



RESUMO EXPANDIDO

RECONSTRUÇÃO DE COURO CABELUDO COM RETALHOS LOCAIS: SERIE DE CASOS**SCALP RECONSTRUCTION WITH LOCAL FLAPS: A CASE SERIES**Betina Vescovi¹Amanda Morganti Gros²Catherine Giusti Alves³Carolina Vescovi⁴Denis Souto Valente⁵Ciro Paz Portinho⁶**RESUMO**

A reconstrução do couro cabeludo representa um desafio cirúrgico devido às características anatômicas e vasculares da região. Os defeitos podem ter diversas etiologias e demandam abordagem individualizada. Este trabalho apresenta três casos clínicos de reconstrução de escalpo tratados entre 2024 e 2025 com técnicas baseadas em retalhos locais. Os pacientes apresentavam defeitos com exposição óssea ou protética, frequentemente em áreas previamente irradiadas ou infectadas. As técnicas empregadas resultaram em boa cobertura, com baixa taxa de complicações e excelente desfecho estético e funcional. Os casos ilustram a viabilidade e segurança dos retalhos locais em diferentes contextos clínicos.

Descritores: Retalhos cirúrgicos. Couro cabeludo. Cirurgia reconstrutiva.

ABSTRACT

Scalp reconstruction is a surgical challenge due to the region's specific anatomical and vascular features. Defects may arise from various etiologies and require individualized approaches. This study presents three clinical cases of scalp reconstruction performed between 2024 and 2025 using local flap techniques. Patients had bone or prosthetic exposure, often in previously irradiated or infected areas. The techniques provided durable coverage with minimal complications and excellent aesthetic and functional outcomes. These cases demonstrate the feasibility and safety of local flaps in a variety of clinical settings.

Keywords: Surgical flaps. Scalp. Reconstructive surgical procedures.

INTRODUÇÃO

A reconstrução do escalpo representa um desafio constante para cirurgiões reconstrutores, devido à espessura, rigidez e vascularização específicas dessa região. Os defeitos podem ser tratados

¹ Residente de Cirurgia Plástica. Santa Casa de Porto Alegre - UFCSPA - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: betinavescovi95@gmail.com

² Residente de Cirurgia Plástica. Santa Casa de Porto Alegre - UFCSPA - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: amandagros96@gmail.com

³ Residente de Cirurgia Plástica. Santa Casa de Porto Alegre - UFCSPA - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: catherinealves1@hotmail.com

⁴ Estudante de Medicina. Santa Casa de Porto Alegre - UFCSPA - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: carol.m.v@hotmail.com

⁵ Membro Titular SBCEP. Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica. Santa Casa de Porto Alegre - UFCSPA - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: denis.valente@ufcspa.edu.br

⁶ Membro Titular SBCEP. Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre – RS – Brasil. Email: cportinho@hotmail.com



por diversas técnicas cirúrgicas, considerando aspectos funcionais e estéticos. Entre as opções estão o fechamento primário, o avanço de tecido adjacente, enxertos de pele, retalhos pediculados ou randômicos (locais ou regionais), além de retalhos microcirúrgicos. Lesões de couro cabeludo podem surgir por múltiplas etiologias, incluindo excisão de tumores benignos ou malignos, infecções, traumas, necrose após radioterapia e queimaduras. A definição do método reconstrutivo ideal depende de variáveis como o tamanho, profundidade e localização do defeito, condição do tecido adjacente e histórico de tratamentos prévios, especialmente a radioterapia. Diversos algoritmos têm sido propostos para orientar a escolha da técnica. Iblher et al. propuseram um modelo voltado a defeitos oncológicos, baseado no tamanho da lesão e na presença de pericrânio. Outro, apresentado por Romero, classifica os defeitos como pequenos (≤ 3 cm), médios (3–6 cm) e grandes (> 6 cm), adaptando a complexidade da técnica conforme as características clínicas e anatômicas do paciente. Neste trabalho, apresentamos uma série de casos clínicos de reconstrução de escalpo, com diferentes apresentações e estratégias cirúrgicas.

OBJETIVO

Analisar três casos de reconstrução de escalpo realizados entre 2024 e 2025 no Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Porto Alegre, destacando a aplicabilidade dos retalhos locais frente a diferentes etiologias e complexidades.

MÉTODO

1º caso – Paciente masculino, 61 anos, tabagista e etilista, com trauma craniano antigo e colocação de prótese temporal há 40 anos. Apresentou exposição protética de 4×5 cm após queda, com infecções recorrentes e miíase. Foi tratado com antibioticoterapia intravenosa, desbridamento e posteriormente reconstrução com retalho local. A área doadora foi tratada com cicatrização por segunda intenção. Evoluiu com pequena necrose e cicatrização completa em 90 dias. 2º caso – Paciente feminina, 70 anos, com histórico de câncer de esôfago e mama, tratada previamente com radioterapia após ressecção de carcinoma espinocelular em região fronto-lateral esquerda. Apresentou nova recidiva cinco meses após a radioterapia. Após nova ressecção oncológica, evoluiu com exposição óssea. Realizado retalho local, que deiscenciou no 15º PO, com nova exposição óssea distal (1,5×2,5 cm). Realizou-se então retalho de pericrânio e liberação de pele adjacente para fechamento primário. Evoluiu bem, com resultado estético satisfatório. 3º caso – Paciente masculino, 79 anos, com carcinoma espinocelular em região parietal direita. Foi submetido à exérese sob anestesia local. Anatomopatológico revelou margens profundas livres, porém exíguas ($< 0,1$ mm), sendo indicada radioterapia adjuvante. Após 20 sessões, apresentou exposição óssea de 5×4,5 cm. Foi realizado



retalho local com pedículo occipital e enxerto de pele em área adjacente. Evolução favorável, com cicatrização completa em 45 dias.

