

Retalho periosteal e enxertia cutânea para reconstrução de grande defeito na região frontal e escalpo

Periosteal flap and skin graft for reconstruction of large forehead and scalp defect

Gustavo Steffen Alvarez¹, Evandro José Siqueira², Francisco Felipe Laitano², Jefferson Braga Silva³

RESUMO

A reconstrução da região frontal e couro cabeludo após grandes perdas cutâneas é sempre um desafio, principalmente devido à não elasticidade da pele nessas regiões e à falta de redundância de tecidos vizinhos. Enxerto cutâneo é a mais simples e segura forma de cobertura para reconstrução de grandes defeitos decorrentes de tumores faciais. Entretanto, é necessário um leito vascular adequado para enxertia, o que não ocorre em defeitos com exposição óssea sem perióstio. Relatamos o caso de uma paciente de 86 anos apresentando um extenso defeito em região frontal e couro cabeludo decorrente da ressecção de grande lesão tumoral. A reparação da lesão foi realizada com um retalho de perióstio e enxertia de pele total. O procedimento permite o enxerto de pele sobre uma área vascularizada com segurança, baixa morbidade, adequado seguimento oncológico e um único procedimento cirúrgico com resultado estético satisfatório.

UNITERMOS: Reconstrução, Escalpo, Região Frontal, Retalho Periosteal .

ABSTRACT

The reconstruction of the forehead and scalp after major skin loss is always a challenge, mainly due to the inelasticity of the skin in these areas and the lack of redundancy of surrounding tissues. Skin graft is the simplest and most secure form of coverage for reconstruction of large defects resulting from facial tumors. However, you need a vascular bed suitable for grafting, which does not occur in defects with exposed bone without periosteum. Here we report the case of an 86-year-old presenting an extensive defect in the forehead and scalp resulting from the resection of large tumor. The repair of the lesion was performed with a periosteal flap and total skin graft. The procedure allows skin grafting over a vascularized area safely, with low morbidity, adequate oncological follow-up, and a single surgical procedure with satisfactory aesthetic result.

KEYWORDS: Reconstruction, Scalp, Forehead, Periosteal Flap.

INTRODUÇÃO

O couro cabeludo e a região frontal são localizações comuns para tumores de pele primários e metastáticos, devido ao seu rico suporte vascular e à grande exposição aos raios ultravioleta (1). A ressecção destes tumores pode causar defeitos complexos, sendo sempre um desafio na reconstrução da região. De acordo com a complexidade do defeito, diversas técnicas cirúrgicas podem ser executadas, desde a enxertia cutânea até retalhos microcirúrgicos complexos.

A ressecção de tumores mais agressivos e extensos pode necessitar a remoção do perióstio, resultando em um osso sem suporte vascular para realização de enxerto de pele diretamente sobre o defeito (2). Relatamos o caso de uma paciente com um tumor extenso e agressivo na região frontal/couro cabeludo com acometimento do pericrânio, sendo realizado tratamento cirúrgico em um único tempo com retalho de perióstio associado a enxertia de pele total.

¹ Médico Cirurgião Plástico. Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

² Médicos Residentes do Serviço de Cirurgia Plástica HSL-PUCRS.

³ Chefe do serviço de Cirurgia da mão e microcirurgia reconstrutiva do HSL-PUCRS. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Professor Livre Docente em Cirurgia da mão, UniFEsP. Professor do Departamento de Cirurgia PUCRS. Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de microcirurgia reconstrutiva. Ex-Presidente da sociedade Brasileira de Cirurgia da mão.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 86 anos, apresentava lesão com aspecto tumoral há um ano na região frontal/couro cabeludo. Ao exame, a lesão media 10x13 cm, era vegetante, ulcerada e sangrante (Figura 1). Com o objetivo de diminuir o san-



FIGURA 1 – Pré-operatório – Paciente idosa de 86 anos com lesão vegetante e sangrante de grandes dimensões em região frontal.



FIGURA 2 – Defeito após resseção – Defeito resultante da resseção oncológica de grandes dimensões (10x15 cm) com comprometimento tumoral do pericrânio e exposição óssea.

gramento durante a cirurgia, usou-se uma sutura de cerclagem da lesão, a qual foi ressecada com margens cirúrgicas de 1 cm. O material foi enviado para exame de congelação, o qual demonstrou margens livres de neoplasia. O defeito resultante media 10x15 cm, acometendo a região frontal e couro cabeludo esquerdos, com exposição óssea e ausência de periósteo em toda extensão desse (Figura 2).

Para reparação, foi realizado retalho periosteal com pedículo baseado na artéria temporal superficial, principalmente no ramo parietal, originário da bifurcação da artéria na borda superior da anti-hélices (Figura 3). O retalho foi abordado através de uma incisão coronal a partir dos bordos do defeito para propiciar um campo cirúrgico mais amplo. Após confecção e sutura do retalho ao leito receptor (Figura 4) houve enxertia de pele total da região supraclavicular, propiciando uma cobertura adequada do defeito. O resultado do anatomopatológico demonstrou carcinoma epidermoide com margens livres de neoplasia.

