

Cirurgia da Calvície: Abordagem Pessoal e Novo Instrumental

Carlos Eduardo Guimarães Leão¹

1] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Endereço para correspondência:

Carlos Eduardo Guimarães Leão

R. do Mosteiro, 105/202
Belo Horizonte - MG
30380-780

Fones: (031) 337-1041 e (031) 9981-5954
e-mail: leao@digipen.com.br

Unitermos: Calvície; "single-hair-graft"; agulhas; novo instrumental.

RESUMO

O autor apresenta a sua abordagem pessoal no tratamento da calvície e os resultados obtidos com uma sistematização simples e eficiente. Enfatiza a necessidade de uma técnica refinada alicerçada em princípios básicos que vão desde a marcação da linha anterior, enxertos de um só fio nas primeiras linhas anteriores, passando por técnica atraumática e precisa.

Apresenta, detalhadamente, um novo cabo de bisturi (idealizado pelo autor) em que se encaixam agulhas comuns de injeção, estas definitivamente incorporadas ao arsenal do autor para a cirurgia da calvície. O novo instrumental facilita o manuseio preciso do cirurgião além de possibilitar um procedimento mais requintado e muito menos traumático.

INTRODUÇÃO

A calvície é o grande trauma estético do homem. Já na história antiga, o exemplo do imperador Júlio César, que usava uma coroa de louros para disfarçar sua calva, mostra claramente a preocupação do homem com suas formas harmônicas e estéticas.

Em papiros egípcios de mais de 5 mil anos, encontram-se registrados métodos supostamente capazes de se evitar a calvície.

Hipócrates, em 400 A.C., notou que os eunucos não

eram acometidos de gota e geralmente não se tornavam calvos. Estas observações de Hipócrates despertaram tanta atenção que até hoje a maioria dos autores defendem a interação de 3 fatores - genético, etário e, principalmente, endócrino - no desenvolvimento da calvície, corroborando com os estudos de Orentreich⁽¹⁾ que mostram um gen sexo limitado dominante responsável pela atuação deletéria da dihidrotestosterona sobre determinados folículos estrategicamente localizados na região fronto-parieto-

occipital do couro cabeludo, determinando uma diminuição do crescimento, transformação anatômica do pêlo por atrofia do bulbo e, por fim, com o avanço da idade, a queda. A calvície não é, portanto, apenas uma perda de folículos, mas uma expressão genético-esteróide relacionada com o tempo e que se manifesta na diminuição do crescimento do cabelo. É necessário atentar para o fato de que estes achados de Orentreich⁽¹⁾ referem-se à calvície comum ao homem e não a outros tipos de alopecia.

Atualmente sabe-se que metade dos homens do planeta já são ou ficarão calvos num futuro impiedoso. Porém, o crescimento em proporção geométrica de candidatos à cirurgia da calvície deve-se à obtenção de resultados cada vez mais naturais e que, com a evolução crescente de novas técnicas e táticas, têm chegado bem próximo da normalidade.

É importante frisar que a atual, moderna, natural e eficaz cirurgia da calvície não parece ter a palavra final na solução de todos os problemas da calva. Alguns pacientes precisarão esperar uma outra forma de ajuda que, certamente, será trazida pela bioquímica e genética.

MATERIAL E MÉTODOS

Seguramente o tratamento cirúrgico da calvície destaca duas fases bem determinadas: antes e depois de Orentreich⁽¹⁾. A partir de seus estudos e técnicas, passando por Juri⁽²⁾, Vallis⁽³⁾, Chajchir⁽⁴⁾, Kaminsky⁽⁵⁾, Curi⁽⁶⁾, Uebel⁽⁷⁾ a cirurgia da calvície chega hoje a um estágio de aceitação médico-paciente nunca antes registrado na história da cirurgia plástica. Isto se deve a Nordström⁽⁸⁾ que, com sua idéia inicial, permitiu a Curi⁽⁶⁾ desenvolver a sua reconhecida técnica de microenxertos de unidades capilares dispostas por toda área calva do paciente.

Temos utilizado a técnica de Curi⁽⁶⁾ com algumas modificações descritas por Uebel⁽⁷⁾ e pelo próprio autor, para os mais diversos tipos e graus de calvície androgenética, seqüelas de queimaduras de couro cabeludo ou ritidoplastias e alopecias adquiridas e irreversíveis. A faixa etária varia de 20 a 65 anos, com 48% dos pacientes entre 25 e 35 anos. Predomina o sexo masculino em 92%.

O cabelo claro, crespo ou grosso, área doadora de boa densidade, calvície padrão 1 a 5 pela classificação de Norwood⁽⁹⁾, faixa etária entre 30 e 40 anos, delinea o perfil do paciente ideal para um bom resultado.

