

Reconstrução complexa de escalpo com retalho anterolateral da coxa microcirúrgico: relato de caso

FELIPE BILHAR FASOLIN^{1*}
ANGELO SYRILLO PRETTO NETO²
RONALDO SCHOLZE WEBSTER²
BRUNO DELLA MEA GASPERIN²
FLÁVIO MACIEL DE FRETTAS NETO²
PEDRO BINS ELY²

RESUMO

Reconstruções de escalpo podem ser desafiadoras em casos com perda de grande extensão tecidual. São várias as opções cirúrgicas e elas devem ser empregadas de acordo com a complexidade do defeito. O presente artigo relata um caso de ampla perda tecidual de couro cabeludo, com exposição óssea, em que foi proposta a reconstrução com retalho anterolateral da coxa microcirúrgico. O procedimento ocorreu sem intercorrências e o paciente teve excelente recuperação pós-operatória. O retalho utilizado é muito versátil, possui um pedículo vascular muito seguro e pode recobrir extensas lesões, sendo uma ótima opção para reconstruções complexas de cabeça e pescoço.

Descritores: Retalhos cirúrgicos; Retalho perfurante; Microcirurgia.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0065

INTRODUÇÃO

A reconstrução do escalpo pode ser muito desafiadora, principalmente em casos onde há grande área a ser recoberta ou há exposição da calota craniana. Os defeitos podem ser causados por ressecções oncológicas, trauma, queimaduras, tratamento de feridas crônicas e até mesmo tratamento estético de alopecia. No presente artigo relatamos o caso de um paciente com queimadura elétrica do escalpo e importante perda tecidual, que foi submetido a uma reconstrução com o uso de retalho livre anterolateral da coxa e apresentamos uma revisão acerca do tema.

OBJETIVO

Relatar um caso de reconstrução de escalpo realizado no Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

MÉTODOS

Foram realizadas revisão do prontuário e dos registros fotográficos do caso relatado e revisão bibliográfica baseada no Portal Capes e PubMed sobre reconstrução de escalpo.

RESULTADOS

J.V.S.C., 49 anos, masculino, metalúrgico. Sofreu queimadura elétrica em escalpo há um ano, passando por internação na UTI e ficando com sequelas neurológicas leves, como desequilíbrio, dificuldade de marcha e limitação funcional de membro superior direito. Chegou ao ambulatório do Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Porto Alegre com um defeito de cerca de 200cm² no escalpo, com exposição óssea (Figura 1).

Foi realizada uma tentativa de reconstrução com perfurações da tábua óssea externa, que evoluiu com infecção local e perda da viabilidade óssea (Figura 2). Foi decidido pela ressecção da calota craniana e realização da reconstrução com um retalho anterolateral da coxa microcirúrgico. Primeiramente, houve a ressecção óssea e exposição da dura-máter.

A área doadora foi desenhada na coxa esquerda para um retalho subfascial baseado nos ramos perfurantes do sistema femoral circunflexo lateral. O defeito foi recoberto com enxerto de pele parcial da coxa contralateral. O retalho foi levado para o

leito receptor e a anastomose microcirúrgica foi realizada com a artéria e veia temporais superficiais à esquerda.

O procedimento ocorreu sem intercorrências e o paciente obteve uma ótima recuperação pós-operatória (Figura 3). O retalho não sofreu áreas de isquemia e ofereceu uma adequada proteção ao encéfalo. O paciente optou por não realizar reconstrução da calota craniana e segue em acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

Há inúmeras técnicas para reconstrução do couro cabeludo. Enxerto de pele com espessura parcial é uma possibilidade caso alopecia não seja uma preocupação do paciente, a área não tenha sido submetida à radioterapia e o pericrânio esteja preservado¹.

Quando não é possível enxertar por algum desses fatores, retalhos locais são o método reconstrutivo preferido com a técnica dependendo da área a ser coberta. Tratando-se de uma lesão extensa de couro cabeludo, quando não há possibilidade de reconstrução de retalhos locais, sempre é necessário avaliar o paciente como um todo para definir a possibilidade de reconstrução com retalho livre (status funcional, comorbidades, doença vascular periférica).

Definida a conduta, os principais retalhos microcirúrgicos utilizados para reconstrução de escalpo são o de músculo latíssimo do dorso e o anterolateral da coxa². Este último foi descrito primeiramente por Song *et al.*, em 1984, baseado nas perfurantes da artéria circunflexa femoral lateral.

Trata-se de um retalho muito versátil, podendo ser usado como um retalho pediculado ou microcirúrgico, suprafascial ou subfascial, que se localiza no terço médio da coxa, anterior e lateral ao músculo reto femoral e vasto lateral. Suas medidas podem estender-se até 20x40cm, embora costume ser usado retalhos com dimensões menores e mais seguros.

Apresenta grande versatilidade para recobrimento de lesões em cabeça e pescoço e tronco, graças a um pedículo vascular longo e calibroso. Tem como desvantagens a morbidade da área doadora e pode ter aspecto 'volumoso' pela quantidade de tecido subcutâneo^{3,4}.

¹ Universidade de Passo Fundo, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSA, Porto Alegre, RS, Brasil.



Figura 1. Lesão de escalpo pós-queimadura elétrica.



Figura 3. Aspecto no 7º PO após reconstrução com retalho microcirúrgico.



Figura 2. Após perfurações cranianas.

CONCLUSÃO

Lesões em escalpo devem ser tratadas de acordo com a sua complexidade, podendo optar-se por enxertos, retalhos locais ou retalhos microcirúrgicos. A reconstrução microcirúrgica com o retalho anterolateral da coxa, por possuir um pedículo vascular adequado e poder cobrir grandes áreas, é uma ótima opção em reconstruções complexas de cabeça e pescoço.

REFERÊNCIAS

1. Janus JR, Peck BW, Tombers NM, Price DL, Moore EJ. Complications after Oncologic Scalp Reconstruction: A 139-Patient Series and Treatment Algorithm. *Laryngoscope*. 2015;125(3):582-8. PMID: 25073781 DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/lary.24855>
2. Jia-Ao Y, Hong-Jing L, Zheng-Hua J, Kai S, Zhen-Hai N. Reconstruction of a large pediatric scalp defect with skull exposure by a free anterolateral thigh flap. *Plast Reconstr Surg*. 2012;129(1):178e-80e. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3182365d8a>
3. Hsieh CH, Yang CC, Kuo YR, Tsai HH, Jeng SF. Free anterolateral thigh adipofascial perforator flap. *Plast Reconstr Surg*. 2003;112(4):976-82. PMID: 12973212 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000076221.25738.66>
4. Ali RS, Bluebond-Langner R, Rodriguez ED, Cheng MH. The versatility of the anterolateral thigh flap. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(6 Suppl):e395-407. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181bcf05c>

***Endereço Autor:**

Felipe Bilhar Fasolin

R. Sarmiento Leite, 245 - Centro Histórico, Porto Alegre, RS, Brasil.

CEP 90050-170

E-mail: felipefasolin@hotmail.com