticas em pacientes com CCCA, inclusive nos sem pré-diabetes, por um mecanismo que envolveria TGF- β e o eixo da angiotensina II. A recomendação discutida em Seul foi direta: rastrear resistência à insulina (HOMA-IR) ou HbA1c em todo paciente com CCCA e AFF, mesmo sem histórico metabólico conhecido.

Na AFF, uma “epidemia emergente”, o tratamento segue multimodal, com sugestão de suspensão de produtos tópicos com fragrâncias e protetores solares químicos (trocando por filtros físicos/minerais), regular hormônios quando há desequilíbrio estrogênio-andrógeno ligado à menopausa, e usar anti-inflamatórios (hidroxicloroquina, doxiciclina, metotrexate, micofenolato mofetil, ciclosporina), além da associação com minoxidil e dutasterida.

Então o que fica para a prática clínica?

Na alopecia areata, os inibidores de JAK seguem como pilar terapêutico, mas o próximo salto de eficácia deve vir de estratégias combinadas.

Na AAG, dutasterida e minoxidil oral em baixa dose seguem sólidos como primeira linha, enquanto uma nova geração de terapias como o bloqueio do receptor de prolactina e os degradadores de receptor androgênico aparentam ser promissores.

E nas alopecias cicatriciais, talvez a mensagem mais aplicável hoje seja a mais simples: rastrear a saúde metabólica do paciente pode valer tanto quanto qualquer prescrição tópica.

Referências Bibliográficas

Fontes: sessões científicas do 14º World Congress for Hair Research (Seul, 28–31 de maio de 2026); comunicados da Absci Corporation (junho de 2026); Ministério da Saúde e Bem-Estar da Coreia do Sul; PLoS One 2025;20(3):e0309849; European Urology Focus 2024;10(5):751-753; JAMA Dermatology 2024.

King B, Ohyama M, Kwon O, et al. Two-year efficacy and safety of baricitinib in adults with severe alopecia areata: BRAVE-AA1 and BRAVE-AA2. J Am Acad Dermatol. 2025.

King B, Kwon O, Mesinkovska NA, et al. Efficacy and safety of ritlecitinib in alopecia areata. N Engl J Med. 2023.

Senna MM, King B, Craiglow BG, et al. Deuruxolitinib in severe alopecia areata. Lancet. 2024.

Vañó-Galván S, Pirmez R, Saceda-Corralo D, et al. Low-dose oral minoxidil for androgenetic alopecia: updated evidence. J Am Acad Dermatol. 2024.

Gupta AK, Talukder M. Low-dose oral minoxidil in the treatment of hair disorders: a systematic review. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023.

Ramos PM, Sinclair R, Pirmez R. Low-dose oral minoxidil: practical recommendations. Int J Dermatol. 2024.

Vañó-Galván S, Rodrigues-Barata AR, et al. Dutasteride in androgenetic alopecia: real-world effectiveness. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025.

Rossi A, Cantisani C, Melis L, et al. Finasteride versus dutasteride in androgenetic alopecia. Dermatol Ther. 2023.

Welk B, McArthur E, Ordon M, et al. Association of suicidality and depression with 5- α reductase inhibitors: systematic review and meta-analysis. Eur Urol Focus. 2024;10(5):751-753.

U.S. Food and Drug Administration. FDA Adverse Event Reporting System (FAERS): 5- α reductase inhibitors safety analysis, 2004–2024.

Bao A, Qadri A, Gadre A, et al. Low-Dose Metformin and Profibrotic Signature in Central Centrifugal Cicatricial Alopecia. JAMA Dermatol. 2024;160(11):1211-1219.

PLoS One. Association of metabolic disorders with central centrifugal cicatricial alopecia: systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2025;20(3):e0309849.

Veradermics. Oral VDPHLO1 achieved positive Phase 2/3 Study 302 results in male pattern hair loss. Company communication. 2026.

Veradermics. Oral VDPHLO1 Phase 2 study in female pattern hair loss. Company communication. 2026.

Veradermics. Clinical Development Program of VDPHLO1. 2026.

Absci Corporation. Positive interim Phase I data from the HEADLINE trial of ABS-201 targeting prolactin receptor in androgenetic alopecia. Company communication. 2026.

Pelage Pharmaceuticals. PP405 Phase 2a clinical trial update. Company communication. 2025.

Kintor Pharmaceutical. GT20029 (PROTAC) clinical development program for androgenetic alopecia. Company communication. 2025.

ClinicalTrials.gov. GT20029 for androgenetic alopecia. U.S. National Library of Medicine.

ClinicalTrials.gov. PP405 for androgenetic alopecia. U.S. National Library of Medicine.

ClinicalTrials.gov. Clascoterone topical solution for androgenetic alopecia (SCALP Program). U.S. National Library of Medicine.

Proceedings of the 14th World Congress for Hair Research (WCHR). Seoul, Republic of Korea. May 28–31, 2026.

Terapias emergentes para o tratamento da alopecia androgenética: para onde estamos caminhando?



*Dra. Flavia Rodrigues Dias
Médica dermatologista
especializada em Tricologia e
Transplante Capilar Membro
Titular da SBD, ABCRC e
ISHRS. Dermatology Fellow
na Sinclair Dermatology
(Melbourne, Austrália).
CRM-SP 166070
RQE 77795*

O que você vai ler neste artigo

- Um panorama das principais estratégias em desenvolvimento para o tratamento da alopecia androgenética e o que elas podem representar para o futuro da tricologia.
- Novos medicamentos que atuam diretamente no receptor androgênico, além da inibição da DHT.
- Terapias inovadoras voltadas à prolactina, células-tronco foliculares e regeneração capilar.
- Pesquisas sobre autofagia, envelhecimento celular, hormônios tireoidianos e novas formulações de minoxidil.
- O estágio atual das evidências científicas e as perspectivas para os próximos anos no tratamento da alopecia androgenética.

Por mais de três décadas, o tratamento padrão ouro da alopecia androgenética (AAG) baseou-se principalmente na estimulação do crescimento dos fios com minoxidil e na redução da produção/ação da di-hidrotestosterona (DHT) por meio dos inibidores de 5-alfa-redutase (finasterida e dutasterida) para homens e mulheres e bloqueadores dos receptores andrógenos

(espironolactona) para mulheres.

Recentemente, esse cenário começou a mudar. Novas estratégias terapêuticas buscam atuar em diferentes alvos biológicos, como o antagonismo tóxico do receptor androgênico, a inibição da sinalização da prolactina, a ativação de células-tronco foliculares e a modulação de vias metabólicas e do envelhecimento celular. O objetivo é ampliar a eficácia terapêutica, melhorar o perfil de se-



gurança e aumentar a adesão dos pacientes, superando algumas das limitações das terapias atualmente disponíveis.

Antagonismo direto do receptor androgênico

Diferentemente da finasterida e da dutasterida, que reduzem a produção de DHT por meio da inibição da enzima 5-alfa-redutase, essas terapias atuam diretamente no receptor androgênico.

A clascoterona, já aprovada para o tratamento da acne, vem sendo estudada na AAG. Trata-se de um antagonista tópico do receptor androgênico que compete com a DHT pela ligação aos receptores presentes nas glândulas sebáceas e nos folículos pilosos. Uma de suas principais vantagens em relação a outros antiandrogênicos é que, após a aplicação tópica, a molécula é rapidamente metabolizada em corticosterona inativa, o que pode reduzir o risco de efeitos sistêmicos.

Mais recentemente, o GT20029 introduziu um novo conceito para o tratamento da AAG. Em vez de apenas bloquear o receptor androgênico, como ocorre com os antiandrogênicos convencionais, essa molécula promove sua degradação por meio da tecnologia PROTAC (proteolysis-targeting chimera). Com isso, elimina o principal alvo da ação da DHT no folículo piloso, representando uma estratégia potencialmente mais duradoura. Embora ainda esteja em estudos clínicos de fase II, os resultados iniciais são promissores.

Inibição da sinalização da prolactina

Outra estratégia promissora, ainda em fase inicial de desenvolvimento clínico (fase I), é a inibição da sinalização da prolactina por



meio de agentes biológicos, como HMI-115 e ABS-201.

Embora a prolactina seja tradicionalmente associada à lactação, estudos demonstram que ela também desempenha um papel importante na biologia do folículo piloso. O folículo capilar humano não apenas expressa receptores para prolactina, como também é capaz de produzir esse hormônio localmente, sugerindo uma ação autócrina e parácrina na regulação do ciclo capilar.

Estudos experimentais mostraram que a prolactina pode reduzir o crescimento dos fios, induzir a entrada precoce na fase catágena e diminuir a proliferação de queratinócitos da matriz folicular. Além disso, seus efeitos parecem variar conforme o sexo e a região do couro cabeludo, podendo contribuir para o padrão característico da AAG. Estudos genéticos também identificaram um locus de susceptibilidade para AAG próximo ao gene da prolactina, reforçando o interesse nessa via como alvo terapêutico.

Com base nesses achados, HMI-115 e ABS-201 estão sendo desen-

volvidos para bloquear o receptor da prolactina, representando uma abordagem diferente das terapias antiandrogênicas tradicionais. Embora os resultados pré-clínicos sejam promissores, essas medicações permanecem em investigação, e ainda são necessários estudos clínicos para confirmar sua eficácia e segurança.

Ativação de células-tronco foliculares e terapias regenerativas

A reativação de células-tronco foliculares quiescentes por meio da modulação metabólica representa uma importante área de pesquisa na AAG. Entre as principais moléculas tópicas em desenvolvimento destacam-se o PP405 e o ET-02, desenvolvidos para estimular folículos em repouso. Essa estratégia baseia-se em evidências de que alterações em vias de sinalização, como Wnt/ β -catenina, Sonic Hedgehog, BMP e Notch, comprometem a regeneração folicular na AAG.

Outra terapia em investigação é o AMP-303, um agente injetável de aplicação local no couro cabeludo desenvolvido para estimular

a reentrada dos folículos na fase anágena. Embora os dados clínicos ainda sejam limitados, essa abordagem integra um grupo crescente de terapias regenerativas voltadas à restauração da atividade folicular.

Paralelamente, revisões sistemáticas têm demonstrado resultados promissores com outras estratégias regenerativas, como meios condicionados, fibrina rica em plaquetas (PRF) e fração vascular estromal (SVF), com melhora da densidade capilar e da espessura dos fios em diferentes estudos. No entanto, a grande variabilidade dos protocolos, técnicas e desfechos avaliados ainda dificulta a comparação dos resultados e a definição de recomendações para a prática clínica.