A TÉCNICA

ÁREA DOADORA

Paciente em decúbito ventral, posição torácica confortável, testa apoiada em almofada macia de espuma e o nariz livre. Traçamos uma linha imaginária na região occipital que tangencia o pólo superior da hélix de ambas as orelhas. Este é o limite superior da incisão que fazemos para a retirada da faixa pilosa. A seguir cortamos o cabelo com tesoura do limite superior até 1,5 cm para baixo determinando a largura, deixando o pêlo cortado com 0,5 cm de tamanho, o que facilitará direcioná-lo na área receptora (Fig. 1). Numa segunda etapa cirúrgica a largura da faixa deverá ser de 1,0 cm e a cicatriz resultante da primeira etapa será o seu limite superior. O comprimento da faixa normalmente vai de orelha a orelha podendo ser menor dependendo do caso em questão, ou maior, estendendo-se à região temporal, numa clássica marcação em forma de "bumerangue".

Antissepsia rigorosa de todo o couro cabeludo com clorexidine aquoso. Marcação da faixa elíptica com azul de metileno. Anestesia local infiltrativa com Xilocaína 1,5% com adrenalina, no máximo 10 ml. Incisões em bisel, clássicas de couro cabeludo, e dissecação supragálica cuidadosa. Hemostasia e síntese, com chuleio contínuo, utilizando monofilamento azul de nylon 4-0.

PREPARO DOS ENXERTOS

Utilizamos uma prancha de material plástico rígido e autoclave resistente. Com bisturi lâmina 22, dividimos a faixa ao meio em seu comprimento e fatiamos cada metade com cortes paralelos de aproximadamente 2,0 mm de largura (Fig. 2a). Com bisturi lâmina 11 operamos a pequena fatia separando o tecido gorduroso em excesso logo abaixo da base do bulbo, mantendo-o, porém, imerso no mesmo tecido. Em seguida, preparamos os micro (2 a 3 fios) e os mini (3 a 5 fios) enxertos de couro cabeludo, observando sempre a inclinação anatômica da unidade capilar e com isso realizando cortes paralelos, porém oblíquos (Fig. 2b). Para a confecção dos enxertos de um só fio, os "single-hair-grafts", utilizados nas linhas mais anteriores, há necessidade do uso de lupas ou lentes de aumento. A faixa doadora e os enxertos preparados devem ficar sobre pequenas hastes de madeira

esterilizadas, tipo abaixador de língua descartável, umedecidos freqüentemente por borrifador de soro fisiológico e nunca imersos em soro. Um controle rigoroso da qualidade de cada enxerto, bem como a sua disposição lado a lado na haste, já numa posição que facilite os movimentos do auxiliar para a sua introdução no sítio receptor, dinamiza, sobremaneira, o andamento da cirurgia (Fig. 2c).

MARCAÇÃO DA LINHA ANTERIOR

Este é o momento decisivo para um bom resultado. Prévia e amplamente discutida com o paciente, a linha anterior deve ter um traçado natural que mantenha algum tipo de entrada. O seu desenho, caracterizado por linhas quebradas propostas por Basto⁽¹⁰⁾, confere uma naturalidade extraordinária, além do correto posicionamento do limite frontal da linha anterior, teoricamente entre 2 e 2,5 cm acima do sulco frontal superior. (Fig. 3).

ÁREA RECEPTORA

O paciente em decúbito dorsal deve sentir-se confortável. Uma sedação assistida por anestesista é importante para dissociar o paciente do ambiente cirúrgico, diminuindo o seu "stress" e suas desfavoráveis conseqüências, facilitando as manobras seguintes. Antissepsia do couro cabeludo e face seguida da marcação da linha anterior com azul de metileno. Dividimos a área a ser enxertada em 4 a 6 quadrantes e operamos um a um, látero-lateral de anterior para posterior (Fig. 4). Anestesia local infiltrativa e tumescente em cada quadrante a ser operado. Não fazemos bloqueios. Utilizamos um cabo de bisturi especial, idealizado pelo autor, semelhante a uma caneta, no qual adaptamos dois tipos de agulha de injeção, 40/12 e 40/16 (Figs. 5a e 5b).

Nas três primeiras linhas anteriores damos preferência aos enxertos de um fio, colocados lado a lado a uma distância de 2 mm através de agulhas 40/12. Nas segunda e terceira linhas, os enxertos são dispostos em forma de "cadeira de anfiteatro", obedecendo os mesmos 2 mm tanto látero-lateral como ântero-posterior.

Nas linhas seguintes mudamos apenas o tamanho dos enxertos (micro ou mini) e o calibre da agulha, que aqui é 40/16.

Introduzimos a agulha perpendicular à superfície

calva com o bisel lateralizado para a esquerda até que o mesmo desapareça na profundidade tecidual. Em seguida puxa-se a agulha até aparecer novamente o início do bisel. Gira-se o cabo 90 graus para a direita abrindo o orifício e expondo o bisel para o auxiliar que, com uma pinça de relojoeiro, escorrega o enxerto, através da agulha, até a profundidade da área receptora que é determinada pelo tamanho do bisel (Fig. 6). O enxerto deve ser direcionado de modo a permitir o seu crescimento para frente. Retira-se cuidadosamente a agulha para que o mesmo procedimento se repita.

Com a ponta do indicador esquerdo o cirurgião segura o recém colocado enxerto para que, na colocação do subsequente, este não salte para fora de seu novo domicílio.

