

# Retalho romboide triplo para fechamento de defeitos em couro cabeludo

## *Use of three rhomboid flaps for scalp defect coverage*

LINCOLN SAITO MILLAN<sup>1</sup>

PEDRO SOLER COLTRO<sup>2</sup>

FELIPE RODRIGUES MÁXIMO<sup>3</sup>

ESTHER MIHWA OH CHOI<sup>4</sup>

FABIO DE FREITAS BUSNARDO<sup>5</sup>

MARCUS CASTRO FERREIRA<sup>6</sup>

LEÃO FAIWICHOW<sup>7</sup>

### RESUMO

Defeitos no couro cabeludo podem ser um desafio para os cirurgiões plásticos quando afetam sua espessura total e deixam o crânio exposto. O couro cabeludo tem pouca elasticidade, assim um grande retalho é necessário para cobrir um defeito pequeno. O objetivo deste artigo é apresentar 9 casos em que 3 retalhos romboides foram utilizados para o fechamento de defeitos no couro cabeludo. Um paciente apresentou necrose do retalho e foi necessária reoperação. Dois outros pacientes tiveram complicações menores, que foram tratadas com curativos. O método apresentado permite a confecção de 3 pequenos retalhos que em conjunto cobrem o defeito, e as áreas doadoras são fechadas primariamente. Com a utilização da técnica descrita, a confecção de um retalho grande e a enxertia de pele da área doadora não são necessárias. Neste artigo é descrita uma técnica para fechamento de defeitos de tamanho moderado no couro cabeludo, que é uma boa alternativa a grandes retalhos de rotação ou enxerto de pele.

**Descritores:** Couro cabeludo/cirurgia. Couro cabeludo/lesões. Retalhos cirúrgicos.

### ABSTRACT

Full-thickness scalp defects exposing the skull can be challenging for plastic surgeons. Scalp skin has low elasticity, so a large flap is necessary to cover even a small defect. This article presents 9 cases in which 3 rhomboid flaps were used for the closure of scalp defects. One patient experienced flap necrosis and required reoperation. Two other patients had minor complications treated with dressing. The method presented herein allows the harvest of 3 small flaps that collectively cover the defect as well as the primary closure of the donor area. This technique does not require the creation of a large flap or skin graft from the donor. Thus, the technique described herein is suitable for medium-thickness scalp defects and is a good alternative to large rotation flaps and skin grafts.

**Keywords:** Scalp/surgery. Scalp/injuries. Surgical flaps.

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Henri Friedhofer, São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 28/8/2012  
Artigo aceito: 20/11/2012

1. Cirurgião plástico, membro associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), médico preceptor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil.
2. Cirurgião plástico, membro associado da SBCP, médico assistente do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) e do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE-SP), São Paulo, SP, Brasil.
3. Médico residente em Cirurgia Plástica do HSPE-SP, membro aspirante em treinamento da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.
4. Médica residente em Cirurgia Geral do HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.
5. Cirurgião plástico, doutor, membro titular da SBCP, médico assistente do ICESP, do HCFMUSP e do HSPE-SP, São Paulo, SP, Brasil.
6. Professor titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, membro titular da SBCP, diretor da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.
7. Membro titular da SBCP, diretor do Serviço de Cirurgia Plástica do HSPE-SP, São Paulo, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Defeitos no couro cabeludo podem ser desafiantes para cirurgiões plásticos quando acometem a espessura total e deixam o crânio exposto. Há diversos algoritmos para tratamento desses defeitos<sup>1,2</sup>, nenhum deles aceito por todos os cirurgiões, mas que apresentam fundamentos semelhantes.

Pequenos defeitos (menores que 2 cm<sup>2</sup> ou 10 cm<sup>2</sup>, dependendo do algoritmo) podem ser fechados primariamente, enquanto defeitos maiores necessitam de alguma técnica mais sofisticada para fechamento<sup>1</sup>.

Em defeitos moderados (de 2 cm<sup>2</sup> a 25 cm<sup>2</sup>, ou 10 cm<sup>2</sup> a 50 cm<sup>2</sup>), normalmente é necessário um retalho local<sup>1,2</sup>. Em decorrência da pouca elasticidade do couro cabeludo, um retalho grande deve ser confeccionado para cobrir um defeito pequeno, como demonstrado na Figura 1.

Defeitos maiores devem ser reconstruídos com combinação de retalhos axiais, retalhos livres ou enxertia de pele<sup>1,2</sup>.

