

## Relato de Caso

# Abordagem cirúrgica de úlcera do couro cabeludo

## *Surgical treatment of scalp ulcers*

### Autores:

Dadi Bucusso Netemo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cirurgião plástico em Campinas (SP), Brasil.

### Correspondência para:

Dadi Bucusso Netemo  
R. Hermantino Coelho 77, bloco 1 apto 73 -  
Mansões de Santo Antônio  
13087-500 – São Paulo – SP  
E-mail: medibucusso@hotmail.com

### RESUMO

O couro cabeludo tem fundamental importância para a manutenção da integridade do arcabouço ósseo que protege o sistema nervoso central. Sua restauração mantendo forma e aspecto estético após lesões é um desafio. O presente trabalho descreve o caso de uma criança com grande área de esfacelo e exposição óssea no couro cabeludo, após infecção do tipo celulite necrotizante, tratada com desbridamento, microperfurações da calota craniana e curativo com gaze vaselinada. Houve formação de tecido de granulação em 10 dias. Posteriormente realizou-se enxerto de pele parcial com resultado satisfatório.

**Palavras-chave:** infecções bacterianas; couro cabeludo; reconstrução.

### ABSTRACT

*The scalp has a key role in maintaining the integrity of the osseous structure that protects the central nervous system. Its restoration, especially keeping the aesthetic appearance and shape following lesions, is challenging. The present study describes the case of a child with extensive slough and bone exposure in the scalp following a necrotising cellulitis-type infection, which was treated with debridement, microperforation of the calvaria, and application of a gauze bandage with vaseline. Granulation tissue formed after 10 days. A partial skin graft was later carried out with satisfactory results.*

**Keywords:** bacterial infections; scalp; reconstruction.

### INTRODUÇÃO

O revestimento do segmento cefálico é constituído por estruturas anatômicas definidas e distintas entre si, podendo dividir-se em partes moles, representadas pelo couro cabeludo e suas respectivas camadas, e tecido ósseo representado pela calota craniana. As partes moles são divididas em cinco camadas anatômicas diferentes: pele, tecido subcutâneo, gálea, tecido areolar frouxo e pericrânio.<sup>1</sup> Com intuito didático, as ulcerações de couro cabeludo podem ser divididas em parciais e totais, de acordo com o nível de espessura de seu comprometimento anatômico.

Data de recebimento: 12/04/2011

Data de aprovação: 23/08/2011

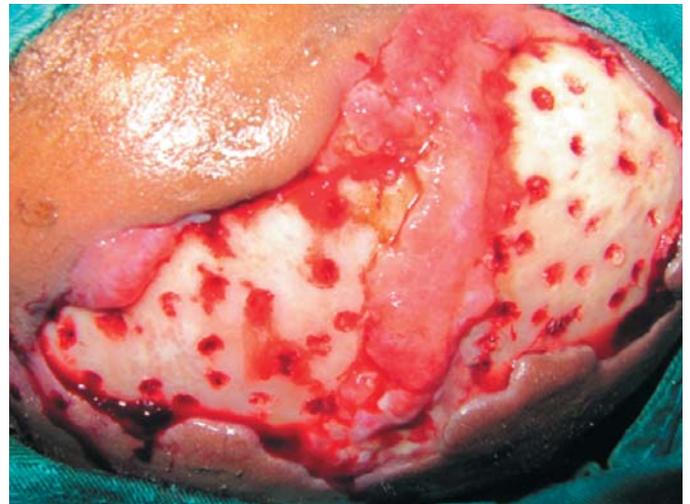
Trabalho realizado no Hospital Josina Machel em Luanda – Angola em convênio técnico internacional de cooperação com a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.