Dependendo da extensão da área calva, uma média de 20 agulhas são trocadas durante a operação.

Com um borrifador de soro fisiológico, utilizado muitas vezes durante o ato cirúrgico, hidrata-se os enxertos além de mantê-los livres do excesso de crostas hemáticas (Fig. 7).

Este tipo de tática na introdução dos enxertos contribuiu para uma melhora significativa em vários aspectos desta cirurgia:

1. Diminuiu o tamanho dos orifícios quando comparados com aqueles feitos com bisturi lâmina 11 ou similares e, conseqüentemente, contribuiu para o desaparecimento daquelas desagradáveis elevações da pele ao redor do pêlo, resultantes da cicatrização, muito comuns no pós-operatório e queixa freqüente dos pacientes.
2. Diminuiu significativamente o sangramento transoperatório.
3. Facilitou a colocação de enxertos mais próximos um do outro, melhorando a densidade capilar na área operada.
4. Facilitou a colocação de enxertos em áreas com cabelo, evitando-se a perda de fios remanescentes.
5. Facilitou o trabalho do auxiliar na introdução e direcionamento do pêlo através do bisel da agulha.
6. Proporcionou mais conforto ao cirurgião

com o novo cabo de bisturi idealizado pelo autor (Fig. 6).

7. Diminuiu o índice de edema pós-operatório.
8. Melhorou sobremaneira o resultado final da cirurgia, principalmente nas linhas mais anteriores (Figs. 8e e 8f).

O CURATIVO

Utilizamos gazes vaselinadas esterilizadas sobre os enxertos e área doadora. Em seguida, uma camada espessa de gazes abertas fixadas por ataduras de crepom de 15 cm, em média compressão. Retiramos o curativo 48 horas após a cirurgia e liberamos a área operada para o banho com sabão líquido à base de hexaclorofeno. Retiramos os pontos com 12 dias e recomendamos não retirar crostas hemáticas sobre alguns enxertos antes do 7º dia PO. Após este período, a retirada das crostas é mais fácil e deve ser sempre cuidadosa, de preferência com o cabelo úmido.

O NOVO INSTRUMENTO CIRÚRGICO

Idealizado pelo autor e denominado pelo fabricante "Bisturi de Leão" para cirurgia da calvície, este novo instrumento, semelhante a uma caneta, serve como cabo para a conexão de diferentes calibres de agulhas comuns de injeção utilizadas na introdução dos enxertos e cujas áreas de encaixe são de padrão universal. Consta de uma ponta removível que protege a agulha, deixando apenas o seu 1/3 distal aparente, o que confere conforto e segurança para os movimentos de perfuração e rotação como preconiza o autor. A troca da agulha é feita da mesma forma que se troca uma carga de caneta. Confeccionado em dois tipos de material, aço inox ou teflon, é leve, confortável, encaixando-se perfeitamente na mão, facilitando as manobras cirúrgicas descritas (Figs. 5a e 5b).

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Com a experiência adquirida em entrevistas pré-operatórias, muitos casos operados e acompanhamento

pós-operatório, chegamos a uma opinião muito pessoal sobre o perfil do calvo: A faixa etária compreendida entre 20 e 30 anos não só deseja a correção da área calva como quer densidade capilar. São pacientes exigentes que nos procuram sistematicamente para a 2ª e 3ª etapas cirúrgicas, necessárias para atingir este objetivo (Figs. 8a, 8b, 8c, 8d, 8e e 8f). Já o anseio de homens entre 35 e 45 anos, com calvície instalada, é acabar com o estigma de "careca", o que se consegue com uma etapa cirúrgica (Figs. 9a e 9b). Metade destes pacientes nos procura para a 2ª etapa, o que certamente lhe confere um resultado muito superior no tocante à densidade capilar. Entre aqueles de 50 a 65 anos, o retorno de fios de cabelo à área calva minora a sensação de perda que se exacerba nesta faixa etária. Voltar a usar o pente é, para muitos, uma conquista, e com isso é rara a realização de uma 2ª etapa nestes pacientes (Figs. 10a - 10d).

Em toda entrevista pré-operatória somos claros quanto à possibilidade e/ou necessidade da 2ª, 3ª e até mesmo de uma 4ª etapa cirúrgica. Isto dá ao paciente a certeza de suas chances para obter o melhor resultado.

No tratamento da alopecia androgenética, o imediatismo deve ser sempre substituído pela paciência. Esta virtude é fundamental na cirurgia da calvície tanto para o médico, no tocante à abordagem, ato cirúrgico, espera do resultado e tempo mínimo para a realização da 2ª etapa, quanto para o paciente, no que se refere à espera pelo resultado final que só virá num período mínimo de 8 meses.

Com esta nova abordagem cirúrgica no tratamento da calvície, tanto pela introdução de novos instrumentos como pela preocupação com táticas menos traumáticas, consegue-se um grau de refinamento importante na obtenção de resultados mais naturais, além de uma dinâmica mais eficiente e muito menos agressiva, tanto no transoperatório como no pós-cirurgia, traduzido por uma melhor recuperação do paciente.

BIBLIOGRAFIA

Vide página 30.