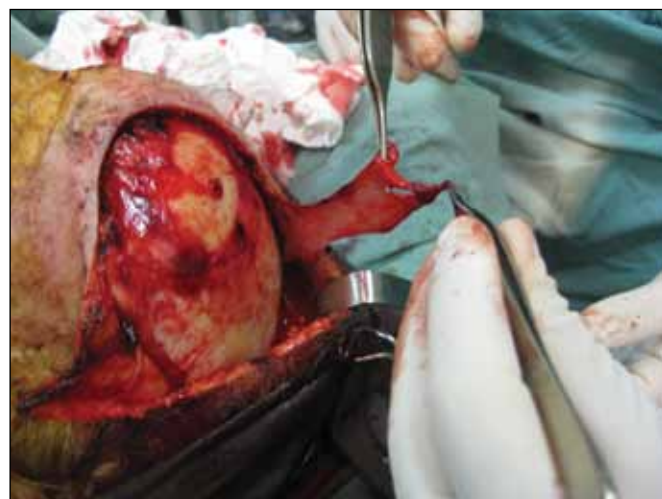


FIGURA 3 – Levantamento do retalho periosteal posterior – Uma pequena incisão temporal esquerda a partir do defeito, permitindo um campo cirúrgico mais amplo.



FIGURA 4 – Rotação do retalho – Retalho suturado e acomodado na zona receptora pronto para receber enxertia de pele total.

A paciente apresentou um bom resultado funcional e estético, controle oncológico adequado e boa evolução pós-operatória a curto e a longo prazo (Figura 5).



FIGURA 5 – Visão frontal tardia – Paciente com pós-operatório de um ano com boa cobertura cutânea, resultado estético satisfatório e seguimento oncológico adequado com ausência de recidiva local.

DISCUSSÃO

A reconstrução da região frontal e do escalpo é dificultada pela inelasticidade relativa dos tecidos e pela necessidade de manutenção da linha capilar (3). Diversos métodos de reconstrução são relatados, incluindo: segunda intenção, enxertos de pele, fechamento primário, retalhos locais, expansão tecidual, retalhos livres e implantes capilares (3).

Técnicas alternativas incluem o uso de galeostomias múltiplas para facilitar o fechamento primário (4), retalhos com tecido de granulação (5), enxerto de pele total tardio (após um período de cicatrização por segunda intenção resultando em um leito vascularizado) e o uso de material de matriz de colágeno (6).

A escolha da técnica apropriada é afetada por diversos fatores – o tamanho e localização do defeito, a presença ou ausência de periósteo, a qualidade dos tecidos da vizinhança, a presença ou ausência de cabelo, a localização da linha capilar e as comorbidades do paciente (7).

Conforme Leedy, a reconstrução de defeitos em que há exposição óssea é sempre um procedimento mais complicado (7). No caso relatado, a ausência do pericrânio associada a uma lesão de grande extensão tornou atrativa a opção por um retalho periosteal, baseando-se no princípio de que sempre que há periósteo intacto, ele pode ser enxertado (8).

Os retalhos de pericrânio devem sempre que possível ser bipediculados ou incorporarem uma grande artéria nutridora do couro cabeludo (8). O retalho aqui descrito foi baseado na artéria temporal superficial, principalmente no

ramo parietal, originário da bifurcação da artéria na borda superior da anti-hélices (7). Após confecção do retalho, esse foi diretamente enxertado com pele total da região supraclavicular, propiciando a cobertura completa da lesão em um único tempo cirúrgico.

Na reparação de defeitos decorrentes da ressecção de lesões com comportamento agressivo, a enxertia de pele é sempre a opção mais adequada, permitindo que eventuais recidivas sejam diagnosticadas em estágio precoce.

O estágio avançado de alopecia androgenética da paciente contribuiu para um resultado estético satisfatório devido ao não comprometimento da linha de implantação dos cabelos, tornando a região enxertada menos aparente.

Além desses aspectos, salienta-se a possibilidade de reconstrução em tempo único para um paciente idosa como a do caso em questão.

COMENTÁRIOS FINAIS

A associação de um retalho periosteal à enxertia cutânea permite a possibilidade reconstrução de grandes defeitos da região frontal. O procedimento permite o enxerto de pele sobre uma área vascularizada com segurança, baixa morbidade, realização em tempo cirúrgico único, além de, proporcionar controle oncológico adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- Hussain W, Mortimer NJ, Salmon PJM, Stanway A. Galeal/periosteal flaps for the reconstruction of large scalp defects with exposed outer table. *Br J Dermatol*. 2009;162(3):684-6.
- Lee S, Raffi AA, Sykes J. Advances in scalp reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;14(4):249-53.
- Barry RBM, Lawrence CM, Langtry JAA. The use of galeotomies to aid the closure of surgical defects on the forehead and scalp. *Br J Dermatol*. 2009;160:875-7.
- Winter H, Haas N. Granulation tissue flap technique in extensive wounds for covering exposed bone after tumor excision. *Dermatol Surg*. 2000;26:829-34.
- Kremer M, Lang E, Berger AC. Evaluation of dermal-epidermal skin equivalents ('composite-skin') of human keratinocytes in a collagen- glycosaminoglycan matrix (Integra artificial skin). *Br J Plast Surg*. 2000;53:459-65.
- Leedy JE, Janis JE, Rohrich RJ. Reconstruction of acquired scalp defects: an algorithmic approach. *Plast Reconstr Surg*. 2005;116(4):54e-72e.
- Terranova WL. The use of periosteal flaps in scalp and forehead reconstruction. *Ann Plast Surg*. 1990;25(6):450-6.

✉ Endereço para correspondência

Gustavo Steffen Alvarez

Rua Ramiro Barcelos, 910/702

90.035-000 – Porto Alegre, RS – Brasil

☎ (51) 3311-1831 / (51) 9969-0320

✉ contato@gustavoalvarez.com.br

Recebido: 17/11/2011 – Aprovado: 28/12/2011