

Enxerto cutâneo do couro cabeludo no tratamento de queimadura de face e região cervical

Skin graft from the scalp in the treatment of burns in face and cervical region

Ricardo Araújo de Oliveira¹, Elton Silva Santos¹, Carlos Eduardo Guimarães Leão², Ivan José Neto Pereira³

RESUMO

Introdução: Uma boa alternativa no tratamento de queimadura de face e região cervical é a utilização de enxerto de pele parcial do couro cabeludo, com o cuidado de retirar uma fina camada de pele para se evitar alopecia na área doadora e o crescimento de pelos na área receptora. **Relato do caso:** É apresentado o caso de um menino com 5 anos de idade que, após acidente com álcool, teve aproximadamente 25% de sua superfície corporal queimada: face, região cervical, tórax anterior e membros superiores. Foi realizado enxerto de pele, obtido do couro cabeludo, na região cervical e face. Os resultados estéticos, tanto da área receptora como doadora, foram satisfatórios e o couro cabeludo foi novamente recoberto por cabelos. **Conclusão:** É importante lembrar que a pele do couro cabeludo pode ser uma ótima área doadora para pacientes com queimadura em certas regiões, como face e região cervical, uma vez que a pele deste local recupera-se rapidamente e os cabelos encobrem a cicatriz da área doadora, causando resultado estético muito satisfatório.

DESCRITORES: Enxerto de pele. Queimaduras. Couro cabeludo.

ABSTRACT

Introduction: A good alternative in the treatment of burns of the face and neck is the use of partial skin graft from the scalp, taking care to remove a thin layer of skin to avoid donor site alopecia and hair growth in the receiving area. **Case report:** It is presented the case of a five year-old boy, who had nearly 25% of burned body surface after an alcohol accident: face, cervical region, front chest and upper limbs. A skin graft obtained from the scalp was made in the cervical region and face. The aesthetic results in the receiver area such as in the donor area were very good and the scalp was covered again by hair. **Conclusion:** It is important to remember that the skin of the scalp can be an excellent donor area for burn patients in certain regions, such as face and neck, since the skin of this site recovers quickly and the hair cover up the scar area donor, causing very satisfactory cosmetic result.

KEYWORDS: Skin transplantation. Burns. Scalp.

1. Médico residente do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do Hospital João XXIII pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG, Brasil.
2. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, chefe do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do Hospital João XXIII pertencente à FHEMIG, Belo Horizonte, MG, Brasil.
3. Médico residente de cirurgia plástica da Universidade Santa Cecília (Unisantia), Santos, SP, Brasil..

Correspondência: Ricardo Araújo de Oliveira
Avenida do Contorno, 2250/408 – Belo Horizonte, MG, Brasil – CEP: 30110-012
E-mail: ricardo0707@hotmail.com
Artigo recebido: 15/3/2012 • Artigo aceito: 30/5/2012

Queimaduras em áreas especiais são de extrema importância na medicina de pronto-atendimento, por serem de alto risco e necessitarem de abordagem específica. São consideradas áreas especiais: face (incluindo pálpebras, olhos, região periorbitária, orelhas e nariz), mãos, pés, região glútea, genitália e áreas flexoras, como região cervical, axilar, do cotovelo e popliteal^{1,2}.

Geralmente, um paciente com queimadura de face necessita de, no mínimo, 48 horas de internação hospitalar para observação. As primeiras horas são cruciais, visto que os pacientes podem desenvolver edema intenso da face (pela intensa vascularização), o que compromete as vias aéreas superiores e pode instalar um quadro de insuficiência respiratória aguda¹. O local de ocorrência e o agente causal são relevantes para avaliar o risco de comprometimento das vias aéreas. Na suspeita de lesão por inalação, o paciente deverá ser monitorado rigorosamente. É importantíssima a avaliação do envolvimento do trato respiratório, posto que é um grande determinante na mortalidade³.

