

Reconstrução imediata do couro cabeludo com retalho de transposição baseado na artéria temporal superficial pós-ressecção oncológica

DIEGO FERNANDO VILLAGRA AVILA^{1*}
INARA DO CARMO LUCCHESI¹
ESTEVÃO JOSÉ MULLER ULIANO¹
DANIEL ONGARATTO BARAZZETTI¹
ZULMAR ANTONIO ACCIOLI DE
VASCONCELLOS¹
JORGE BINS ELY¹

RESUMO

Introdução: Os tumores mais comuns envolvendo o couro cabeludo incluem carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e melanoma maligno. A ressecção desses tumores pode causar defeitos variados e complexos. Há vários algoritmos para o tratamento desses defeitos. A reconstrução ideal irá depender da avaliação criteriosa de cada caso de acordo com diversos fatores. A técnica escolhida para a reconstrução deve priorizar o melhor resultado funcional e estético possível, com mínimo de morbidade do sítio doador. **Métodos:** Relato de caso. Foram revisados o prontuário e os registros fotográficos de um caso de reconstrução imediata com retalho local após ressecção de tumor de couro cabeludo, e realizada revisão bibliográfica. **Resultados:** Paciente foi submetido à ressecção de tumor de couro cabeludo e à reconstrução imediata com retalho local, com evolução favorável. **Conclusão:** Existem diversas opções para a reconstrução do escalpo, sendo o retalho local de transposição baseado na artéria temporal superficial, seguida de enxertia da área doadora, uma excelente opção de reconstrução do couro cabeludo.

Descritores: Reabilitação; Neoplasias cutâneas; Carcinoma basocelular; Couro cabeludo.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0047

INTRODUÇÃO

A incidência de neoplasias cutâneas está aumentando, sendo que o couro cabeludo e a região frontal são localizações comuns para tumores de pele primários e metastáticos, devido a seu rico suporte vascular e a grande exposição aos raios ultravioletas¹. Os tumores mais comuns envolvendo o couro cabeludo incluem carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e melanoma maligno. Sem tratamento, esses tumores da pele podem crescer radialmente, envolvendo uma área significativa do couro cabeludo e, verticalmente, passando por tecidos moles e periósteo para o osso craniano².

A ressecção desses tumores pode causar defeitos variados e complexos no couro cabeludo e um verdadeiro desafio para os cirurgiões plásticos. A ressecção de tumores mais agressivos e extensos pode necessitar a remoção do periósteo, resultando em um osso sem suporte vascular para a realização de enxerto de pele diretamente sobre o defeito³.

Há diversos algoritmos para o tratamento desses defeitos^{4,5}. Pequenos defeitos (menores que 2 cm²) podem ser fechados primariamente, enquanto para defeitos moderados (de 2 cm² a 25 cm²) normalmente é necessário um retalho local^{4,5}. Defeitos maiores devem ser reconstruídos com combinação de retalhos axiais, retalhos livres ou enxertia de pele^{4,5}.

A reconstrução ideal irá depender da avaliação criteriosa de cada caso de acordo com alguns fatores como idade, etiologia, localização, comorbidades, extensão de lesão e a quantidade de planos anatômicos envolvidos^{6,7}. A técnica escolhida para a reconstrução deve priorizar o melhor resultado funcional e estético possível, com mínimo de morbidade da área doadora⁸.

OBJETIVO

O trabalho tem como objetivo descrever um caso submetido à reconstrução imediata de couro cabeludo com

retalho de transposição baseado na artéria temporal superficial após ressecção oncológica, tratado no Serviço de Cirurgia Plástica do HU/UFSC (Hospital Universitário ligado à Universidade Federal de Santa Catarina).