Modulação dos receptores do hormônio tireoidiano

Outra linha de pesquisa envolve o KB-141, um agonista seletivo do receptor β do hormônio tireoidiano. Diferentemente das terapias antiandrogênicas, essa abordagem busca modular a sinalização dos hormônios tireoidianos, reconhecendo envolvidos na regulação do ciclo do folículo piloso e no crescimento capilar.

O interesse por essa via decorre da conhecida associação entre disfunções da tireoide e queda de cabelo, além de evidências experimentais que demonstram que a sinalização dos hormônios tireoidianos participa da proliferação celular, da manutenção do ciclo folicular e da interação com outras vias importantes para o crescimento capilar, incluindo a Wnt/ β -catenina. Até o momento, entretanto, os dados clínicos sobre o KB-141 ainda são limitados, e seu papel no tratamento da AAG dependerá dos resultados dos estudos em andamento.

Modulação das vias relacionadas ao envelhecimento celular

Outra área de crescente interesse envolve fármacos já utilizados em outras condições, como a rapamicina e a metformina, capazes de modular processos relacionados ao envelhecimento celular e à autofagia.

Estudos pré-clínicos sugerem que moléculas ativadoras da autofagia, incluindo rapamicina, metformina, α -cetoglutarato e α -cetobutirato, são capazes de estimular folículos em fase telógena a reingressarem na fase anágena, favorecendo o crescimento capilar. Esse efeito desaparece quando a autofagia é farmacologicamente inibida, reforçando o papel dessa via na regeneração folicular.

Além disso, estudos em cultura de folículos humanos demonstraram que a rapamicina estimula o crescimento dos fios e aumenta a pigmentação ao favorecer a produção intrafolicular de α -MSH, inclusive em folículos grisalhos. Em modelos experimentais de AAG, o fármaco também reduziu a perda capilar induzida por DHT e agravada pela radiação UVA, provavelmente por restaurar a autofagia e reduzir a senescência das células da papila dérmica.

Embora esses resultados sejam promissores, as evidências ainda se restringem, em sua maioria, a estudos pré-clínicos, sendo necessários ensaios clínicos para confirmar seu potencial terapêutico na alopecia androgenética.

Novas formulações de minoxidil

Também estão em desenvolvimento novas formulações de minoxidil, incluindo apresentações de liberação prolongada e pela via

sublingual. Essas estratégias buscam otimizar a administração do fármaco, melhorar a adesão ao tratamento e, potencialmente, reduzir efeitos adversos. No entanto, ainda são necessários estudos clínicos mais robustos para confirmar sua eficácia e segurança.

Perspectivas

O tratamento da AAG está entrando em uma nova fase. Pela primeira vez em décadas, as pesquisas deixam de focar exclusivamente na DHT e passam a explorar diferentes mecanismos envolvidos na biologia do folículo piloso, incluindo células-tronco, regeneração tecidual, metabolismo celular, autofagia, envelhecimento e novas vias hormonais. Esse avanço amplia as possibilidades de tratamentos mais direcionados e, futuramente, de combinações terapêuticas capazes de atuar em diferentes mecanismos da doença.

Apesar do grande potencial dessas novas abordagens, as evidências ainda são limitadas e a maioria dos estudos encontra-se em fases iniciais de desenvolvimento. Assim, serão necessários ensaios clínicos maiores e com seguimento em longo prazo para confirmar sua eficácia, segurança e aplicabilidade na prática clínica. Até que esses dados estejam disponíveis, o minoxidil e os antiandrógenos continuam sendo a base do tratamento farmacológico da AAG.

Referências Bibliográficas

1. Agrawal A, et al. Emerging Pharmacotherapies for Androgenetic Alopecia. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2026.
2. Bellani D, et al. Pathophysiological Mechanisms of Hair Follicle Regeneration and Potential Therapeutic Strategies. Stem Cell Research & Therapy. 2025.
3. Beer J, et al. Injectable Therapy for Androgenetic Alopecia: A Systematic Review. Dermatologic Surgery. 2026.
4. Burshtein J, et al. Emerging Pharmacotherapies and Regenerative Solutions for Promoting Hair Growth for Androgenetic Alopecia. Frontiers in Pharmacology. 2026.

Técnica inovadora do Dr. Carlos Uebel ajudou a estabelecer bases da restauração capilar moderna



Dr. Gustavo Faro
CRM 198379 - RQE 83065

O que você vai ler neste artigo

- Princípios da técnica que ajudou a estabelecer as bases da restauração capilar moderna.
- Como o uso de microenxertos e minienxertos revolucionou o transplante capilar na década de 1990.
- As principais características da técnica e sua aplicação na reconstrução de uma linha capilar mais natural.
- As vantagens em relação aos métodos utilizados na época, reduzindo o aspecto artificial e as cicatrizes.
- O impacto desse trabalho na evolução das técnicas atuais de transplante capilar e na busca por resultados cada vez mais naturais.



No artigo “Micrografts and Minigrafts: A New Approach for Baldness Surgery”, o Dr. Carlos Oscar Uebel descreve uma técnica inovadora de transplante capilar utilizando microenxertos (um a dois fios) e minienxertos (três a quatro fios) como solução para as cicatrizes inestéticas e resultados artificiais das cirurgias de transplante capilar realizadas até então. A técnica representou um importante avanço com relação a cirurgias com punches maiores, comuns na época.



A técnica descrita objetivou obter um resultado mais natural, especialmente na linha frontal, reduzindo o aspecto artificial (“cabelo de boneca”) e as cicatrizes inestéticas dos transplantes tradicionais.

A área doadora consistia de uma faixa elíptica do couro cabeludo occipital, região menos suscetível à alopecia androgenética. A faixa retirada era dividida em tiras finas e, posteriormente, em microenxertos (um a dois fios) e minienxertos (três a quatro fios), mantendo uma pequena porção de gordura para proteção dos bulbos capilares.

Os enxertos eram inseridos individualmente, utilizando pinças microcirúrgicas, após serem realizadas pequenas incisões, com lâmina fina em couro cabeludo. Como não havia retirada de tecido receptor, havia menor trauma cirúrgico. Microenxertos, preferencialmente com um fio, eram posicionados na primeira linha capilar para reproduzir uma transição natural, enquanto minienxertos eram utilizados posteriormente para aumentar a densidade capilar.

A técnica permitiu resultados significativamente mais naturais que os

métodos vigentes e estabeleceu as bases do transplante capilar moderno. O autor relata alta taxa de sobrevivência dos enxertos, boa densidade capilar e elevada satisfação estética. Complicações abrangeram principalmente foliculite e cistos. Fístulas arteriovenosas foram incomuns.



ARTIGO DISCUTIDO

Uebel CO. Micrografts and Minigrafts: A New Approach for Baldness Surgery. *Annals of Plastic Surgery*. 1991;27:476-87.



Transplante capilar reparador em couro cabeludo pós-escalpelamento extenso

Reconstrução capilar sequencial em múltiplos estágios



Dr. Ciro Paz Portinho
Cirurgião Plástico. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Membro Titular da Associação Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial. Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia – Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. CRM SC 24449 - RQE 14599



Dr. Marcelo Augusto Ravasio Machado
Cirurgião Plástico. Especialista pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Membro da Associação Brasileira da Cirurgia da Restauração Capilar. Responsável pelo Serviço de Transplante Capilar da Diamond Medicina de Balneário Camboriú, SC. CRM-SC 26545 - RQE 16962

Maria Luiza Gomes dos Santos Machado, Victoria Lucia Camianski, Erika Lima Ganassoli, Camila Ribeiro Lima e Marcela Gomes
Acadêmicas de Medicina na Universidade Positivo de Curitiba, PR.

O que você vai ler neste artigo

- Os principais desafios do transplante capilar em couro cabeludo com cicatrizes extensas após escalpelamento.
- Como a lipoenxertia, o transplante sequencial e o tratamento clínico auxiliar contribuíram para preparar o leito receptor.
- As estratégias cirúrgicas utilizadas para preservar a vascularização e aumentar gradualmente a densidade capilar.
- O potencial do transplante capilar reparador para restaurar não apenas a cobertura dos cabelos, mas também a autoestima e a qualidade de vida de pacientes submetidos a reconstruções complexas.

Introdução

O transplante capilar em áreas cicatriciais representa um dos maiores desafios da cirurgia restauradora capilar, especialmente em pacientes submetidos previamente a múltiplos procedimentos reconstrutivos do couro cabeludo. Alterações vasculares, fibrose extensa, adelgaçamento tecidual e distorções anatômicas decorrentes de enxertos cutâneos, expansões teciduais e rotações de

retalho tornam o planejamento cirúrgico altamente individualizado e frequentemente imprevisível.^(1-4,8-10)

Pacientes vítimas de escarpelamento apresentam deformidades particularmente complexas, exigindo inicialmente procedimentos reconstrutivos para cobertura cutânea e, posteriormente, estratégias de restauração capilar voltadas não apenas ao aspecto estético, mas também à recuperação da identi-

dade facial e social do paciente.⁽¹⁻⁴⁾

O presente trabalho relata um caso de reconstrução capilar reparadora em paciente vítima de escarpelamento extenso, submetida previamente a múltiplas cirurgias reconstrutivas do couro cabeludo, utilizando estratégia de transplante capilar sequencial em múltiplos estágios, associada a preparo do leito receptor com lipoenxertia e tratamento clínico adjuvante.^(4,8)



Figura 01 - Lesão extensa de couro cabeludo em fase de tratamento com terapia por pressão negativa.

RELATO DE CASO

Uma paciente de 26 anos, do sexo feminino, foi vítima de acidente de trânsito caminhão versus motocicleta em janeiro de 2019. Sofreu politraumatismos, entre eles escarpelamento, evoluindo com perda significativa do couro cabeludo frontal, parietal e do vértex. Enquanto aguardava, no Hospital de Balneário Camboriú, transferência para reconstrução, foi submetida a tratamento com terapia por pressão negativa (TPN), que resultou na cobertura da exposição óssea da calota craniana por tecido de granulação. A paciente foi transferida para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em março de 2019. Graças ao sucesso da TPN, o plano de reconstrução pré-transferência, com autotransplante

(retalho microcirúrgico), foi modificado para a técnica para enxertos de pele parcial. A paciente permaneceu em fase de reconstrução com enxertos e retalhos pré-expandidos de março de 2019 a setembro de 2022.

