

# Caso Clínico: Reconstrução da Região Pilosa Temporal após Ressecção de Neoplasia

Henrique N. Radwanski<sup>1</sup>  
Carlos Alberto Jaimovich<sup>2</sup>

- 1] Prof. Assistente do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
- 2] Prof. Assistente do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Membro Titular da Academia Brasileira de Medicina Militar.

## Endereço para correspondência:

Henrique N. Radwanski

R. Assis Bueno, 39  
Rio de Janeiro - RJ  
22280-080

Fone: (21) 2295-9001  
e-mail: info@pilos.com.br

**Descritores:** Transplante de cabelo; alopecia; reconstrução de couro cabeludo.

## RESUMO

*Os autores apresentam um caso clínico de reconstrução da região pilosa temporal e da linha pilosa temporal anterior (i.e., costeleta) após a ressecção de neoplasia cutânea. A exereses tumoral resultou num grande defeito de superfície, que foi tratado com um enxerto de pele total da região inguinal. Esta reconstrução ocasionou a amputação parcial da área pilosa temporal, com acentuado defeito estético. Duas sessões de microenxertia foram realizadas, com um transplante de aproximadamente 360 unidades foliculares sobre o enxerto de pele. Obteve-se como resultado final uma área pilosa e uma linha de implantação de boa densidade, com as mesmas características da região temporal contralateral. Os autores concluem que o transplante de cabelo é um método eficaz de reconstrução de áreas glabras em couro cabeludo.*

## RELATO DE CASO

Uma mulher de 68 anos (N.L.V.) apresentou-se ao consultório do segundo autor (C.A.J.), em maio de 2000, com uma extensa neoplásica cutânea situada na região temporal direita (Fig. 1). Notada inicialmente há seis meses, as dimensões da lesão eram de 28 cm<sup>2</sup> (7 cm por 4 cm). O aspecto clínico sugeria um tumor

maligmo (epitelioma basocelular), tendo sido planejada a exereses total da lesão com estudo histopatológico de congelação per-operatório. O procedimento foi realizado em ambiente hospitalar, sob regime ambulatorial, com anestesia local e sedação. A ressecção incluiu larga margem de segurança, atingin-

do, na sua profundidade, a fáscia temporal. O laudo da patologia per-operatória assegurou a ressecção total do tumor. Foi criada uma área cruenta de aproximadamente 42 cm<sup>2</sup>, e um segmento de pele glabra da região inguinal direita foi retirado, cuidando-se para que fossem incluídos pêlos pubianos. Esse enxerto de pele total foi então desengordurado, posicionado e fixado ao leito receptor temporal. O curativo contensivo foi removido após uma semana, revelando integração total do enxerto.

Em consulta de retorno, a paciente manifestou desejo de recuperar os cabelos e a linha pilosa temporal, perdidos durante a cura da neoplasia. O transplante de cabelo foi mencionado como o método de primeira escolha, e a paciente foi encaminhada ao primeiro autor (H.N.R.). À inspeção, notava-se um defeito de aproximadamente 40 cm<sup>2</sup> de pele glabra regular na região temporal direita (Fig. 2). Foi explicado à paciente que seriam necessárias duas sessões de transplante para completar a densidade desejada. A paciente aceitou este planejamento cirúrgico.

A área de transplante foi demarcada, transferindo-se os limites da região temporal pilosa contralateral (Fig. 3). Sob anestesia local, uma primeira sessão foi realizada em fevereiro de 2001 (*i.e.*, nove meses após a auto-enxertia de pele), com um total de 120 unidades foliculares. A região occipital foi escolhida como área doadora por apresentar alta densidade de fios de cabelo. Para que não houvesse qualquer risco à viabilidade do enxerto de pele, nessa primeira sessão os enxertos foram colocados espaçadamente. Entretanto, cada orifício ocasionava sangramento normal, o que significava que havia leito bem vascularizado. Ao final do procedimento, o enxerto de pele apresentava excelente preenchimento capilar (Fig. 4).

A paciente retornou após seis meses. Notava-se crescimento do cabelo dos enxertos, embora sua densidade fosse considerada pequena. Uma segunda sessão foi então realizada, com o transplante de aproximadamente 240 enxertos foliculares, posicionando-os entre os enxertos já colocados. A área doadora foi a mesma da primeira cirurgia.

A paciente teve uma evolução sem intercorrências. Com três meses de pós-operatório, ela notou o início de crescimento do cabelo transplantado e retornou para uma avaliação final com sete meses da segunda cirurgia, manifestando satisfação com o aspecto estético da região temporal. Ao ser proposta uma terceira etapa, a paciente

declinou, satisfeita com a densidade, o posicionamento dos fios e linha pilosa anterior já obtidos (Fig. 5).

## DISCUSSÃO

O transplante capilar, também conhecido como cirurgia da restauração de cabelo, é uma das intervenções mais frequentemente realizadas na população masculina. São duas as razões que explicam esta alta incidência: os resultados têm sido bastante naturais e a técnica vem sendo cada vez mais praticada de modo correto e acertado por um número cada vez maior de cirurgiões. A transferência de enxertos muito bem preparados, sem excesso de pele e respeitando a natural distribuição das células foliculares (chamados de enxertos foliculares), assegura o crescimento permanente e saudável do cabelo transplantado. O fio de cabelo implantado, quando entra na fase de crescimento, apresenta todas as características do cabelo nativo.