MÉTODOS

Relato de caso. Foram revisados o prontuário e os registros fotográficos do caso e realizada revisão bibliográfica.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 68 anos de idade, cardiopata, procura o Serviço de Cirurgia Plástica HU/UFSC, por um tumor de 6 meses de evolução da última ressecção em região do couro cabeludo, trazendo laudo da anatomia patológica da ressecção prévia que foi feita por outro serviço, o qual informa como resultado carcinoma basoescomoso com margens periféricas comprometidas e invasão perineural presente.

Ao exame físico, o tumor se encontrava na região do couro cabeludo em cima de cicatriz de ressecção prévia, com tamanho de 8x11 cm, vegetante e ulcerado. Realizada marcação pré-operatória ao redor do tumor com margens de segurança, e realizado um desenho de um retalho de transposição posterior ao tumor baseado na artéria temporal superficial conforme a Figura 1.

O tumor foi ressecado com margens cirúrgicas de 1,5 cm, e o material enviado para exame de congelação transoperatório o qual demonstrou margens cirúrgicas livres de neoplasia. O defeito após a ressecção resultante foi de aproximadamente 11x14 cm de diâmetro na região do couro cabeludo, com exposição óssea e ausência de periósteo em toda a extensão do defeito da ressecção, que foi complementado com drilagem do osso frontal (Figura 2).

Realizada confecção do retalho de transposição posterior ao defeito conforme marcação pré-operatória baseada na artéria temporal superficial, descolamento num plano deixando

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

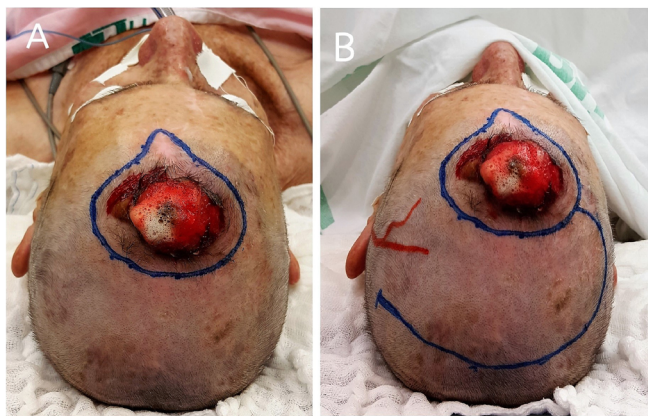


Figura 1. Avaliação pré-operatória. A. Tumor de couro cabeludo ulcerado de 8x11 cm. Marcação pré-operatória de tumor com margens de 1,5 cm. B. Desenho de Retalho de Transposição posterior ao tumor baseado na Artéria Temporal Superficial.

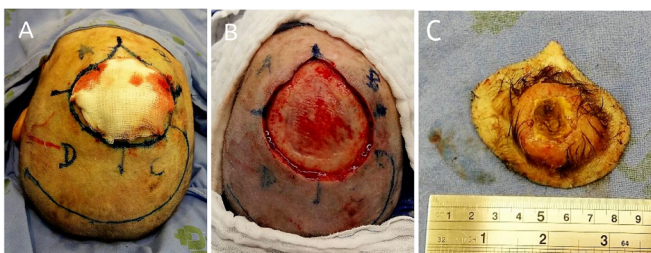


Figura 2. Procedimento cirúrgico. A. Isolamento de tumor prévio à ressecção. B. Defeito pós-ressecção de tumor de couro cabeludo e realização de drillagem da tábua externa do osso frontal. C. Tumor que foi enviada para congelamento, o qual teve todas as margens negativas.

o perióstio e tecido conectivo subgaleal íntegros. O defeito com osso exposto foi coberto pelo retalho, deixando uma área doadora aberta com perióstio e tecido conectivo subgaleal, o qual foi deixado aberto para granulação por segunda intenção e posterior realização de enxertia cutânea em um segundo tempo cirúrgico. (Figura 3).