Após os enxertos de pele terem cicatrizado, a cronologia foi a seguinte:

- Janeiro de 2020: início da primeira etapa: colocação de expansores;
- Setembro de 2020: retirada dos expansores e avanço dos retalhos expandidos;
- Maio de 2021: início da segunda etapa: colocação de novo expansor;

- Setembro de 2021: retirada de expansor, avanço do retalho expandido e enxerto de gordura;
- Junho de 2022: início da terceira etapa: colocação de novo expansor;
- Agosto de 2022: último procedimento da fase de expansores, com retirada do mesmo e avanço do retalho expandido.

Os expansores foram insuflados com soro fisiológico a cada uma ou duas semanas, aumentando-se 10 a 20% o volume total de cada expansor, conforme tolerância da paciente. Tentou-se aguardar pelo menos seis meses entre cada fase,



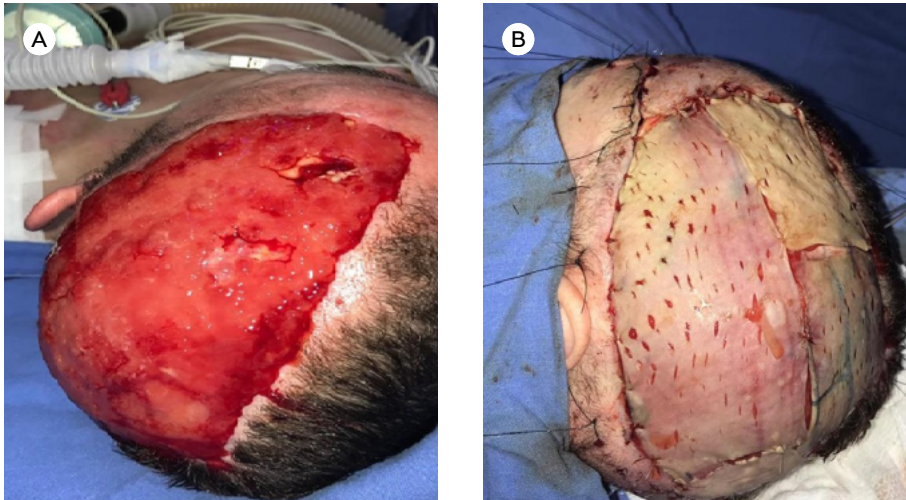


Figura 02 - (A) Aspecto da ferida após o término da terapia por pressão negativa e antes dos enxertos de pele; (B) Aspecto transoperatório da enxertia de pele.

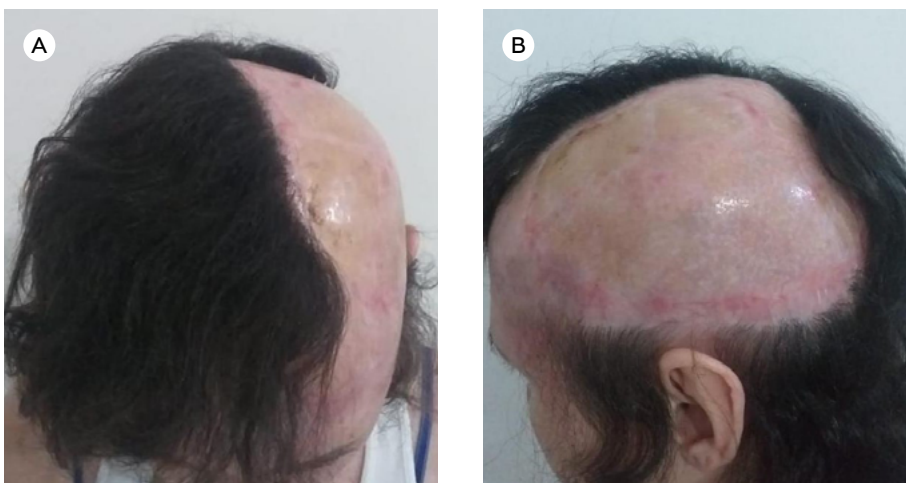


Figura 03 - Aspecto pós-operatório tardio do enxerto de pele. (A) Supero-anterior; (B) Perfil esquerdo.



Figura 04 - Aspecto pré-operatório do couro cabeludo expandido, em preparação para avanço de retalhos. (A) Ântero-lateral esquerdo; (B) Pósterio-lateral esquerdo.

mas houve delongas pelos trâmites judiciais, uma vez que o atendimento foi realizado por liminar judicial. Houve necessidade de três etapas de expansão porque, durante a segunda, parte dos retalhos expandidos ficou bastante adelgaçada e não foi possível continuar, gerando resultado aquém do planejado. A situação foi resolvida, todavia, com uma terceira e derradeira etapa.

Em setembro de 2022, os curativos foram encerrados no HCPA e a paciente encaminhada à Clínica Diamond para continuar o tratamento de reconstrução.

Após estabilização do quadro reconstrutivo e liberação pela equipe de cirurgia plástica responsável pelas coberturas cutâneas, aproximadamente quatro anos após o trauma, iniciou-se o planejamento da reconstrução capilar.

Devido às importantes alterações cicatriciais do leito receptor, optou-se inicialmente pela realização de lipoenxertia nas áreas enxertadas e cicatriciais do couro cabeludo, com objetivo de melhorar a qualidade tecidual, aumentar a espessura local e otimizar o leito receptor para futura implantação folicular.^(4,8)

Posteriormente, a paciente foi submetida a três procedimentos sequenciais de transplante capilar ao longo de três anos consecutivos, com intervalo aproximado de um ano entre cada cirurgia.

A estratégia cirúrgica foi baseada em implantação progressiva e conservadora, priorizando inicialmente a reconstrução da linha frontal capilar e da moldura facial, seguida por ganho gradual de densidade nas demais áreas acometidas.^(1,2,6,9)

Durante todos os procedimentos, trabalhou-se com densidades aproximadas de 20 a 25 unidades



Figura 05 - Resultado após cobertura cutânea; (A) Súpero-anterior; (B) Perfil esquerdo

foliculares por centímetro quadrado, evitando deliberadamente densidades superiores devido ao elevado risco de sofrimento vascular local, necrose cutânea e comprometimento da integração folicular em um leito receptor previamente submetido a múltiplas manipulações cirúrgicas.^{(1,5,6) (5,6)}

Nas cirurgias subsequentes de densificação, as incisões receptoras foram planejadas cuidadosamente entre os fios previamente implantados, permitindo incremento progressivo da densidade sem comprometimento significativo da vascularização local. Dessa forma, a densidade capilar final foi construída de maneira cumulativa ao longo dos diferentes tempos cirúrgicos.

A paciente foi mantida concomitantemente em tratamento clínico com minoxidil oral na dose de 1 mg/dia durante o acompanhamento, com objetivo de melhora da espessura e qualidade dos fios remanescentes, especialmente em áreas submetidas previamente à expansão tecidual e consequente rarefação capilar relativa.^(2,4,9)

DISCUSSÃO

O transplante capilar em couro cabeludo cicatricial extenso exige adaptação técnica contínua e planejamento individualizado, princi-

palmente em pacientes previamente submetidos a múltiplos procedimentos reconstrutivos.^(1-4,8-10)

No presente caso, alguns conceitos fundamentais nortearam toda a estratégia cirúrgica:

- Preparação do leito receptor;
- Implantação sequencial em baixa densidade;
- Estratégia de preservação vascular;
- Reconstrução em múltiplos estágios;
- Planejamento cirúrgico individualizado.

O preparo prévio do leito receptor através de lipoenxertia teve importante papel na melhora do trofismo local e no aumento da espessura das áreas enxertadas, permitindo melhores condições para implantação folicular subsequente.^(4,8)

Mesmo após o preparo tecidual, diversas regiões apresentavam adelgaçamento importante da pele enxertada. Em determinadas áreas, não havia espessura suficiente para acomodação adequada dos enxertos foliculares através de incisões convencionais mais perpendicula-



Figura 6 - (A) Enxerto de gordura antes do primeiro transplante capilar; (B) Aspecto após enxerto de gordura, visão súpero-anterior; (C) Aspecto após enxerto de gordura, visão súpero-posterior.

res. Dessa forma, houve necessidade de adaptação intraoperatória da angulação das incisões receptoras, tornando-as mais paralelas ao plano cutâneo para melhor acomodação dos enxertos e menor risco de sofrimento vascular.

Outro importante desafio técnico foi a limitação da área doadora. A paciente apresentava múltiplas



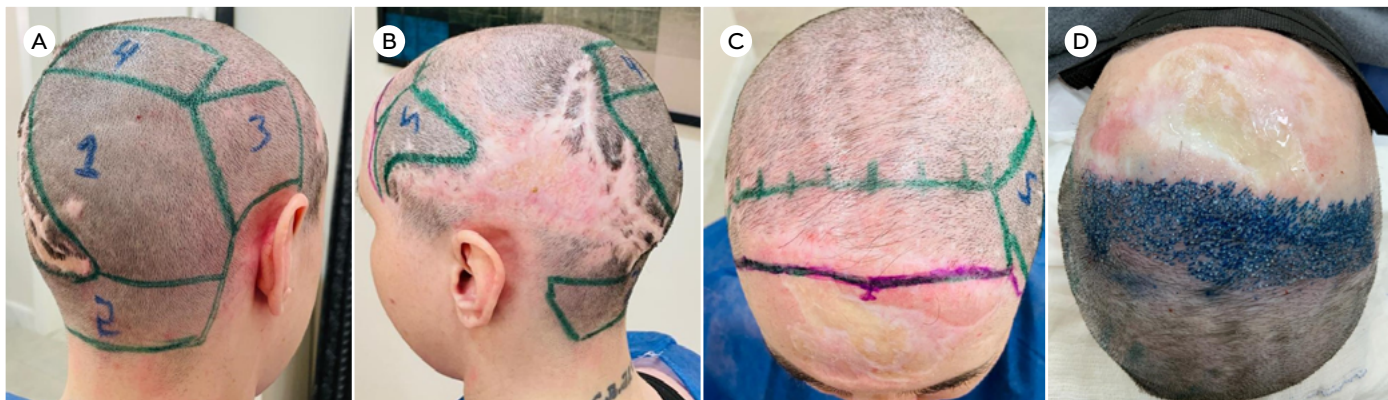


Figura 07 - (A) (B) (C) Planejamento pré-operatório do primeiro transplante capilar; (D) Pós-operatório imediato.

cicatrizes decorrentes das expansões teciduais e rotações de retalho previamente realizadas, resultando em distorção anatômica importante da direção natural dos fios. Observou-se padrão multidirecional de emergência capilar em diversas regiões da zona doadora, dificultando significativamente a previsibilidade da extração folicular.

