



## Técnica de microperfuração de calota craniana, para recobrimento tecidual, após processo infeccioso de escalpo pós trauma - Relato de caso.

GABRIEL DE MELO FERREIRA<sup>1</sup>; ARYTANNA BORGES DA SILVA CASTRO<sup>1</sup>; JOÃO LIBERATO DE OLIVEIRA NETO<sup>2</sup>; BRUNO EMMANUELI DE OLIVEIRA SILVA<sup>3</sup>; TALITA SPOSITO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; LUIZ HARUO MIYAZAKI<sup>1</sup>

1. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO, SAO SEBASTIAO DO PARAISO - MG - BRASIL;
2. HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE APARECIDA DE GOIÂNIA- HUAPA, APARECIDA DE GOIÂNIA - GO - BRASIL;
3. HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMÕES FILHO, SALVADOR - BA - BRASIL.

### INTRODUÇÃO

As lesões traumáticas por contusão direta podem comprometer a espessura total do couro cabeludo, com eventual exposição da calota craniana, possibilitando processos infecciosos e até necrose óssea craniana. Nesse sentido valida-se a preocupação da cobertura da estrutura óssea por tecidos bem vascularizados, como também a cicatrização com fechamento da área lesada.

### RELATO DE CASO

Paciente de 45 anos idade deu entrada na SCMSSP/MG, em Julho de 2019, vítima de espancamento com TCE grave e com múltiplas lesões contundentes pela face e crânio.

As lesões contundentes de couro cabeludo em região occipital D, evoluíram com bordas irregulares, inicialmente de 3cm x 2cm, abordado pelo departamento de Cirurgia Geral com debridamento cirúrgico. Contudo, a lesão manteve em fase de expansão da necrose, envolvendo toda a espessura da cobertura cranial, evoluindo com ressecção inclusive do periósteo em reabordagens sucessivas, até controle da infecção, de modo que houve grande perda de tecido, parietal D/E e occipital (25cm x 15cm).

A manutenção dos contornos da lesão com tecido de granulação possibilitou, como último procedimento cirúrgico, a realização de microperfurações da tábua externa do crânio, na tentativa de promover maior vascularização, para a granulação dessa área central da ferida de exposição da tábua óssea, para então ter condições de implante de retalho.

Paciente recebeu alta, com seguimento ambulatorial e em 6 meses de seguimento, notou-se a granulação completa da área exposta, seguido de epitelização em

expansão, com o fechamento de 80% da área exposta, optado por manutenção e seguimento ambulatorial até o completo fechamento, sem a necessidade de enxertia.



### DISCUSSÃO

Em lesões extensas do couro cabeludo, com perda do periósteo, mal vascularizadas e associadas à infecção ou em pacientes debilitados, a técnica de múltiplas perfurações da tábua externa do crânio surge como alternativa.

Não foi optado pela enxertia no caso, pelo crescimento irregular do substrato vascularizado sobre a tábua óssea, seguido já pela cobertura de neo-epitelização também de maneira irregular, preservando assim conduta expectante para o fechamento completo da ferida, mostrando como uma opção de cobertura estável e de boa qualidade, assim satisfazendo as necessidades do paciente.

**Referência:** 1 -Cleyton Dias Souza. Reconstruction of large scalp and forehead defects following tumor resection: personal strategy and experience – analysis of 25 cases. Rev Bras Cir Plást. 2012;27(2):227-37. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcp/v27n2/11.pdf>

2- Dadi Bucusso Netemo, Paulo Henrique Facchina Nunes, Paulo K. Lesão de Couro cabeludo de espessura total de origem infecciosa. Rev Bras Cir Plást. 2013;28(2):307-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n2/v28n2a24.pdf>