RESULTADOS

Foram analisados três casos clínicos de reconstrução de escalpo com retalhos locais. Todos os pacientes apresentavam defeitos complexos, com exposição de osso ou prótese, inviabilizando o fechamento primário. As etiologias incluíram trauma, infecção, cirurgia oncológica e efeitos adversos da radioterapia. Os defeitos variaram entre 1,5×2,5 cm e 5×4,5 cm. As técnicas utilizadas foram adaptadas à anatomia local e à condição do tecido adjacente, incluindo retalhos rotacionais, uso de pericrânio e enxertos de pele em áreas doadoras. As complicações foram leves, como deiscência e necrose parcial de enxerto, resolvidas com cuidados locais. Não houve necessidade de reoperações extensas ou internações prolongadas. Todos os casos apresentaram cicatrização completa entre 45 e 90 dias, com bom resultado estético, preservação do contorno do couro cabeludo e retorno às atividades rotineiras dos pacientes.

DISCUSSÃO

Os defeitos do escalpo apresentam etiologia variada, incluindo trauma, infecção, queimaduras, ressecções tumorais e complicações decorrentes da radioterapia⁶. A escolha da técnica reconstrutiva deve considerar múltiplos fatores, como o tamanho e a profundidade do defeito, a exposição de estruturas nobres, a qualidade do tecido adjacente e a presença ou ausência de pericrânio¹. O objetivo fundamental é garantir cobertura estável, proteção óssea e resultado estético satisfatório, respeitando a curvatura e o contorno natural do couro cabeludo. O fechamento primário é viável apenas para defeitos pequenos (<5 cm²), com tecido de boa elasticidade e sem tensão¹. Quando há exposição óssea sem pericrânio, o enxerto de pele não é uma opção adequada, sendo necessário o uso de retalhos. Retalhos locais, regionais ou livres devem ser escolhidos conforme a complexidade do caso. Retalhos microcirúrgicos, embora eficazes em grandes defeitos, demandam maior tempo operatório, infraestrutura especializada e apresentam maior morbidade do sítio doador. Retalhos locais apresentam a vantagem de menor tempo cirúrgico, preservação da vascularização regional e boa adaptação ao relevo cefálico. São baseados na vascularização do escalpo, principalmente nas artérias temporal superficial, occipital, supraorbital e supratroclear. A dissecação costuma ser feita entre a gálea e o pericrânio, respeitando os planos anatômicos e otimizando a viabilidade do retalho. A área doadora pode ser tratada com fechamento direto ou enxertia de pele de espessura parcial⁶. Nos casos apresentados, a escolha por retalhos locais mostrou-se adequada mesmo em situações adversas, como



infecção prévia, exposição de prótese ou osso e radiodermite. Em todos os pacientes, a cobertura foi eficaz e estável, com resolução de complicações menores como necroses marginais e deiscências com medidas conservadoras, sem necessidade de reoperações complexas. A estética final foi satisfatória, com preservação do contorno cefálico e boa integração da área reconstruída ao couro cabeludo remanescente. Esses achados corroboram a literatura vigente, que destaca os retalhos locais como técnica de escolha em defeitos de pequena a média extensão, sobretudo em pacientes com comorbidades ou histórico de tratamentos prévios. A individualização do planejamento e a compreensão da anatomia vascular são essenciais para o sucesso reconstrutivo com baixo índice de complicações e bom retorno funcional.

CONCLUSÃO

A reconstrução do escalpo com retalhos locais mostrou-se segura e eficaz, mesmo em áreas irradiadas ou infectadas. Os casos analisados reforçam sua aplicabilidade com bons resultados estéticos e funcionais.

REFERÊNCIAS

- 1- Zayakova Y, Atanasov B, Filipova E. Application of Local Axial Flaps to Scalp Reconstruction. Arch Plast Surg. 2013;40(5):564–70. doi:10.5999/aps.2013.40.5.564
- 2- Desai SC, Sand JP, Sharon JD, Branham G, Nussenbaum B. Scalp Reconstruction: An Algorithmic Approach and Systematic Review. JAMA Facial Plast Surg. 2015;17(1):56–66. doi:10.1001/jamafacial.2014.889
- 3- Iblher N, Ziegler MC, Penna V, Eisenhardt SU, Stark GB, Bannasch H. An Algorithm for Oncologic Scalp Reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2010;126(2):450–9. doi:10.1097/PRS.0b013e3181e09515
- 4- Leedy JE, Janis JE, Rohrich RJ. Reconstruction of Acquired Scalp Defects: An Algorithmic Approach. Plast Reconstr Surg. 2005;116(7):54e–72e. doi:10.1097/01.prs.0000185700.13284.69
- 5- Orticochea M. A New Flap for Large Defects of the Face and Scalp. Plast Reconstr Surg. 1993;91(6):1008–12. doi:10.1097/00006534-199304001-00005

FIGURAS

Figura 1: Pré-operatório 2 - 3º mês pós-operatório



Figura 2: Pré-operatório 2 – Transoperatório (retalho de pericrânio com pedículo frontal) 3-1 mês de pós-operatório



Figura 3: Pré-operatório 2 e 3 – 1 mês de pós-operatório