Além disso, tratava-se de paciente do sexo feminino, com disponibilidade limitada exclusivamente à área doadora do couro cabeludo, sem possibilidade prática de utilização de áreas alternativas. A presença de áreas cicatriciais também na região doadora reduzia ainda mais a disponibilidade folicular, exigindo manejo extremamente conservador da extração.

A decisão de limitar a densidade implantada entre 20 e 25 unidades foliculares por centímetro quadrado em cada sessão foi baseada principalmente no receio de comprometimento vascular do leito receptor e perda de integração dos enxertos. Diferentemente do transplante capilar convencional, em que frequentemente se busca alta densidade imediata, neste caso optou-se por reconstrução progressiva biologicamente sustentável.^{(5,6) (1,6) (1,5,6,9)}

Nas sessões subsequentes, a densificação foi realizada cuidadosamente entre os fios previamente

implantados, permitindo ganho gradual de cobertura ao longo dos anos sem sinais de necrose cutânea ou sofrimento vascular.

A terapia clínica adjuvante com minoxidil oral também teve papel relevante no resultado final, contribuindo para melhora da espessura e qualidade dos fios remanescentes e aumentando o índice de cobertura visual do couro cabeludo.^(2,4,9)

O caso demonstra que o transplante capilar pode desempenhar papel fundamental dentro da cirurgia reparadora de pacientes vítimas de trauma complexo do couro cabeludo, desde que realizado com profundo respeito às limitações biológicas impostas pelo leito receptor.^(4,8-10)

A reconstrução da cobertura da ferida do escalpelamento foi realizada conforme protocolos vigentes. Em um primeiro momento, enxertos de pele podem ser utilizados quando há leito receptor favorável. Senão, a indicação recai sobre autotransplantes (retalhos microcirúrgicos). Após o defeito estar cicatrizado, um protocolo de expansão pode ser utilizado para levar retalhos contendo cabelo. Mesmo assim, a cobertura pilosa costuma permanecer deficitária e a associação com transplante capilar melhora sobremaneira o resultado da reconstrução.^(8,10)

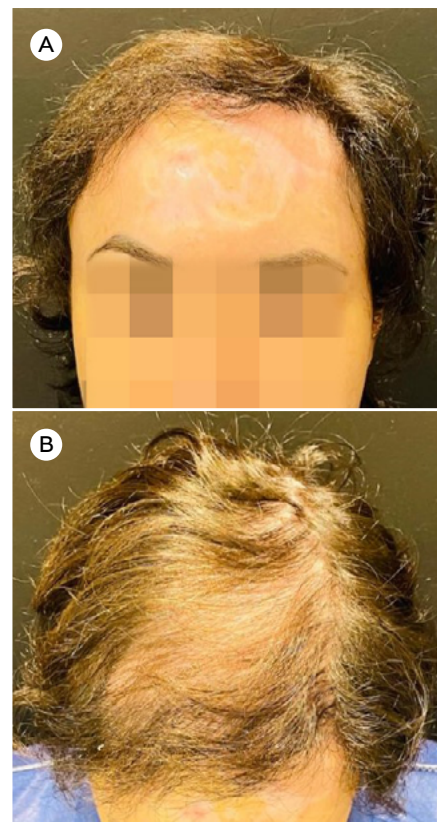


Figura 08 - Aspecto pós-operatório após um ano do primeiro transplante capilar. (A) Anterior; (B) Superior.

Uma discussão que pode ser levantada para casos de escalpelamento é se a cobertura inicial não pode ser melhor feita com autotransplantes (retalhos microcirúrgicos), uma vez que estes conferem melhor espessura e vascularização, tornando a região mais favorável ao transplante capilar.^(8,10)



Figura 09 - Aspecto pós-operatório após o segundo transplante capilar; (A) Anterior; (B) Superior.



Figura 10 - Aspecto pós-operatório um ano após o terceiro transplante capilar. (A) Anterior; (B) Superior; (C) Perfil esquerdo; (D) Perfil direito; (E) Posterior.

CONCLUSÃO

O transplante capilar reparador em couro cabeludo extensamente cicatricial pós-escalpelamento representa procedimento de elevada complexidade técnica, exigindo planejamento individualizado, reconstrução em múltiplos estágios e profundo respeito à vascularização do leito receptor.

A utilização de estratégias como preparo prévio do couro cabeludo com lipoenxertia, implantação em baixa densidade, densificação sequencial progressiva e associação com terapia clínica adjuvante permitiu obtenção de cobertura capilar satisfatória e melhora estética significativa em um cenário reconstrutivo extremamente desafiador.^(4,8)

O caso reforça a importância do transplante capilar como ferramenta complementar dentro da cirurgia reparadora moderna, contribuindo não apenas para recuperação estética, mas também para restauração da identidade e qualidade de vida de pacientes vítimas de trauma mutilante do couro cabeludo.

Bibliografia

1. Unger W, Shapiro R, Unger R, Unger M. Hair Transplantation. 5th ed. New York: Informa Healthcare; 2011.
2. Parsley WM, Perez-Meza D. Fundamentals of Hair Restoration Surgery. CRC Press; 2017.
3. Cole JP, Rose PT. The ISHRS Textbook of Hair Restoration Surgery. International Society of Hair Restoration Surgery; 2010.
4. Leão CE, Basto F. Cirurgia do Cabelo: Ciência, Arte e Técnica. Thieme Revinter; 2024.
5. Jiménez F, Ruifernández JM. Distribution of human hair in follicular units. *Dermatologic Surgery*. 1999;25(4):294-298.
6. Bernstein RM, Rassman WR. The logic of follicular unit transplantation. *Dermatologic Clinics*. 1999;17(2):277-295.
7. Umar S. Use of body hair grafts in surgical treatment of scalp alopecias. *Dermatologic Surgery*. 2011;37(7):1027-1036.
8. Barrera A. The role of micrografts and minigrafts in scalp reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2003;111(7):2486-2496.
9. Avram MR, Rogers NE. Contemporary Hair Transplantation. *Dermatologic Surgery*. 2009;35(11):1705-1719.
10. Rose PT. Hair restoration in scarring alopecias. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*. 2013;21(3):437-453.

Abordagem Estratégica no Transplante Capilar em Pacientes com Crânio Mesocefálico e Braquicefálico



*Dr. Antonio Flávio
Queiroz de Oliveira
CRM-CE 10.842
RQE 8.157*



*Dr. Márcio Rocha Crisóstomo
CRM SP 276359 CE 7164
RQE SP143819 CE 4125*

O que você vai ler neste artigo

- Uma abordagem prática para pacientes com crânio mesocefálico e braquicefálico, destacando estratégias que ajudam a otimizar a distribuição dos enxertos, preservar a área doadora e alcançar um resultado mais natural e harmonioso.
- Como as características anatômicas dos crânios mesocefálico e braquicefálico impactam o transplante capilar.
- Os principais desafios técnicos no planejamento de grandes áreas de calvície.
- Um protocolo em seis etapas para definir hairline, reconstruir picos temporais, distribuir enxertos e posicionar o redemoinho.
- Estratégias para otimizar a área doadora e aumentar a naturalidade e a satisfação dos pacientes.

Introdução e Contextualização

Anatômica

O crânio braquicefálico — caracterizado por um diâmetro transverso aumentado, comprimento longitudinal reduzido e achatamento na região occipital — é uma variação anatômica prevalente em populações de ancestralidade asiática e indígena das Américas (Figura 01). No Brasil, devido à intensa miscigenação, essa característica manifesta-se em todo o território nacional, com maior frequência em alguns estados da Região Nordeste.

Do ponto de vista da restauração capilar, o manejo desse grupo de pacientes representa um desafio técnico e estético significativo. As

proporções fenotípicas da braquicefalia frequentemente resultam em uma percepção visual de cabeça excessivamente larga ou achatada, exigindo estratégias específicas de preenchimento para alcançar um resultado harmônico. Apesar da alta demanda clínica regional, a literatura científica ainda carece de diretrizes práticas e sistematizadas para essa abordagem.

Em termos de abordagem para pacientes com esse tipo de crânio, muitos cirurgiões optam por desenhar a linha anterior com testa maior e entradas mais pronunciadas, evitam reconstruir os picos temporais, utilizam fios corporais, realizam megassessões e programam mais de uma sessão para cobrir toda a área calva^(1,2).

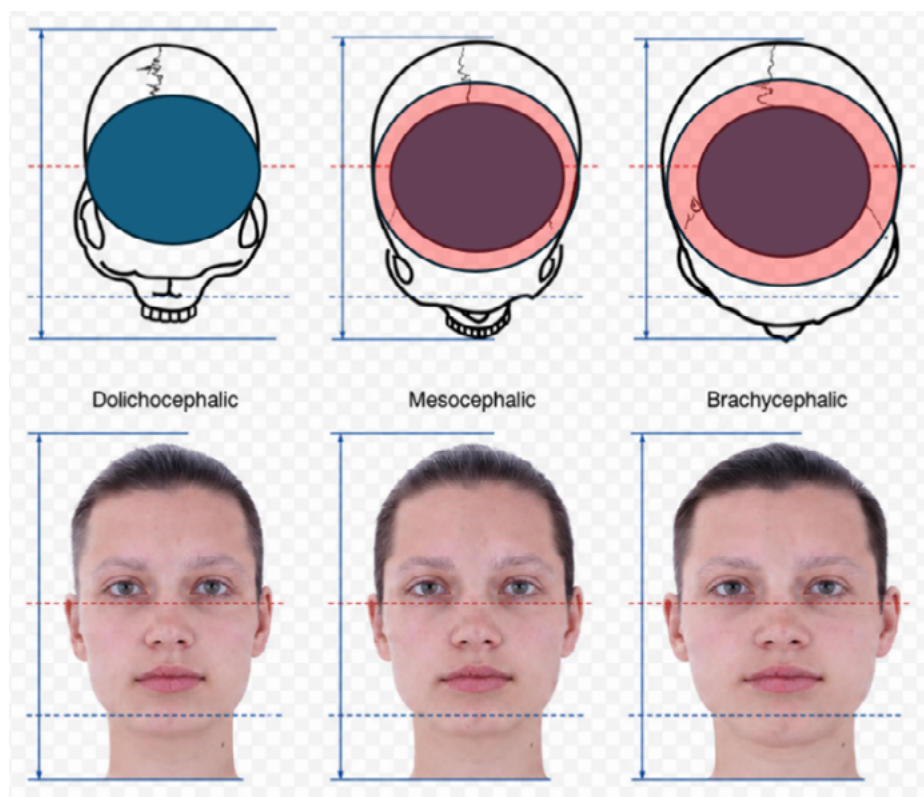


Figura 02: Ao comparar a extensão da área calva de um crânio dolicocefálico com a dos demais tipos cranianos, observa-se que a área calva destes últimos apresenta um raio maior.