No 21º dia de pós-operatório observou-se evolução favorável, com retalho sem sinais de sofrimento e necrose, leito da área doadora com bom tecido de granulação (Figura 4), tendo sido realizada enxertia de pele total, oriunda da região abdominal, na área de tecido de granulação no couro cabeludo, onde foi deixado curativo de Brown (Figura 5, A-B), o qual foi retirado no 8º dia de pós-operatório, com boa evolução do enxerto sem áreas de necrose (Figura 5, C-D).

A respeito do aspecto ético, seguimos rigorosamente os princípios de Helsinque revisado em 2000. O paciente assinou Termo de Consentimento permitindo a utilização de seus dados de prontuário, bem como a publicação de suas imagens. O exame anatomopatológico confirmou carcinoma de pele basoescamoso com margens cirúrgicas livres.

RESULTADOS

Paciente apresentou evolução bastante favorável, satisfeito com resultado estético, funcional, e adequado controle oncológico do tumor (Figura 6).

DISCUSSÃO

O couro cabeludo é um leito propício para diversos tipos de lesões, desde traumas, exposição solar, predispondo a tumores de pele associados ao clima tropical e à variabilidade étnica do



Figura 3. Pós-operatório imediato, com área doadora aberta.

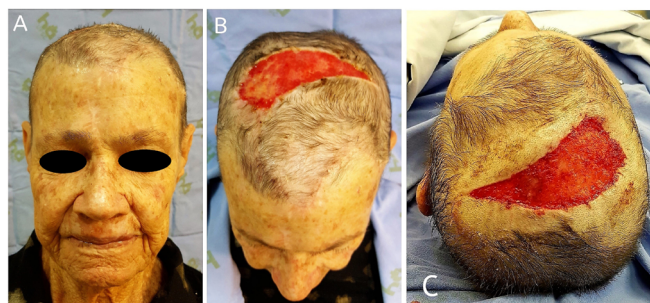


Figura 4. 21º dia de pós-operatório. A. Retalho com boa evolução numa visão frontal, linha do implante capilar em boa posição. B. Bom tecido de granulação da área de doadora. C. Preparação para realização de enxertia na área doadora.

Brasil. As lesões causadas por tais insultos nessa região geram um enorme prejuízo funcional e estético por ser uma área muito visível⁸.

A reconstrução de defeitos extensos após ressecções oncológicas desafia os cirurgiões plásticos, que devem estar preparados e treinados, principalmente na região da frente e do couro cabeludo, que apresentam dificuldades como a pouca extensibilidade dos tecidos e manutenção da linha capilar⁹. Diversos métodos de reconstrução são relatados, incluindo segunda intenção, enxerto de pele, fechamento primário, retalhos locais, expansão tecidual, retalhos livres e implantes capilares⁹.

A escolha da técnica apropriada é afetada por diversos fatores, como o tamanho e a localização do defeito, a presença ou ausência de perióstio, a qualidade dos tecidos da vizinhança, a presença ou ausência de cabelo, a localização da linha capilar, as comorbidades do paciente¹⁰. De acordo com todos esses fatores, optamos pela reconstrução imediata com retalho local de transposição baseado na artéria temporal superficial e enxertia de pele total no 21º pós-operatório da ressecção do tumor sem intercorrências e com satisfação pós-operatória do paciente.

