

Reconstrução de couro cabeludo com retalho subgaleal: uma abordagem conjunta da cirurgia plástica e neurocirurgia



KARINE LORENA SOUSA QUEIROZ 1*

ERIK DE AQUINO NERY 1

SUELEN RIOS DE MELO RECAMONDE 1

FERNANDO GOMES BEZERRA RIBEIRO 1

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0167

INTRODUÇÃO

O couro cabeludo é composto por cinco camadas anatômicas distintas: pele, tecido subcutâneo, gálea, tecido areolar frouxo e pericrânio, como descrito pelo mnemônico, em inglês SCALP (*Skin, subcutaneous tissue, galea aponeurotica, loose areolar tissue e pericranium*). O escalpo é o tegumento mais espesso do corpo humano. A gálea, camada aponeurótica, proporciona força à cobertura cutânea. A fásia subgaleal ou plano subaponeurótico é uma camada de tecido conjuntivo frouxo, responsável por boa parte da mobilidade do couro cabeludo¹.

O couro cabeludo é uma área difícil de ser reconstruída devido a sua pouca elasticidade. Os retalhos locais podem ser usados na cobertura das grandes lesões do couro cabeludo, evitando a seqüela de feridas crônicas, diminuindo tanto o tempo de internação como a exposição à infecções e riscos para o paciente⁴.

OBJETIVO

Relatar o caso de uma reconstrução de couro cabeludo com retalho subgaleal, em uma paciente com complicação tardia por exposição cutânea de placa de acrílico utilizada em cranioplastia, após trauma cranioencefálico sofrido aos 2 anos de idade.

MÉTODO

Paciente do sexo feminino, 19 anos, com história de traumatismo cranioencefálico e exposição de massa encefálica por espancamento aos 2 anos de idade, submetida a cranioplastia com aposição de placa de acrílico. Apesar de sequelas de déficit cognitivo e hemiplegia direita com espasticidade distal, permaneceu com situação clínica estável em acompanhamento médico regular. Como complicação tardia do primeiro procedimento, apresentou lesões justapostas de aproximadamente 5cm e 2cm em couro cabeludo, com exposição de material sintético e calota craniana, acompanhada de drenagem de secreção exsudativa. Em internação hospitalar, aos cuidados da neurocirurgia, realizou uso de antibióticos pela suspeita de abscesso e osteomielite (Figura 1).

Após condições clínicas favoráveis, realizou-se intervenção cirúrgica conjunta das equipes de cirurgia plástica e neurocirurgia. Nessa ocasião, optou-se por incisão em couro cabeludo que obedecia à cicatriz cirúrgica prévia em região frontoparietal esquerda, dissecação cuidadosa com

RESUMO

O couro cabeludo é composto por cinco camadas anatômicas distintas: pele, tecido subcutâneo, gálea, tecido areolar frouxo e pericrânio, como descrito pelo mnemônico, em inglês SCALP (*Skin, subcutaneous tissue, galea aponeurotica, loose areolar tissue e pericranium*). O escalpo é o tegumento mais espesso do corpo humano. A gálea, camada aponeurótica, proporciona força à cobertura cutânea. A fásia subgaleal ou plano subaponeurótico é uma camada de tecido conjuntivo frouxo, responsável por boa parte da mobilidade do couro cabeludo. O couro cabeludo é uma área difícil de ser reconstruída devido a sua pouca elasticidade. Os retalhos locais podem ser usados na cobertura das grandes lesões do couro cabeludo, evitando a seqüela de feridas crônicas, diminuindo tanto o tempo de internação, como a exposição à infecções e riscos para o paciente.

Descritores: Cirurgia plástica; Couro cabeludo; Neurocirurgia; Crânio.



Figura 1. Couro cabeludo após tricotomia.

descolamento no plano subgaleal, retirada da placa de acrílico, lavagem copiosa com soro fisiológico 0,9% e hemostasia rigorosa com auxílio de eletrocautério monopolar (Figura 2). Como protocolo neurocirúrgico, foi aplicada solução de iodopovidona e pulverizado com pó de vancomicina. Foram desbridados os bordos da área em que houve lesões cutâneas e realizada síntese primária (Figura 3). A confecção do retalho de avanço subgaleal ocorreu livre de tensão e um dreno portovac foi colocado para observar possíveis complicações locais (Figura 4).

No 1º dia pós-operatório, não apresentou débito da drenagem considerável e o dreno foi retirado, sem

¹ Hospital Geral de Fortaleza, Papicu, Fortaleza, CE, Brasil.



Figura 2. Incisão do couro cabeludo.