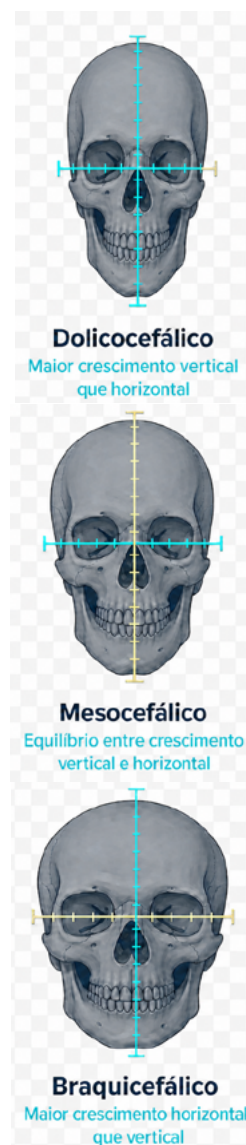


Figura 01 - Diferença entre os crânios dolicocefálico, mesocefálico e braquicefálico.

DESAFIOS TÉCNICOS E LOGÍSTICOS

1. Dimensionamento de Área e Demanda Folicular

O principal obstáculo reside na correlação matemática entre o raio craniano e a área total a ser tratada. Utilizando o princípio da área da circunferência ($A = \pi r^2$) observa-se que com aumento do raio da área calva, ocorre aumento exponencial da área de calvície a ser coberta em comparação com crânios dolicocefálicos com o mesmo padrão de alopecia (Figura 02).



Essa particularidade acarreta dois impactos diretos:

- **Planejamento Cirúrgico:** Maior necessidade de unidades foliculares (UFs), o que pode exigir um cronograma em múltiplas sessões, além do redimensionamento da logística da equipe cirúrgica.
- **Controle de Densidade:** Há um risco elevado de esgotamento precoce da área doadora caso a densidade seja excessiva em algumas zonas do couro cabeludo.

2. Proporção do Terço Superior

Pacientes braquicefálicos frequentemente apresentam o terço

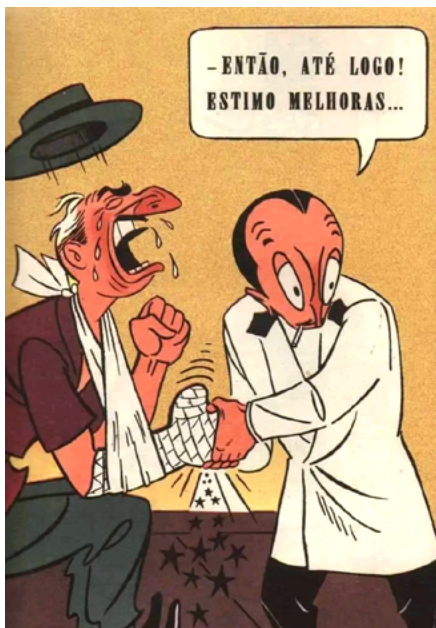


Figura 03 – Personagem “amigo da onça”. Exemplo de caricatura de pessoa com crânio braquicefálico que apresenta linha capilar com arco longo e arredondado. Note que a proporção do terço superior fica aumentada com esse formato de desenho. É importante observar também que, quando o terço inferior é mais fino, a percepção de um terço superior globoso fica ainda mais acentuada.

superior da face mais globoso e proporcionalmente maior em relação aos terços médio e inferior. Essa característica exige um desenho de linha capilar (hairline) bem planejado para evitar o agravamento da desproporção facial.

3. Largura Facial e Recessões Temporais

A largura facial proeminente desse biotipo pode proporcionar um efeito de testa larga ou parecer que o paciente está usando uma prótese capilar, quando avançamos a linha frontal no transplante capilar, sem reparar a falha dos picos temporais.

ABORDAGEM PARA TRANSPLANTE CAPILAR DE GRANDES CALVÍCIES, EM CRÂNIO BRAQUICEFÁLICO, SEGUINDO SEIS PASSOS

Passo 1: Alinhamento de Expectativas e Educação do Paciente

Em casos de calvície avançada, é fundamental orientar o paciente sobre as limitações volumétricas da área doadora frente à extensão da área receptora. Deve-se contraindicar a distribuição homogênea e difusa de enxertos por todo o couro cabeludo em uma única sessão quando a calvície é extensa, pois essa prática resulta em baixa densidade generalizada e aspecto estético insatisfatório. O planejamento cirúrgico deve prever e comunicar claramente a necessidade de dois ou mais procedimentos para uma cobertura completa, nesses casos.

Passo 2: Planejamento da Linha Capilar (Hairline)

Muitos cirurgiões utilizam a proporção dos terços da face como parâmetro para definir a linha capilar. No paciente braquicefálico, no entanto, essa linha pode ser posicionada um pouco mais



Figura 04 – Imagem criada por IA para mostrar uma representação realista da caricatura do personagem “Amigo da Onça”. Note como esse tipo de “entrada” no terço superior aumenta a percepção do tamanho do crânio.

elevada que a proporção clássica, independentemente da conduta usual do médico, com o objetivo de economizar no número total de fios e obter uma proporção facial mais retangular. Além disso, para harmonizar o terço superior globoso, o desenho da hairline deve conter entradas sutilmente planejadas. Linhas puramente côncavas ou arcos longos e arredondados tendem a acentuar visualmente a largura e o formato esférico do crânio. Se esse passo for executado de forma inadequada, formatos caricaturescos podem surgir em detrimento da não observância dessa diferença anatômica.

Passo 3: Reconstrução dos Picos Temporais

Reconhecemos que, em pacientes com outros tipos de crânio, po-

de-se adotar uma abordagem mais conservadora quanto à reconstrução dessa região. Entretanto, a abordagem dos picos temporais é quase mandatória na braquicefalia quando há ausência de cabelos nessa zona. A correta reconstrução dessa área reduz a percepção de testa alargada e atenua o aspecto arredondado do crânio, conferindo um formato mais retangular e esteticamente mais aceito entre os homens.

Muitos médicos defendem evitar a todo custo a abordagem das têmporas, pensando na preservação da zona doadora a longo prazo. Contudo, o paciente que se submete a um transplante busca, antes de tudo, uma boa aparência. Outro ponto importante é que a quantidade de UFs necessária para um bom resultado estético nessa região não é tão grande — normalmente utilizamos de 800 a 1.200 UFs na linha anterior em um crânio braquicefálico, mas apenas 250 a 350 UFs nos picos temporais para um excelente resultado. Por fim, caso consideremos abordagens futuras com o avanço da calvície, é sempre preferível a presença de uma testa alta a um aspecto artificial, semelhante ao uso de prótese capilar.

Passo 4: Estratégia de Distribuição e Gradiente de Densidade

Sugerimos realizar o controle intraoperatório focado no número absoluto de fios implantados por centímetro quadrado, embora essa contagem possa ser feita por qualquer outra estratégia, como o cálculo isolado de UFs ou do coverage value. Rotineiramente, priorizamos a implantação de UFs de 3 a 4 fios na zona anterior, logo após a linha capilar fina, composta de fios únicos. Essa conduta reduz a quantidade de microincisões nessa zona, diminuindo os riscos de sofrimento vascular e necrose tecidual.



Figura 05 – Exemplo de pessoa usando prótese. Observe como o recuo dos picos temporais torna a imagem desproporcional e a testa mais alargada, denunciando o aspecto artificial dessa modificação.

O protocolo de transição estética adotado em nosso serviço segue as seguintes diretrizes:

- Início na zona frontal com uma média de 100 a 120 fios/cm², e redução gradativa em direção às zonas posteriores, estabelecendo o limite mínimo de 60 fios/cm². Observação: esses números podem variar a depender da extensão da calvície, espessura do cabelo e planejamento com paciente.
- Essa diminuição progressiva evita o “efeito tiara”, comum quando há grande densidade concentrada estritamente nos primeiros centímetros da área receptora.
- Caso a zona da coroa precise ser deixada descoberta para priorizar a área anterior, a linha de interrupção deve ser desenhada com intencional irregularidade, evitando demarcações abruptas e artificiais.



Figura 06 - Efeito “tiara”: – Quando os cabelos são concentrados somente na região anterior, com intuito de oferecer maior densidade aos primeiros centímetros da região anterior, mas esquecendo de distribuir de forma inteligente no restante da cabeça.



Figura 07 – Observe que, nesse caso, houve uma demarcação com interrupção abrupta dos fios da área receptora, de uma forma que não ocorre na natureza, deixando um aspecto estranho ao transplante.

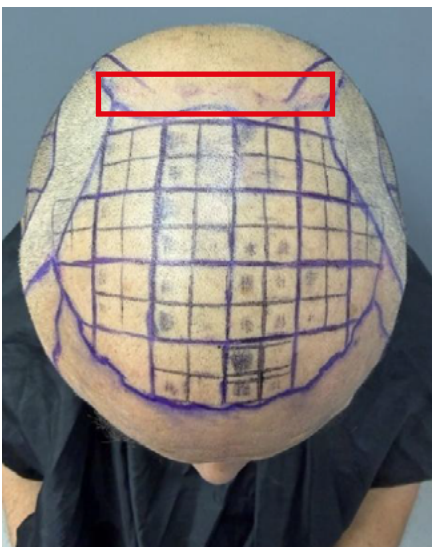


Figura 08 – Desenho em vermelho mostra como planejamos a irregularidade na parte posterior, seguindo o desenho aproximado da coroa.