As queimaduras de segundo grau superficial devem ser tratadas com o uso de sulfadiazina de prata a 1%. Nesses casos, a cicatrização ocorre em torno de 10 dias, sem deixar sequelas significativas. Já as queimaduras profundas, de terceiro grau, precisam ser tratadas com excisão e enxertia precoce, a fim de que haja melhor resultado estético, evitando-se o desenvolvimento de retrações cicatriciais. Deve-se dar preferência ao enxerto de pele com maior espessura, tornando-se um dilema a escolha do local de retirada da pele.

Uma boa alternativa é a utilização de enxerto de pele parcial do couro cabeludo, com o cuidado de retirar uma fina camada de pele para se evitar alopecia na área doadora e o crescimento de pelos na área receptora. Em geral, queimaduras na cabeça e no pescoço cicatrizam bem, porém, isso não significa que queimaduras de terceiro grau serão curadas sem cirurgia³.

O tratamento cirúrgico também é recomendado para queimaduras de espessura parcial ou total de face, as quais não cicatrizaram após um período de duas a três semanas⁴. As complicações das queimaduras faciais podem ser infecção, retrações cicatriciais e comprometimento das estruturas da face, como pálpebras, nariz e lábios⁵.

Contraturas da região cervical causam consideráveis problemas, incluindo restrição de grande variedade de movimentos e aparência estética prejudicada⁶. Devido a sua grande importância funcional e estética, deve receber maior atenção na fase aguda da queimadura. As contraturas nesse local, geralmente causam sequelas graves, principalmente em crianças, que podem ir desde alteração de crescimento ósseo facial, especialmente a mandíbula, até distúrbios da fonação e mastigação e, obviamente, sérios problemas psicológicos, principalmente de autoestima^{1,7}. Nas queimaduras de segundo grau profundo ou terceiro grau, o paciente deverá se manter o maior tempo possível no leito, em decúbito dorsal, com a região cervical em posição anatômica, com uso do colar cervical, quando o curativo for oclusivo. O colar pode ser confeccionado em gesso, polipropileno, isopreno ou espuma com reforço interno de polietileno, sendo este último de fácil colocação, adapta-se bem ao pescoço e causa mínimo incômodo². O debridamento tangencial com enxertia precoce é fundamental para o bom resultado funcional. O enxerto de espessura intermediária ou grossa, realizado entre o quarto e décimo dia, diminui a chance de retração secundária¹.

RELATO DO CASO

Paciente R.S.A., sexo masculino, 5 anos, procedente de Serro (MG), deu entrada no Pronto-Socorro cerca de 3 horas após acidente com álcool, apresentando aproximadamente 25% de superfície corporal queimada: face, região cervical, tórax anterior e membros superiores (MMSS). No primeiro atendimento, o paciente foi entubado, devido a sinais de queimadura em via aérea, identificados à broncoscopia, e foi feita reposição volêmica, de acordo com a regra de Parkland.

Ao exame físico direcionado, apresentava queimaduras de 1°, 2° e 3° graus em face, de 2° e 3° grau em região cervical, tronco anterior e MMSS, com muitas áreas de isquemia e necrose. Foi submetido a debridamento cirúrgico após um dia de internação, mantendo curativo diário com sulfadiazina de prata. No quinto dia de internação, o paciente foi submetido a novo debridamento cirúrgico de áreas ainda isquêmicas e necróticas. Já no 15° dia de internação, o paciente apresentava área cruenta com bom aspecto para realização de enxertia, quando procedeu-se ao enxerto em tórax anterior e MMSS, tendo como área doadora, as coxas. Na região cervical e na face (Figuras 1 e 2), optou-se pela realização de enxerto com área doadora, o couro cabeludo.

Realizou-se tricotomia do couro cabeludo, antisepsia local e infiltração apenas com soro fisiológico 0,9%, para criar edema local e facilitar a retirada do enxerto (Figura 3). Após o preparo da área, foram retirados os enxertos de couro cabeludo com o uso do dermatômetro (Figuras 4 e 5).