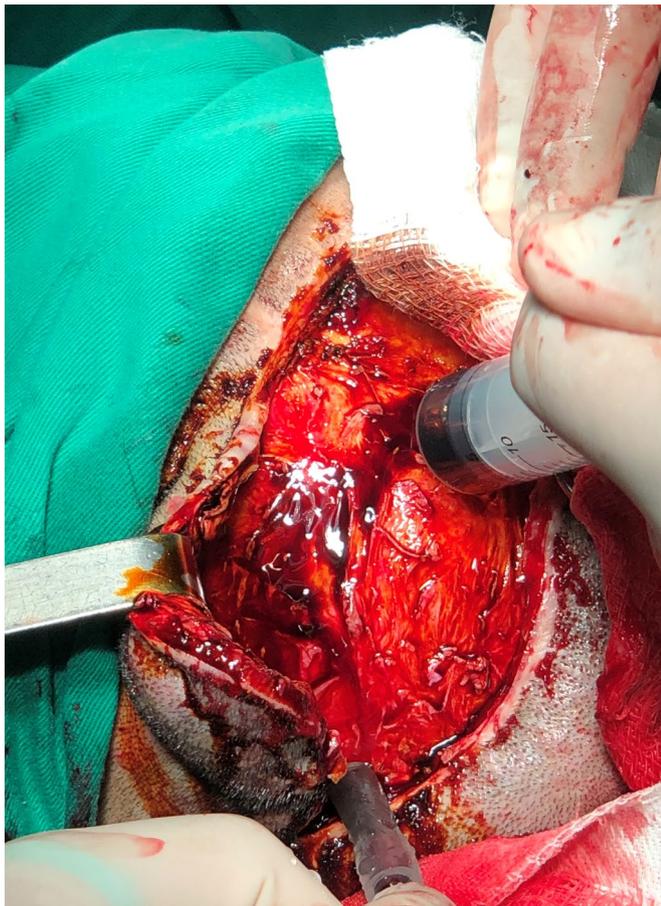


Figura 3. Pulverização com Iodopovidona.



Figura 4. Pós-operatório imediato.

intercorrências. Permaneceu sem queixas aos cuidados da neurocirurgia para a realização de antibioticoterapia até o 7º dia, recebendo alta.

RESULTADOS

A cobertura do defeito depende do tamanho da área a ser coberta. Não houve evidência de complicações infecciosas ou deiscência no período pós-operatório (Figura 5).



Figura 5. 25º dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

As reconstruções com retalhos de avanço do próprio couro cabeludo são opções bastante seguras e de resultados favoráveis. São cirurgias de realização técnica mais simples e resultados também satisfatórios³. O cirurgião plástico deve se esforçar para obter resultado estético favorável, além da cobertura total do crânio¹.

CONCLUSÃO

Defeitos de tamanho pequeno a médio do couro cabeludo contam com rearranjo tecidual local, proporcionando bom arsenal reconstrutivo. Em defeitos pequenos ou moderados – 2cm² a 25cm² ou 10cm² a 50cm² –, não é possível fechamento primário, sendo necessária confecção de retalho local. Devido à pouca elasticidade do couro cabeludo é preciso um retalho grande para cobrir um defeito pequeno⁴. A rotação de retalhos fornece tecido amplo, com preservação da sensibilidade do couro cabeludo, cor, espessura e cabelo. Esses podem ser ao acaso, quando não apresentam um pedículo definido; ou axiais, quando há pedículo vascular definido⁵.

A reconstrução com retalhos locais, sempre foi um grande desafio para os cirurgiões plásticos, pois o sucesso está

diretamente ligado ao planejamento do pedículo e execução das incisões de forma individualizada, visando o melhor resultado funcional e estético.

REFERÊNCIAS

1. Marques PA, Matzenbacher CAW, Siqueira LPF, Martins DMFS. Reconstrução de couro cabeludo com retalho supragaleal: uma boa opção para grandes avulsões de couro cabeludo. *Rev Bras Cir Plást.* 2017;32(3):435-440.
2. Maricevich P, Mansur A, Peixoto A, Amando J, Pantoja E, Braune A, et al. Cranioplastias: estratégias cirúrgicas de reconstrução. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(1):32-42.
3. Souza CD. Reconstrução de grandes defeitos de couro cabeludo e frente em oncologia: tática pessoal e experiência - análise de 25 casos. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(2):227-237. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000200011>
4. Pinilla AIB, Santos SRS, Figueredo FS, Miranda LF. Reconstrução de defeitos no couro cabeludo. *Rev Bras Cir Plást.* 2018;33(0):55-57.
5. 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):229-234.

*Endereço Autor:

Karine Lorena Sousa Queiroz

Travessa Beni Carvalho n° 50, Apartamento 503, Bairro Cocó, Fortaleza, CE, Brasil.

CEP: 60135-281

E-mail: karine_lorena@hotmail.com