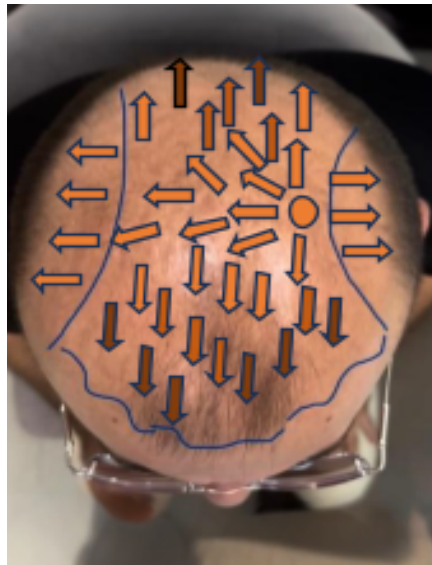


Figura 09 - Redemoinho posicionado o mais próximo possível do vértex. Observe que as setas que apontam para a região occipital foram propositalmente pintadas com cor mais escura para representar uma maior quantidade de fios sobrepostos nessa região. Como isso ocorre naturalmente, obtemos maior cobertura nessa área com um número reduzido de fios.

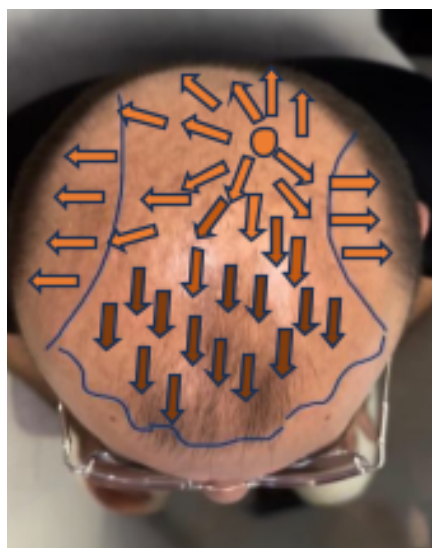


Figura 10 - Neste segundo esquema, as setas da região posterior não foram pintadas com cor mais escura, pois a maior sobreposição de fios está na região anterior do crânio, já que o redemoinho não foi tão anteriorizado.

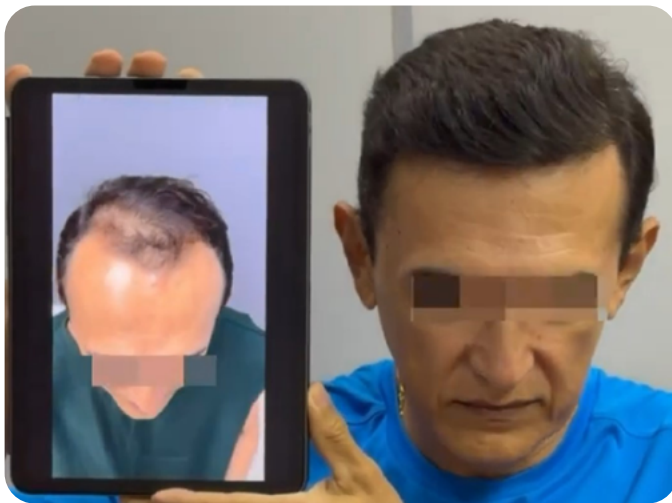
Passo 5: Posicionamento Estratégico do Redemoinho

Buscando a máxima ilusão óptica de cobertura com o menor consumo de enxertos, o ponto de convergência do redemoinho — quando inexistente em decorrência da perda de fios — deve ser posicionado o mais próximo possível do topo do vértex (anteriorizar ao máximo o redemoinho). Ao direcionar os fios dessa região para a área occipital (posterior), otimiza-se o preenchimento visual da coroa. Essa manobra compensa a escassez de folículos restantes, já que a maior parte é utilizada para oferecer maior densidade e consequente naturalidade na zona frontal.

É importante destacar que as ilustrações também apresentam a estrutura do lateral hump (ou parietal hump) — a meia-lua que eleva a região lateral (parietal) do cabelo, que além de ajudar a diminuir a quantidade de fios na região central, ainda proporciona uma estética visual mais interessante para esses formatos de crânio. Outro ponto a destacar é que posicionamos o redemoinho muito próximo ao lateral hump com o objetivo de aproveitar o direcionamento dos fios dessa estrutura, e sempre escolhemos o lado do lateral hump que facilite o pentear do paciente.

Passo 6: Extração Folicular Otimizada (FUE)

A magnitude da área receptora em crânios braquicefálicos exige a reavaliação do conceito tradicional de “área segura” da zona doadora, originalmente preconizado para obtermos os melhores enxertos na técnica FUT. Diante da necessidade de megassessões, adota-se uma abordagem híbrida: a extração é realizada predominantemente na zona segura, mas estende-se de forma controlada e em menor pro-



▶ Clique para assistir ao Vídeo 1



▶ Clique para assistir ao Vídeo 2



▶ Clique para assistir ao Vídeo 3

porção para a zona considerada “não segura”. Essa técnica não apenas amplia o rendimento folicular total, mas também cria um efeito degradê mais natural na área doadora, preservando a homogeneidade estética e evitando linhas nítidas de transição ou marcas de super remoção.

RESULTADOS

Apresentamos alguns vídeos demonstrando os resultados de pacientes operados seguindo os passos sugeridos neste artigo.

CONCLUSÕES

Esses seis passos constituem nossa rotina na abordagem de pacientes braquicefálicos e mesocefálicos. Observamos um elevado grau de satisfação dos pacientes que optam por operar seguindo esses passos. O uso de fios corporais, além da micropigmentação, também pode ser adotado em situações mais complexas, a partir da segunda cirurgia, avaliando-se cada caso individualmente.

Referências Bibliográficas

1. PARK, Jae Hyun. FUE in Asians. In: LAM, Samuel M.; WILLIAMS JR., Kenneth L. (Ed.). Hair Transplant 360: follicular unit extraction (FUE). 2. ed. v. 4, pt. 2. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2016. cap. 45, p. 855-869.
2. SETHI, Pradeep; BANSAL, Arika; KUMAR, Abhinav. Step by Step Hair Transplantation. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2019. cap. 12, p. 185.



Biópsia de Couro Cabeludo



Dr. Francisco Le Voci
Ex-presidente da ABCRC,
Presidente da SBCD gestão
2025/2026
CRM 65931 | RQE 13762

O que você vai ler neste artigo

- Quando a biópsia de couro cabeludo está indicada e sua importância no diagnóstico das alopecias.
- O passo a passo do procedimento, desde a marcação da área até a retirada e sutura do fragmento.
- Dicas práticas para otimizar a coleta, preservar a qualidade da amostra e facilitar a análise dermatopatológica.
- Por que o domínio dessa técnica é essencial para o cirurgião de restauração capilar antes da indicação de um transplante.

A biópsia de couro cabeludo é um procedimento muito importante em nossa prática, na medida em que, após o exame clínico

do paciente, possamos observar sinais que nos façam pensar em algum processo inflamatório que possa indicar a presença de uma alopecia cicatricial ou de alguma

outra patologia que esteja afetando o couro cabeludo. Desta forma, vamos apresentar uma sequência de vídeos mostrando como realizamos normalmente o procedimento.

DICA DE O FOLÍCULO



▶ Clique para assistir ao Vídeo 1

Devemos, ao escolher o local da biópsia, geralmente com o auxílio da Tricodermatoscopia, fazermos a marcação do local a ser biopsiado e isolarmos o local para que fique bem visível e delimitado. Pode ser útil também diminuirmos um pouco o comprimento dos fios de cabelos no local a ser biopsiado, o que facilita a exatidão do procedimento.



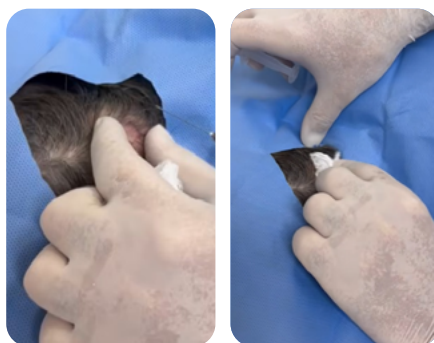
▶ Clique para assistir ao Vídeo 2

Após a assepsia, fazemos a infiltração anestésica utilizando tubete de lidocaína 2% com vasoconstritor.



▶ Clique para assistir ao Vídeo 3

Observar a complementação anestésica, infiltrando tanto no plano superficial quanto mais profundo, o que garantirá que o paciente não sentirá dor durante a realização do procedimento.



▶ Clique para assistir ao Vídeo 4 e 5

Aqui mostramos uma dica que auxilia na realização do procedimento. Aspiramos entre 3 – 5 ml de soro fisiológico em uma seringa. Parte deste conteúdo será infiltrado no local da biópsia após a infiltração do anestésico, no sentido de auxiliar a hemostasia e também deixar o tecido mais firme, o que facilita a colocação do punch de 4mm e a consequente extração do fragmento de couro cabeludo que será enviado ao dermatopatologista.



▶ Clique para assistir ao Vídeo 6

Aguardamos cerca de 5 minutos e então, utilizando um punch de 4mm, procedemos à retirada do fragmento. É importante ressaltar que devemos retirar até o tecido celular subcutâneo e nos certificarmos que o fragmento não tenha sido transecionado, de forma que o material esteja em perfeitas condições para o trabalho do dermatopatologista.



▶ Clique para assistir ao Vídeo 7

Finalizando, procedemos à realização da sutura com fio de Nylon 4-0. Neste caso orientamos a retirada dos pontos entre 7-10 dias. Podemos também utilizar fio de Monocryl, que é absorvível e não necessitará ser retirado.

CONCLUSÃO

Desta forma, ao realizarmos a biópsia de couro cabeludo poderemos ter o diagnóstico preciso de uma eventual patologia, possibilitando o tratamento adequado. O cirurgião de Transplante de Cabelos deve dominar a técnica, pois muitas vezes recebemos pacientes interessados no procedimento mas que se apresentam com alguma condição inflamatória, devendo ser diagnosticados e tratados de maneira adequada antes da indicação da cirurgia.