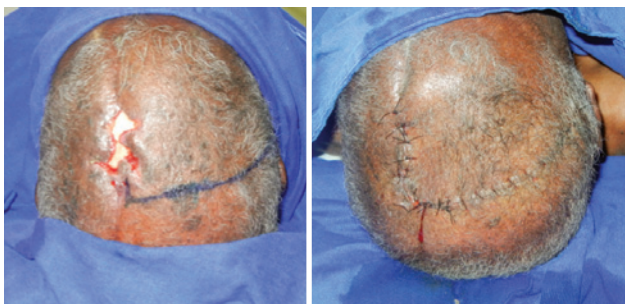
Retalhos romboides são muito úteis em diferentes partes do corpo<sup>3</sup>. Porém, a impossibilidade de fechar primariamente a área doadora praticamente inviabiliza o emprego de retalhos romboides para correção desses defeitos<sup>3</sup>, já que a enxertia da área doadora criaria um outro defeito sem folículos pilosos.

O objetivo do presente artigo é apresentar 9 casos em que uma técnica com 3 retalhos romboides foram utilizados para fechamento de defeitos no couro cabeludo.

## MÉTODO

A técnica cirúrgica descrita foi empregada em 9 pacientes, sendo selecionados 2 casos para sua ilustração.

O caso 1 é representado por paciente de 73 anos de idade, portador de carcinoma espinocelular, cuja ressecção resultou em um defeito de aproximadamente 5 cm de diâmetro (Figura 2). O defeito foi dividido em 3 com uma marcação “em Y” com ângulos de 120 graus. Três retalhos romboides foram desenhados e elevados para fechamento do defeito. O defeito e as áreas doadoras dos retalhos foram fechados.



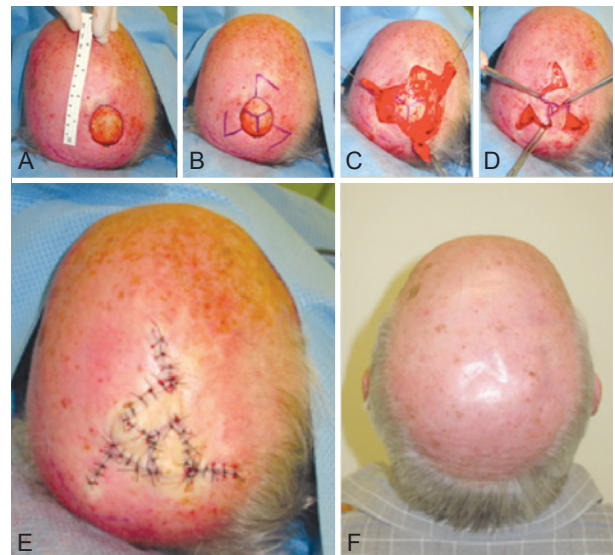
**Figura 1** – Retalho tradicional. Um grande retalho é necessário para cobrir um pequeno defeito.

O caso 3 é representado por paciente de 81 anos de idade, com defeito de 3,5 x 3,5 cm após ressecção de um fibroxantoma em couro cabeludo. A Figura 3 demonstra a marcação do retalho e o aspecto pós-operatório de 10 dias e 2 meses.

Um paciente apresentou necrose do retalho e foi necessária reoperação. Dois outros pacientes tiveram complicações menores, que foram tratadas com curativos. A Tabela 1 sumariza os dados demográficos e as complicações apresentadas pelos pacientes. Todos os pacientes foram seguidos por, no mínimo, 2 meses.

## DISCUSSÃO

Defeitos de espessura completa no couro cabeludo com exposição do crânio podem apresentar diversas etiologias, entre elas ressecção de tumor, queimaduras, traumas elétricos ou mecânicos, e necrose por radioterapia<sup>1,2,4,5</sup>.



**Figura 2** – Paciente 1. Em A, B, C e D, aspecto intraoperatório da correção do defeito no couro cabeludo após ressecção de carcinoma espinocelular. Em E, aspecto pós-operatório imediato. Em F, aspecto pós-operatório 1 ano após a operação.



**Figura 3** – Paciente 3. Em A, marcação do retalho para correção de defeito em couro cabeludo após ressecção de fibroxantoma. Em B, aspecto pós-operatório de 10 dias. Em C, aspecto pós-operatório de 2 meses.