O transplante folicular pode ser aplicado em várias outras situações, ditas alopecias atípicas, conforme vem sendo publicado por vários autores<sup>(1-10)</sup>. Entre essas, pode-se indicar o transplante de unidades foliculares como o procedimento de eleição na correção de estigmas de ritidoplastias. A reconstrução da linha de implantação temporal (*i.e.*, a costeleta) faz-se necessária em muitas pacientes submetidas a ritidoplastias. O aumento da distância entre a cauda do supercílio e a costeleta deixa a paciente com aspecto antinatural e indesejável de “repuxamento” (alguns autores o denominam de fâcias de lagarto, ou *lizard face* e os pacientes a ele se referem como fâcias de querubim, de ventania ou de *lifting* artificial).

Outra condição bastante frequente no grupo de pessoas submetidas a ritidoplastia facial é a presença de cicatrizes visíveis, como a cicatriz pré-pilosa temporal e/ou cervical. Essas cicatrizes ficam mais evidentes quando a mulher usa o cabelo curto ou penteado para trás. O transplante de enxertos foliculares permite uma perfeita camuflagem, corrigindo de maneira permanente e natural o estigma cirúrgico.

O desafio da reconstrução da área pilosa e sobretudo da linha de cabelo, seja ela temporal, frontal ou cervical, é obter um resultado final com as seguintes características: uma boa densidade e com aspecto delicado (*i.e.*, sem aparência de tufos); cabelo que cresce em ângulo, como é a inclinação normal do cabelo nestas regiões, o que permite que a paciente jogue o cabelo para trás,



Fig. 1 – Aspecto da neoplasia, antes da ressecção.



Fig. 2 – Ferida cirúrgica fechada com enxerto de pele total. Desenho da linha de implantação, sobre o enxerto de pele glabra.



Fig. 3 – Os parâmetros da região temporal contralateral são passados para reconstruir a linha temporal.



Fig. 4 – Os orifícios foram realizados na área de implantação, de maneira inclinada.



Fig. 5 – Aspecto após duas sessões de transplante folicular sobre o enxerto de pele total.

sem sinais de tufos transplantados. Embora existam outras técnicas para a reconstrução da costeleta, como rotação de retalho (expandido previamente ou não), o transplante como o aqui citado confere um resultado muito mais natural, sem cicatrizes aparentes.

Algumas considerações técnicas são importantes. A implantação dos enxertos deve ser realizada de maneira inclinada, assegurando uma correta angulação do fio de cabelo. Os orifícios são feitos com uma agulha de ponta em bisel NoKor #18 (para os enxertos de 2-3 folículos) e com agulha 40 X 12 18G (para enxertos unifolculares). Os enxertos devem ser manipulados com um mínimo de trauma, durante todo o procedimento – na retirada do fuso da área doadora, no preparo dos enxertos e em sua colocação –, evitando qualquer manipulação agressiva ou excessiva esqueletização das unidades foliculares. Deve-se também evitar ressecamento, por isso os enxertos são colocados em soro fisiológico frio.

No caso descrito acima, em que unidades foliculares foram implantadas em pele enxertada, houve duas preocupações: a adequação do leito receptor, que pudesse dar viabilidade aos enxertos, e o eventual dano ao enxerto de pele provocado pelos múltiplos orifícios. Ambas as considerações provaram-se irrelevantes, já que o cabelo dos enxertos cresceu, sem qualquer prejuízo ao enxerto de pele. Essa constatação permitiu uma segunda sessão com o dobro de enxertos, aumentando consideravelmente a densidade final.

## CONCLUSÃO

Um enxerto de pele total foi usado para fechar uma lesão extensa na região temporal direita, conseqüente a uma ressecção de tumor cutâneo. Criou-se uma falha na área de implantação pilosa temporal, com a amputação parcial da costeleta desse lado. Um total de 360 enxertos foliculares foi utilizado para implantar a área, em duas sessões. O resultado final foi uma costeleta com as seguintes características: crescimen-

to de cabelo permanente, com boa densidade e delicadeza, com a inclinação típica dessa região. Os autores concluem que o enxerto de unidades foliculares constitui a melhor técnica para corrigir casos de alopecias atípicas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Brent B. Reconstruction of ear, eyebrow and sideburn in the burned patient. *Plast Reconstr Surg.* 1975; 55:312-9.
2. Gandelman M. Eyebrow transplantation. *Am J Surg.* 1996; 13:113-7.
3. Gandelman M. Eyebrow and eyelash transplantation. In: W.P. Unger (ed.) *Hair Transplantation.* Nova York: Marcel Dekker; 1995. p. 294-311.
4. Juri J, Juri C, Antueno J. Reconstruction of the sideburn for alopecia after rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1976; 57:304-11.
5. Juri J, Juri C, Conalço A. The surgical treatment of temporal and sideburn alopecia. *Br J Plast Surg.* 1981; 34:186-94.
6. Marritt E. Single hair transplantation of for hair-line refinement: A practical solution. *J Dermatol Surg Oncol.* 1984; 10:962-9.
7. Nordström RE. Punch hair grafting under split-skin grafts on scalps. *Plast Reconstr Surg.* 1979; 64:1-11.
8. Nordström REA. Reconstruction of the temporal hairline. *Aesth Plast Surg.* 1981; 103- 10.
9. Silva MO, Pitanguy I. Reconstrução de supercílio. *Rev Bras Cir.* 1988; 78:253-61.
10. Uebel CO. Punctiform technique: Hair replacement procedure of over 1000 micrografts and minigrafts. In: W.P. Unger (ed.). *Hair Transplantation.* New York: Marcel Dekker; 1995. p. 467-81.