NOVAS TECNOLOGIAS E GRAVAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS

As implicações éticas e jurídicas para médicos e pacientes



Dr. Solon Eduardo Gouveia Souza
Cirurgião Plástico
CRM 126779 - RQE 39560



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

O que você vai ler neste artigo

- Os principais aspectos éticos e jurídicos envolvidos na gravação de consultas e procedimentos médicos.
- O que dizem o Código de Ética Médica, o CFM, o CREMESP e a LGPD sobre o tema.
- Como o médico deve agir diante de pacientes que utilizam dispositivos com capacidade de gravação.
- Os cuidados necessários quando o próprio profissional realiza registros audiovisuais, reduzindo riscos éticos, legais e relacionados à proteção de dados.

Nos últimos anos, a relação médico-paciente passou a enfrentar novos desafios decorrentes da rápida evolução tecnológica, especialmente relacionados à captação de imagens e gravações durante consultas e procedimentos médicos.

Os primeiros acessórios Inteligentes / dispositivos vestíveis (wearable devices) com capacidade de gravação audiovisual começaram a ganhar notoriedade em 2013, com o lançamento do Google Glass pela Google¹. Em 2016, a Snap Inc. lançou o Snap Spectacles², ampliando o conceito de gravação em primeira pessoa no cotidiano. Diversos outros modelos surgiram posteriormente; entretanto, a maior popularização desse tipo de tecnologia ocorreu após a parceria entre a Meta Platforms (antigo Facebook) e a Ray-Ban, que lançou, em 2021, o Ray-Ban Stories³. Em setembro de 2023 foi lançada a segunda geração do produto, denominada Ray-Ban Meta⁴, incorporando inteligência artificial, transmissão ao vivo e melhor qualidade de gravação. Em 2025 surgiu a geração



Ray-Ban Meta Display Gen 2, consolidando os óculos inteligentes como dispositivos amplamente utilizados no cotidiano.

Nesse contexto, torna-se cada vez mais frequente a presença de médicos e pacientes utilizando dispositivos capazes de gravar consultas, exames e cirurgias, situação que pode gerar importantes implicações éticas, jurídicas e relacionadas à proteção de dados pessoais sensíveis.

Embora não exista legislação específica sobre gravação de consultas médicas por dispositivos vestíveis, algumas normas e entendimentos jurídicos são fundamentais para compreensão do tema.

Inicialmente o Código de Ética Médica, atualizado pela Resolução CFM nº 2.217/2018⁵, estabelece em seu artigo 33 que é vedado ao médico deixar de atender paciente em

casos de urgência ou emergência quando não houver outro profissional ou serviço disponível. Já o artigo 36 prevê que o médico pode renunciar ao atendimento quando fatos prejudiquem a relação médico-paciente ou o adequado exercício profissional, desde que assegure a continuidade da assistência.

Além disso, segundo entendimento jurídico manifestado pela Secretaria Jurídica do Conselho Federal de Medicina no Despacho SEJUR nº 386/2016⁶ a gravação realizada pelo paciente da consulta da qual participa não configura ilicitude automática, especialmente porque o paciente é titular do sigilo médico. Contudo, ressalta-se que a Constituição Federal assegura proteção à imagem, honra, intimidade e vida privada do médico, conforme disposto no artigo 5º, inciso X⁷.

Nesse mesmo sentido, o Parecer-Consulta nº 122.508/18 do

CREMESP⁸ entende que o paciente pode gravar consultas médicas em áudio ou vídeo, inclusive sem autorização prévia do médico, uma vez que participa diretamente da conversa e é titular das informações relacionadas à sua saúde. Entretanto, o parecer também reconhece os direitos do médico à imagem, à voz e à preservação da relação terapêutica, recomendando diálogo, transparência e registro da situação em prontuário. O parecer ainda admite que, em consultas eletivas e diante de quebra de confiança, o médico possa recusar a gravação ou até mesmo renunciar ao atendimento, desde que assegure continuidade assistencial adequada. Nas situações de urgência e emergência, contudo, prevalece o dever ético de assistência ao paciente.

Outro documento relevante é a Resolução CFM nº 2.314/2022⁹, que regulamenta a telemedicina no Brasil. A norma reforça que eventuais



gravações de teleconsultas devem observar sigilo médico, proteção de dados pessoais sensíveis, confidencialidade, proteção da imagem e respeito à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). A resolução também admite que registros audiovisuais possam integrar o prontuário médico quando armazenados adequadamente pelo serviço de saúde.

Do ponto de vista prático, diante de um paciente utilizando óculos inteligentes ou outro dispositivo com capacidade de gravação durante consultas, é possível sugerir um protocolo básico de conduta:

- Questionar o paciente sobre a existência e finalidade da gravação;
- Solicitar assinatura de termo de confidencialidade e preservação da imagem e voz do médico, registrando a situação em prontuário;
- Caso o paciente se recuse a assinar o termo, registrar a recusa com assinatura de testemunha, como funcionário administrativo ou secretária;
- Em situações não urgentes, diante de quebra da relação de confiança, o médico pode recusar o atendimento com fundamento no artigo 36, §1º do Código de Ética Médica⁵, desde que assegure continuidade assistencial;
- Orientar o paciente acerca das responsabilidades jurídicas decorrentes do uso indevido da imagem e voz do profissional.

Por outro lado, a situação jurídica e ética torna-se mais sensível quando o próprio médico realiza gravações de consultas ou cirurgias



utilizando dispositivos semelhantes. Isso ocorre porque o médico é responsável pela guarda técnica e legal dos dados sensíveis de saúde do paciente, estando submetido a deveres ampliados de sigilo, confidencialidade e proteção da privacidade.

Quando a gravação é realizada com consentimento livre e esclarecido do paciente, finalidade legítima, armazenamento seguro e observância da LGPD, os riscos éticos e jurídicos reduzem-se significativamente. Nessas situações, a gravação pode integrar o prontuário médico, servir como documentação técnica, instrumento de ensino ou meio de defesa profissional.

Entretanto, quando o médico realiza gravações sem consentimento do paciente, os riscos jurídicos tornam-se substancialmente maiores, podendo envolver responsabilização ética perante os Conselhos de Medicina, responsabilidade civil por danos morais, violação à Lei Geral de Proteção de Dados e, em determinadas situações, responsabilização penal por violação da intimidade ou divulgação indevida de imagem.

Dessa forma, torna-se fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos às transformações tecnológicas contemporâneas e adaptem continuamente suas práticas à evolução ética, jurídica e social da relação médico-paciente.

Referências Bibliográficas

1. Google. Google Glass [Internet]. 2013 [cited 2026 May 10]. Available from: Google Glass Announcement
2. Snap Inc. Spectacles [Internet]. 2016 [cited 2026 May 10]. Available from: Snap Spectacles
3. Meta Platforms. Ray-Ban and Facebook introduce Ray-Ban Stories [Internet]. 2021 [cited 2026 May 10]. Available from: Meta Ray-Ban Stories Launch
4. Meta Platforms. Introducing the new Ray-Ban Meta smart glasses [Internet]. 2023 [cited 2026 May 10]. Available from: Meta Ray-Ban Meta Launch
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217/2018. Código de Ética Médica [Internet]. Brasília: CFM; 2018 [cited 2026 May 10]. Available from: Código de Ética Médica PDF
6. Conselho Federal de Medicina. Despacho SEJUR nº 386/2016. Brasília: CFM; 2016.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1988 [cited 2026 May 10]. Available from: Planalto - Constituição Federal
8. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 122.508/18. São Paulo: CREMESP; 2018.
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.314/2022. Define e regulamenta a telemedicina no Brasil [Internet]. Brasília: CFM; 2022 [cited 2026 May 10]. Available from: Resolução CFM 2314/2022

ÉTICA, CONEXÃO E AUTORIDADE

O guia definitivo de Marketing Digital para médicos



*Dr. Márcio André Volkweis
Médico Dermatologista,
graduado em Administração
e integrante da Diretoria
da ABCRC
CRM/RS 28703
RQE 27261*

O que você vai ler neste artigo

- Como o comportamento dos pacientes transformou o marketing médico na era digital.
- As principais regras do CFM para publicidade médica e presença nas redes sociais.
- Estratégias para fortalecer a autoridade profissional por meio de conteúdo, SEO, Google Meu Negócio e redes sociais.
- O papel do tráfego pago e da construção de reputação para um crescimento sustentável e alinhado à ética médica.

O comportamento do paciente mudou drasticamente na última década. Se antigamente a escolha de um médico baseava-se exclusivamente nas indicações de familiares ou na lista do plano de saúde, hoje a jornada começa nos motores de busca. Antes mesmo de agendar uma consulta, o paciente moderno pesquisa os sintomas no Google, busca o perfil profissional no Instagram e lê as avaliações no Google Maps.

Como aponta Martha Gabriel, a hiperconectividade transformou o consumidor em um agente ativo, que exige conveniência, transparência e acesso imediato à informação antes de tomar qualquer decisão de compra ou contratação de serviços.

Nesse cenário, o marketing digital para médicos deixou de ser um diferencial competitivo para se tornar uma necessidade de sobrevivência e posicionamento de mercado. No entanto, a publicidade médica possui regras estritas e uma dinâmica própria, onde o objetivo principal nunca deve ser a “venda” agressiva.



Remetendo ao clássico conceito de Theodore Levitt sobre a “Miopia de Marketing”, o profissional de saúde não deve focar em vender “consultas”, mas sim em oferecer o que o paciente realmente busca: saúde, bem-estar, acolhimento e alívio de dores. No ambiente digital, isso se traduz na construção de autoridade, na educação em saúde e na conquista da confiança.

O PILAR ÉTICO: NAVEGANDO PELAS NORMAS DO CFM

Diferente de qualquer outro setor do mercado, o marketing médico é rigorosamente regulamentado. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) dita as regras por meio da Resolução CFM nº 2.336/2023. Para atuar no ambiente digital sem correr o risco de processos ético-profissionais, o médico precisa ter em mente algumas premissas fundamentais:

- **Identificação Obrigatória:** Toda publicação, perfil ou site deve conter claramente o nome do profissional, a palavra “Médico”, a especialidade registrada e os

números do CRM e do RQE (Registro de Qualificação de Especialista).

- **Proibição do Sensacionalismo:** É vedado o uso de termos que prometam resultados garantidos, curas milagrosas ou técnicas exclusivas que não tenham comprovação científica.
- **Regras para o “Antes e Depois”:** Embora a nova resolução permita a exibição de fotos de pacientes em caráter educativo, isso deve seguir critérios rígidos, com autorização expressa do paciente, sem teor de autopromoção sensacionalista ou exposição vexatória.
- **Consultas à Distância:** A telemedicina é uma realidade, mas a publicidade não pode substituir o ato médico ou prometer diagnósticos definitivos via redes sociais (Direct ou comentários).

