

UDS

Universidad del sureste Campus Tuxtla
Gutiérrez, Chiapas Escuela de Medicina
Humana



ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ

CLINICA QUIRURGICA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA

Reconstrucción del cráneo y cuero cabelludo

El cuero cabelludo está formado por cinco capas: piel, tejido celular subcutáneo, galea aponeurótica, tejido areolar laxo y pericráneo. El cuero cabelludo está bien vascularizado por ramas bilaterales de la arteria carótida externa, las arterias temporales superficiales, arterias occipitales y arterias auriculares posteriores. Las arterias supratroclear y supraorbitaria contribuyen a la irrigación de la frente y porción anterior del cuero cabelludo, estos vasos trascurren en el tejido subcutáneo justo superficial a la galea por su abundante irrigación las laceraciones del cuero cabelludo pueden ocasionar una hemorragia espectacular situación que suele corregirse con la colocación de un punto de sutura continuo anclado, la pérdida del cuero cabelludo de espesor parcial por traumatismo suele ocurrir al nivel del plano del tejido areolar laxo y por lo común se trata al inicio con desbridamiento del tejido desvitalizado, las áreas con injerto pueden reconstruirse más tarde con un fragmento de cuero cabelludo mediante el uso de colgajos o expansión histica, el cuero cabelludo tiene muy poca elasticidad la creación de pequeñas heridas en la galea a menudo facilita el cierre de los defectos de espesor total, debe tenerse cuidado de evitar la lesión de vasos sanguíneos superficiales a la galea la pérdida de áreas grandes 4 a 8 cm puede cubrirse con colgajos grandes de cuero cabelludo la describió orticochea la colocación de injertos en lesiones o en sitios donadores deja áreas de alopecia visible la expansión histica ha tenido gran éxito para sustituir regiones cicatrizadas o que recibieron injertos con piel con cabello los defectos de más de 8 a 10 cm se tratan mejor con transferencia microquirúrgica de tejido libres.

El hueso autógeno es el material preferido para la reconstrucción de los defectos del cráneo sus ventajas se encuentran la resistencia a la infección y la capacidad de consolidar con fuerza el hueso autógeno de cualquier origen tiene la desventaja de mortalidad en el sitio donador, los injertos óseos pueden obtenerse de un área normal de la calvaria de la cual puede utilizarse la tabla externa como injerto para defectos de tamaño limitado debe tenerse cuidado durante la recolección para evitar el compromiso de la tabla interna puede utilizarse hueso costal ya sea como injerto costal dividido o como colhajo óseo libre microquirúrgico por desgracia el uso de la costilla para la reconstrucción del cráneo puede dar un aspecto irregular desagradable al cuero cabelludo otra desventaja de los injertos óseos no de los colgajos es la reabsorción del injerto con el paso del tiempo la reconstrucción de la calvaria existen materiales alternativos para el hueso autógeno el metil metacrilato titanio o hidroxiapatita.

Bibliografía

Brunicardi, C. F. (2015). principios de cirugía. En C. F. Brunicardi, *principios de cirugía* (pág. 1647). Mexico: McGraw-Hill.

a