Os enxertos foram conservados em um recipiente com soro fisiológico 0,9% (Figura 6) e, logo depois, foi realizada a enxertia nas áreas receptoras (face e região cervical) (Figuras 7 e 8).

Ao fim do procedimento, foi feito curativo com compressas embebidas em emulsão de petrolatum e gaze aberta em áreas doadoras e receptoras associado à imobilização da região cervical com tala gessada (Figura 9).

Paciente evoluiu satisfatoriamente, com 85% de integração do enxerto de região de face e cervical. Após alguns dias, foi observada renovação capilar das áreas doadoras sem alterações (Figuras 10 e 11).



Figura 1 – Área cruenta no lado direito da face e pescoço.



Figura 2 – cruenta no lado esquerdo da face e pescoço.

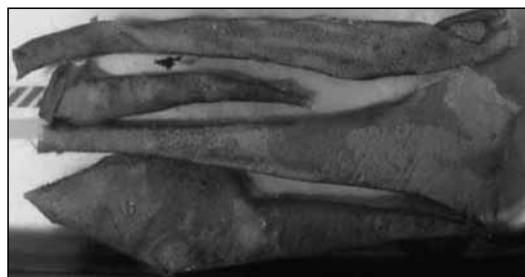


Figura 6 – Enxertos retirados.



Figura 3 – Intumescimento do couro cabeludo.



Figura 7 – Colocação dos enxertos cutâneos.



Figura 4 – Retirada do enxerto cutâneo com dermatômo.



Figura 8 – Resultado imediato da enxertia.



Figura 5 – Região de couro cabeludo após a retirada do enxerto.



Figura 9 – Curativo com atadura e molde gessado.



Figura 10 – Área doadora após sete dias.



Figura 11 – Aspecto do paciente no sétimo dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

Percebemos que as áreas doadoras de enxerto do couro cabeludo se igualavam à coloração da pele da face e da região

cervical, mais perceptivelmente quando comparadas aos enxertos retirados das coxas.

Observamos, ainda, que as áreas doadoras do couro cabeludo restauraram-se melhor e mais rapidamente que as da coxa.

Outro fator importante foi que o paciente não apresentou alteração na renovação capilar das áreas em que os enxertos (enxerto dérmico epidérmico) foram retirados, o que melhora o aspecto da cicatriz da área doadora, pois os cabelos esconderam a área de cicatrização.

CONCLUSÃO

É importante lembrar que a pele do couro cabeludo pode ser uma ótima área doadora para pacientes com queimadura em certas regiões, como face e região cervical, uma vez que a pele deste local recupera-se rapidamente e os cabelos encobrem a cicatriz da área doadora, causando resultado estético muito satisfatório.

REFERÊNCIAS

1. Mélega JM. Cirurgia plástica: fundamentos e arte: princípios gerais. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
2. Dornelas MT, Ferreira APR, Cazarim DB. Tratamento das queimaduras em áreas especiais. HU Rev. 2009;35(2):119-26.
3. Garner WL, Magee W. Acute burn injury. Clin Plast Surg. 2005;32(2):187-93.
4. Leon-Villapalos J, Jeschke MG, Herndon DN. Topical management of facial burns. Burns. 2008;34(7):903-11.
5. Lima Junior EM, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MCVF. Tratado de queimaduras no paciente agudo. São Paulo: Atheneu; 2008. 646p.
6. Lin JY, Tsai FC, Yang JY, Chuang SS. Double free flaps for reconstruction of postburn anterior cervical contractures: use of perforator flaps from the lateral circumflex femoral system. Burns. 2003;29(6):622-5.
7. Lima Júnior EM, Serra MCVF. Tratado de queimaduras. São Paulo: Atheneu; 2004.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do Hospital João XXIII pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG, Brasil.