O marketing médico ético foca na informação de utilidade pública.

Quando o profissional se posiciona como um educador, a atração de pacientes torna-se uma consequência natural do valor gerado à sociedade.

ESTRATÉGIAS ESSENCIAIS DE POSICIONAMENTO DIGITAL

Para construir uma presença digital sólida e sustentável, o médico deve investir em três pilares principais baseados na atração e na permissão.

1. Conteúdo Educativo nas Redes Sociais

Plataformas como o Instagram, TikTok e LinkedIn são excelentes canais de humanização e aproximação. O erro mais comum é transformar o perfil em um “panfleto digital” com posts repetitivos do tipo “Agende sua consulta”. Esta prática ignora o conceito de Marketing de Permissão cunhado por Seth Godin, que defende que o marketing moderno deve ser esperado, pessoal e relevante, em vez de invasivo.

Nas redes sociais, o médico deve focar em desmistificar patologias

comuns de sua especialidade, explicar sintomas de forma simples e dar dicas de prevenção. Ao gerar valor gratuito, o profissional cria uma conexão de confiança com a sua audiência.

2. Site Profissional e o Marketing de Conteúdo (SEO)

As redes sociais funcionam como “terreno alugado”. O site próprio é a “casa” do médico na internet. Essa estratégia baseia-se diretamente no conceito de Inbound Marketing, desenvolvido por Brian Halligan e Dharmesh Shah, cujo objetivo é fazer com que o cliente encontre a empresa (ou o profissional) exatamente no momento em que procura por uma solução.

Através de técnicas de SEO (otimização para motores de busca), quando um paciente pesquisa no Google por “O que causa dor lombar crônica?” e encontra um artigo detalhado no blog de um ortopedista, a percepção de autoridade e a chance de conversão em consulta aumentam exponencialmente.

3. Presença Local com o Google Meu Negócio

Para médicos que atendem em consultórios físicos, esta é uma ferramenta indispensável de posicionamento. Michael Porter, em suas teorias de estratégia competitiva, aponta que a diferenciação é uma das chaves para o sucesso de uma organização. O preenchimento correto do perfil local, aliado a avaliações positivas de pacientes satisfeitos, funciona como um poderoso elemento de diferenciação e prova social dentro da região geográfica de atuação do médico.

TRÁFEGO PAGO: ACELERANDO OS RESULTADOS

Embora o crescimento orgânico seja valioso, ele demanda tempo.



Na atual transição mercadológica — que Philip Kotler define como o Marketing 4.0 e 5.0, onde a conectividade online se funde à experiência offline —, o uso de dados e mídia paga acelera o alcance do público correto. Para médicos que estão inaugurando um consultório, duas ferramentas são indispensáveis:

- Google Ads (Rede de Pesquisa): É a ferramenta de maior conversão para o público de “funno de funil”. Quando o usuário digita “Pediatra em Porto Alegre”, o anúncio do médico aparece nos primeiros resultados, captando o paciente no exato momento da necessidade.
- Meta Ads (Instagram e Facebook): Ideal para gerar consciência de marca (branding) e alcançar pessoas segmentadas por interesses ou dados demográficos específicos relacionados àquela especialidade.

CONCLUSÃO: O VALOR DO LONGO PRAZO

O sucesso do marketing digital para médicos não se mede pelo número de seguidores ou curtidas, mas sim pela qualidade dos pacientes que chegam ao consultório e

pela consolidação da reputação do profissional. Como bem resume Marcos Cobra sobre o mercado brasileiro, a constância e a adaptação às necessidades locais são fundamentais para a sobrevivência de qualquer estratégia de mercado.

Investir em marketing digital na medicina é um compromisso de médio a longo prazo. Quando feito com ética, respeito às normas regulamentatórias do CFM e focado na real necessidade do paciente, a internet se transforma na ferramenta mais potente para conectar a ciência médica àqueles que mais precisam dela.

Referências

COBRA, Marcos. Administração de Marketing no Brasil. São Paulo: Atlas, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.336/2023. Altera as normas do Manual de Publicidade Médica. Brasília: CFM, 2023.

GABRIEL, Martha. Marketing na Era Digital. São Paulo: Altabooks, 2020.

GODIN, Seth. Marketing de Permissão: transformando desconhecidos em amigos e amigos em clientes. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

HALLIGAN, Brian; SHAH, Dharmesh. Inbound Marketing: seja encontrado usando o Google, as mídias sociais e os blogs. Rio de Janeiro: Elsa, 2010.

KOTLER, Philip; KARTAJAYA, Hermawan; SETIAWAN, Iwan. Marketing 4.0: do tradicional ao digital. Rio de Janeiro: Sextante, 2017.

LEVITT, Theodore. Miopia de Marketing. Harvard Business Review, 1960.

PORTER, Michael E. Estratégia Competitiva: Técnicas para Análise de Indústrias e da Concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986.



Uma homenagem a Carlos Uebel



*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 Carlos Oscar Uebel talvez seja uma das tarefas mais difíceis — e, ao mesmo tempo, uma das maiores honrarias — da minha vida.

Amigo, mestre, conselheiro e companheiro de inúmeras jornadas científicas ao redor do mundo, Uebel foi muito mais do que um extraordinário cirurgião. Foi um homem raro.

Culto, elegante, refinado e profundamente humano, apreciava a vida em sua melhor expressão: a boa conversa, a amizade leal, a ciência, a arte de receber e o prazer de compartilhar momentos ao lado daqueles que amava.

Ao lado de Walderez, sua inseparável companheira e grande dama da sociedade porto-alegrense, formava um casal admirado não apenas pela elegância natural que ambos irradiavam, mas também pela distinção, educação e gentileza com que sempre trataram todos ao seu redor.

Nos filhos, na nora, no genro e nos netos — sua grande paixão — perpetuam-se os valores que sempre nortearam sua vida: o refinamento, a discrição, a generosidade e a dignidade.

Conviver com Uebel foi um privi-

légio. Aprender com ele, uma honra. E guardar sua amizade será, para todos nós, uma das mais preciosas memórias.

A cirurgia plástica brasileira e a comunidade internacional da restauração capilar despedem-se de um de seus mais brilhantes e respeitados expoentes.

Pioneiro da cirurgia de restauração capilar no Brasil, o Prof. Dr. Carlos Oscar Uebel dedicou sua trajetória profissional ao desenvolvimento, aperfeiçoamento e difusão de técnicas que transformaram a abordagem do tratamento da calvície hereditária masculina.

Desde a década de 1970, destacou-se como um dos grandes responsáveis pela introdução e consolidação das modernas técnicas de reconstrução capilar no país, tornando-se também uma referência internacional em uma especialidade então ainda emergente.

Sua contribuição científica foi vasta, sólida e inovadora. Autor de inúmeros trabalhos publicados no Brasil e no exterior, notabilizou-se especialmente pelos estudos envolvendo mini e microenxertos capilares, além de pesquisas pioneiras com plasma rico em plaquetas (PRP), ajudando a estabelecer novos horizontes para a cirurgia capilar contemporânea.

HOMENAGEM



O reconhecimento internacional de sua extraordinária contribuição à especialidade veio em 2000, com a outorga do prestigioso Prêmio Folículo de Platina da International Society of Hair Restoration Surgery (ISHRS), uma das mais elevadas honrarias da medicina capilar mundial.

Entretanto, aqueles que tiveram o privilégio de conviver com Uebel recordarão não apenas sua excelência técnica e acadêmica, mas também sua presença marcante, seu refinamento pessoal e sua rara elegância no exercício da medicina.

Dotado de extraordinária capacidade didática e de uma oratória impecável, transformava palestras e conferências em momentos memoráveis, sempre aguardados com admiração nos mais importantes congressos nacionais e internacionais.

Poliglota, dominava inglês, espanhol e alemão com impressionante naturalidade e precisão, característica que ampliava ainda mais sua presença nos cenários científicos internacionais, onde representava a medicina brasileira com distinção, cultura e sofisticação.

Generoso na transmissão do conhecimento, tratava colegas, alunos e discípulos com atenção, gentileza e genuíno espírito colaborativo. Formou não apenas cirurgiões, mas admiradores e amigos, deixando marcas profundas em diferentes gerações de profissionais que tiveram nele uma referência de competência, ética e humanidade.

Com sua partida, a medicina perde um mestre. A cirurgia capilar perde um de seus maiores inovadores. E todos aqueles que tiveram a honra de conhecê-lo perdem uma figura singular, cuja inteligência, elegância e grandeza humana permanecerão vivas na memória da especialidade.

Seu legado transcende suas conquistas científicas. Permanece presente na evolução da cirurgia capilar, na formação de inúmeros profissionais e na inspiração deixada por uma vida inteiramente dedicada à excelência médica e ao cuidado com o próximo.

Hoje, ao me despedir de Uebel, não me despeço apenas de um mestre da medicina ou de um dos

maiores nomes da cirurgia capilar mundial. Despeço-me de um amigo querido, de um homem elegante na essência da palavra e de uma presença humana absolutamente inesquecível.

Algumas pessoas atravessam a vida acumulando títulos. Outras, muito mais raras, atravessam o tempo deixando marcas profundas nas pessoas que tiveram o privilégio de conhecê-las. Uebel pertenceu a esta última categoria.

Seu talento engrandeceu a medicina. Sua inteligência iluminou gerações. Mas foi sua humanidade — discreta, refinada e generosa — que verdadeiramente o tornou inesquecível.

A saudade será imensa. Mas maior ainda será a gratidão por termos convivido com alguém que transformou conhecimento em legado, prestígio em respeito e sucesso em elegância humana.

Uebel parte da vida. Mas permanece definitivamente na memória, na história da medicina e no coração de todos nós que tivemos a honra de chamá-lo de amigo.



LIVE SURGERY WORKSHOP

Rio de Janeiro - Brazil
◀ **13.OCT 2026**



www.abcrc.com.br/RIOLSW2026



Associação Brasileira
de Cirurgia da
Restauração Capilar

Supported by



This meeting is sanctioned for 1 point per the ISHRS
Member Educational Maintenance Requirements.