Conflitos de interesse: Nenhum  
Suporte financeiro: Nenhum

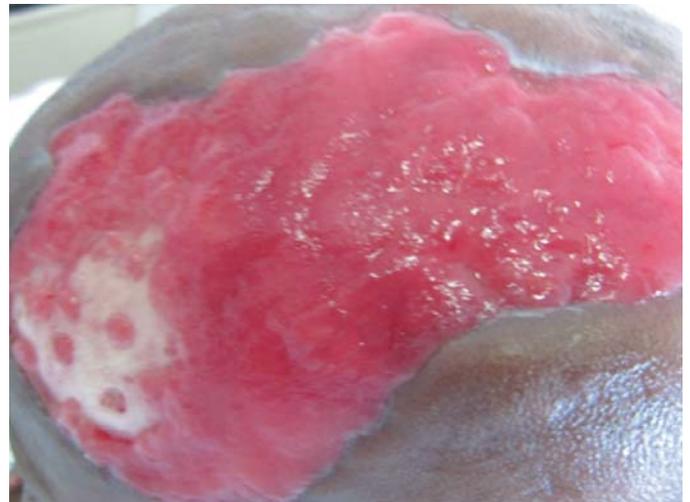
Outro dado importante é a história clínica do tempo de evolução: aguda ou tardia. Nas lesões de espessura total do couro cabeludo, com perda de todas as camadas e exposição da calota craniana, deve-se ter como premissa a cobertura da estrutura óssea com tecidos vascularizados, como também o fechamento da área lesada para evitar regiões de alopecia. Além da miiase furunculóide ou cavitária, abscessos e celulite necrotizante, como ocorreu no presente caso, há ainda lesões de origem traumática de que se destacam traumas diretos, mordeduras caninas, queimaduras e neoplasias.<sup>2</sup>

**RELATO DE CASO**

Paciente de um ano e cinco meses chegou à urgência do Hospital Josina Machel em Luanda-Angola com historia de furúnculo na região frontal negligenciado e com tentativa de tratamento no domicílio, que evoluiu com necrose e lesão ulcerosa de espessura total do couro cabeludo (Figura 1). A lesão apresentava 15cm no maior diâmetro e 8cm no menor, com bordas irregulares e secreção purulenta. Havia visualização da tábua externa da calota craniana. Realizou-se desbridamento da lesão, lavagem com soro fisiológico a 0,9% e curativo com pomada de sulfadiazina de prata a 1% durante dois dias. Posteriormente o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico, onde foram realizadas microperfurações da tábua óssea externa (Figura 2) e curativo com gaze *rayon* embebida em vaselina, retirado no sétimo dia. No décimo dia, apresentando-se a lesão 95% granulada (Figura 3), realizou-se enxerto de pele parcial (Figura 4), obtendo-se integração satisfatória do enxerto.(Figura 5)



**Figura 2-** Realização de microperfurações na tabua óssea externa no centro cirúrgico, dois dias após desbridamento da lesão



**Figura 3-** Tecido de granulação na lesão no décimo dia após a realização das microperfurações



**Figura 1-** Áreas de isquemia na tábua externa de parte dos ossos frontal e parietal esquerdo, com ausência do periósteo após lesão do couro cabeludo de origem infecciosa



**Figura 4 -** Aspecto da lesão sete dias após a realização do enxerto de pele parcial, com algumas áreas sem integração total do enxerto



**Figura 5** - Aspecto da lesão 30 dias após a enxertia de pele parcial

## DISCUSSÃO

Nas lesões extensas do couro cabeludo com perda do pericrânio, associadas a infecção ou em pacientes debilitados, a técnica de múltiplas perfurações da tábua externa do crânio é a mais indicada principalmente em crianças, cuja diploe contém grande quantidade de tecido ósseo esponjoso ricamente vascularizado, que irá permitir a formação de tecido de granulação em alguns dias, e sobre o qual se pode aplicar o enxerto de pele de espessura fina.<sup>3</sup> ●

## REFERÊNCIAS

1. Alpert Bs, Buncke HJ, Mathes SJ. Surgical treatment of the totally avulsed scalp. *Clin Plast Surg.* 1982;9(2):145-59.
2. Argenta L, Watanabe M, Grabb W. The use of tissue expansion in head and neck reconstruction. *Ann Plastic Surg.* 1983;11(1):31-7.
3. Temple CL, Ross DC. Scalp and forehead reconstruction. *Division of Plastic Surgery, Clin Plast Surg.* 2005;32(3):377-90.