**Tabela 1** – Dados demográficos dos pacientes e complicações.

	Sexo	Idade (anos)	Etiologia	Tamanho (cm)	Complicação/Tratamento
1	M	73	CEC	5 x 5	Nenhuma
2	F	74	Necrose após radioterapia	1,5 x 1	Necrose completa/reoperação
3	M	81	Fibroxantoma	3,5 x 3,5	Pequena deiscência/curativo
4	M	86	CEC	4 x 4	Necrose parcial/curativo
5	M	37	Trauma elétrico	5 x 4	Nenhuma
6	M	73	CEC	4 x 4	Nenhuma
7	M	59	CEC	3 x 4	Nenhuma
8	M	69	CEC	5 x 5	Nenhuma
9	M	42	Úlcera de pressão	4 x 4	Nenhuma

CEC = carcinoma espinocelular; F = feminino; M = masculino.

Dependendo de seu tamanho, esses defeitos podem ser tratados com retalhos livres<sup>6</sup>, perfuração ou retirada da tábua externa para granulação e enxertia<sup>7</sup>, ou mesmo colocação de substituto dérmico<sup>8</sup>. Os retalhos livres são cirurgias grandes e podem ser mórbidas. A espera para granulação e enxertia pode levar semanas e o uso de substituto dérmico tem alto custo adicional. Além disso, todos esses métodos de fechamento levam à alopecia na região reconstruída. Essa peculiaridade leva à preferência pelo uso de retalhos locais<sup>9</sup>.

Por outro lado, a falta de elasticidade do tecido leva a dificuldade no fechamento primário da área doadora desses retalhos. Por isso, grandes retalhos de rotação ou enxertia da área doadora devem ser considerados.

O método apresentado possibilita a confecção de três retalhos menores, que, em conjunto, cobrem o defeito e as áreas doadoras podem ser fechadas primariamente. Ideia semelhante já foi descrita por Demir et al.<sup>10</sup>, com sua técnica V-Y-S.

Com a utilização dessa técnica, não é necessária a confecção de um retalho grande, tampouco enxertia da área doadora.

Em conclusão, a técnica descrita para fechamento de defeitos moderados no couro cabeludo é uma boa alternativa a grandes retalhos de rotação ou enxertia de pele.

## REFERÊNCIAS

1. Leedy JE, Janis JE, Rohrich RJ. Reconstruction of acquired scalp defects: an algorithmic approach. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(4):54e-72e.
2. Newman MI, Hanasono MM, Disa JJ, Cordeiro PG, Mehrara BJ. Scalp reconstruction: a 15 year experience. *Ann Plast Surg.* 2004;52(5):501-6.
3. Alvarez GS, Laitano FF, Siqueira EJ, Oliveira MP, Martins PDE. Aplicações do retalho romboide em reparações cutâneas. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(1):102-7.
4. Ahuja RB. Geometric considerations in the design of rotation flaps in the scalp and forehead region. *Plast Reconstr Surg.* 1988;81(6):900-6.
5. Dalay C, Kesiktas E, Yavuz M, Ozerdem G, Acarturk S. Coverage of scalp defects following contact electrical burns to the head: a clinical series. *Burns.* 2006;32(2):201-7.
6. Chang KP, Lai CH, Chang CH, Lin CL, Lai CS, Lin SD. Free flap options for reconstruction of complicated scalp and calvarial defects: report of a series of cases and literature review. *Microsurgery.* 2010;30(1):13-8.
7. Muhlstadt M, Thome C, Kunte C. Rapid wound healing of scalp wounds devoid of periosteum with milling of the outer table and split-thickness skin grafting. *Br J Dermatol.* 2012;167(2):343-7.
8. Corradino B, Di Lorenzo S, Leto Barone AA, Maresi E, Moschella F. Reconstruction of full thickness scalp defects after tumour excision in elderly patients: our experience with Integra dermal regeneration template. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63(3):e245-7.
9. Blackwell KE, Rawnsley JD. Aesthetic considerations in scalp reconstruction. *Facial Plast Surg.* 2008;24(1):11-21.
10. Demir Z, Velidedeoglu H, Celebioglu S. V-Y-S plasty for scalp defects. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(4):1054-8.

### Correspondência para:

Lincoln Saito Millan  
 Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 255 – 8º andar – sala 8128 – Cerqueira César – São Paulo, SP, Brasil –  
 CEP 05403-900  
 E-mail: lincolnsaito@gmail.com