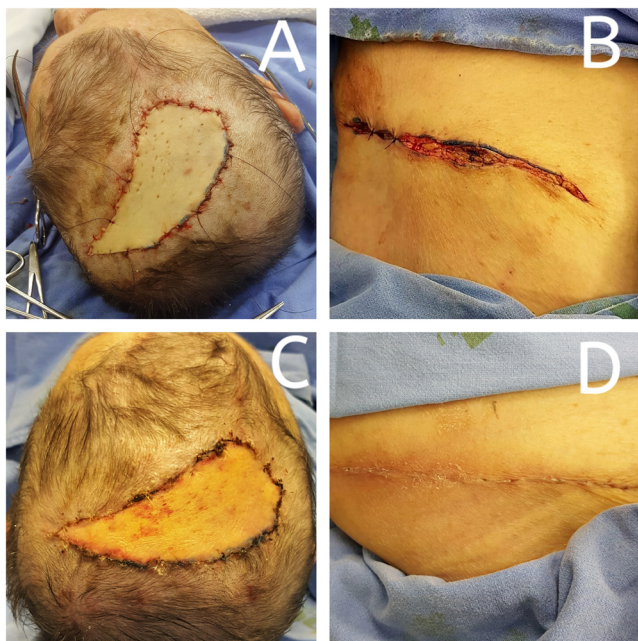


Figura 5. A. 2º tempo cirúrgico, realizado enxerto de pele total na área doadora e deixado curativo de Brown. B. Área doadora do enxerto região abdominal do paciente. C. 8º dia pós-operatório, retirada de curativo de Brown, bom aspecto de enxerto. D. Área doadora abdominal no 8º dia pós-operatório.



Figura 6. Evolução favorável, paciente satisfeita com resultado estético, funcional, e adequado controle oncológico do tumor.

CONCLUSÃO

A reconstrução de grandes defeitos no couro cabeludo é sempre um desafio para o cirurgião plástico, e o aumento de pacientes com neoplasias cutâneas, geralmente pacientes idosos e com mais comorbidades médicas. Portanto, o retalho local de transposição baseado na artéria temporal superficial é um procedimento de fácil realização, que não requer um tempo cirúrgico muito prolongado, é confiável e seguro para reconstruções de couro cabeludo com defeitos de espessura total, e pode ser um recurso bem útil a ser lembrado nessas situações.

REFERÊNCIAS

- Halpern M, Adams C, Ratner D. Galeal hinge flaps: a useful technique for immediate repair of scalp defects extending to periosteum. *Dermatol Surg.* 2009;35(1):127-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2008.34391.x>
- Costa DJ, Walen S, Varvares M, Walker R. Scalp Rotation Flap for Reconstruction of Complex Soft Tissue Defects. *J Neurol Surg B Skull Base.* 2016;77(1):32-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1556874>
- Hussain W, Mortimer NJ, Salmon PJ, Stanway A. Galeal/periosteal flaps for the reconstruction of large scalp defects with exposed outer table. *Br J Dermatol.* 2010;162(3):684-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09584.x>
- Leedy JE, Janis JE, Rohrich RJ. Reconstruction of acquired scalp defects: an algorithmic approach. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(4):54e-72e. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000179188.25019.6c>
- Newman MI, Hanasono MM, Disa JJ, Cordeiro PG, Mehrara BJ. Scalp reconstruction: a 15-year experience. *Ann Plast Surg.* 2004;52(5):501-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.sap.0000123346.58418.e6>
- Bazzi K, Formighieri B, Tissiani L, Rocco M, Ferreira M, Vilella L. Reconstruções complexas do couro cabeludo: um desafio ao cirurgião plástico. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(3):28.
- Anbar RA, Almeida KG, Nukariya PY, Anbar RA, Coutinho BBA. Métodos de reconstrução do couro cabeludo. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(1):156-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000100026>
- Marcondes CA, Pessoa SGP, Pessoa BBGP. Estratégias em reconstruções complexas do couro cabeludo e da frente: uma série de 22 casos. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(2):229-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2016RBPC0036>
- Lee S, Rafii AA, Sykes J. Advances in scalp reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;14(4):249-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.moo.0000233595.61305.d8>
- Terranova W. The use of periosteal flaps in scalp and forehead reconstruction. *Ann Plast Surg.* 1990;25(6):450-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/0000637-199012000-00004>

*Endereço Autor:

Diego Fernando Villagra Avila

Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/nº, Trindade, Florianópolis - SC - Caixa Postal 5199
CEP 88036-800

E-mail: diego.villagra@hotmail.com