



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA: TÉCNICAS QUIRÚRGICAS BÁSICAS.

SEGUNDA UNIDAD.

TEMA: CIRUGÍAS CRANEOFACIAL.

DOCENTE: DR. ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.

ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.

CIRUGÍAS CRÁNEO FACIALES.

La cirugía craneofacial representa uno de los grandes avances en cirugía.

Con el perfeccionamiento de las técnicas de anestesia, imagenología, fibra óptica y antibioticoterapia se ha podido desarrollar nuevas técnicas quirúrgicas, lo que ha derivado no sólo en mayor sobrevida sino que también en mayor calidad de vida.

Una de estas técnicas quirúrgicas es la cirugía craneofacial, descrita por primera vez por Rae, en 1940.

Con esta técnica, se logra subir la sobrevida de los tumores de la supraestructura con compromiso de fosa craneana anterior desde un 15%, previo a la cirugía craneofacial, a un 50% posterior a la implementación de la cirugía craneofacial.

A partir de entonces, en múltiples centros se empieza a desarrollar este tipo de cirugía precisándose qué se entiende por cirugía craneofacial y cuándo debe realizarse.

Así, se establece que es factible de hacerse en los siguientes casos:

a) un tumor que compromete la base de cráneo, sea originándose de la región facial y que se extiende hacia el cráneo, o un tumor intracraneano que progresa hacia caudal.

b) un estesieneuroblastoma, por desarrollarse a lo largo del nervio olfativo, pese a que el estudio correspondiente no lo demuestre.

Previo al desarrollo de este tipo de cirugía, en los pacientes que tenían un tumor facial asociado a compromiso de la base de cráneo se hacía radioterapia, la cual en general no era curativa y con alta morbilidad, o simplemente se consideraban incurables.

Con el tiempo se demostraron las grandes ventajas de este tipo de cirugía desde un punto de vista técnico, ya que permite:

a) una exposición amplia de la base de cráneo, permitiendo una resección en bloque del tumor.

b) una adecuada protección del contenido intracraneano.

c) una reconstrucción adecuada de la base de cráneo.

La estética craneofacial se erige como pilar fundamental en la integración social del ser humano, pues se considera el rostro un elemento esencial en la relación intercongéneres.

Así los pacientes con deformidades faciales evidencian serias laceraciones de la identidad personal, reflejadas en sentimientos de inferioridad, que impiden un adecuado desarrollo familiar, profesional y social.

Existen condiciones patológicas en las cuales a severos defectos estéticos craneofaciales se agregan complicaciones de índole funcional, como alteraciones cerebrales, oculares, olfatorias, de la fonación, deglución y ventilación, con sus consecuentes efectos secundarios, incluidos los psicológicos.

Dentro de esta gama podemos mencionar:

- Labio y paladar hendido.
- Cirugía ortognática.
- Craneosintosis.
- Fractura de la bóveda craneal.
- Fractura de la base del cráneo.
- Hematomas epidurales, subdurales e intracerebrales.
- Tumores.
- Síndrome de Tischer Collins.
- Fracturas nasales.
- Síndrome de Apert.
- Enfermedad de Crouzon.
- Fractura de mandíbula.

La cirugía craneofacial es una subespecialidad de la cirugía plástica que atiende las deformidades de tejidos blandos y duros del esqueleto craneofacial, da tratamiento a defectos congénitos, del desarrollo y adquiridos del esqueleto craneal y facial.

Este tipo de cirugía se encarga de problemas funcionales y estéticos de igual importancia relacionados con las deformidades relacionadas con tales trastornos.

El intento por separar la alteración funcional de los problemas relacionados con el aspecto es arbitraria, porque puede argumentarse que una función de la mayor importancia de la cara es tener el aspecto de una cara.

El estándar de atención actual es interdisciplinario, con un equipo de expertos con conocimiento y capacitación especializados en el tratamiento de niños con anomalías craneofaciales.

La valoración preoperatoria debe ser amplia e incluye estudios de imagen (CT, MRI, cefalografía), fotografía, estudios en sangre, valoración por un anestesiólogo y otros componentes conforme lo indique la situación.

Los procedimientos craneofaciales a menudo son prolongados y complicados pues implican cirugías de gran magnitud, con el riesgo acompañante de hemorragia, morbilidad grave e incluso de mortalidad.

La hemorragia significativa es una posibilidad realista y deben prepararse las acciones para la conservación de sangre y transfusión.

El tratamiento quirúrgico habitual del esqueleto craneofacial puede ser a través de una incisión coronal y más tarde puede realizarse una craneotomía bifrontal con acceso al esqueleto orbital y facial.

Los injertos óseos para reconstrucción pueden ser injertos divididos del grueso de la calvaria o bien injertos costales o de la cresta iliaca.

La fijación rígida se absorbe con placas, tornillos y material de sutura absorbible.

Pese a la magnitud de los procedimientos, es poco común la morbilidad significativa (ceguera, lesión cerebral, infección grave, fístulas del líquido cefalorraquídeo, hematoma intracraneal) o la mortalidad.

Clasificación de las anomalías craneofaciales.

I. Hendiduras.

- a. Céntricas.
- b. No céntricas.

II. Sinostosis.

- a. Simétricas.
- b. Asimétricas.

III. Atrofia, hipoplasia.

IV. Neoplasia, hipertrofia, hiperplasia.

V. Noclasificada.

Tessier subclasificó las hendiduras craneofaciales poco comunes, su clasificación considera la órbita como el centro, alrededor del cual se irradia la hendidura, como si se hablara de una rueda, numerada del 0 al 14.

Las hendiduras faciales (0 a 7) a menudo se asocian con sus extensiones craneales (8 a 14), para hacer un total de 14 variantes.

En el manejo quirúrgico de las deformidades craneofaciales el tipo de intervención quirúrgica va a estar fundamentalmente dependiendo del tipo y la gravedad de deformidad que en ese momento tenga el paciente y de su estado en el momento de la intervención.

El tratamiento quirúrgico habitual del esqueleto craneofacial puede ser a través de una incisión coronal y más tarde puede realizarse una craneotomía bifrontal con acceso al esqueleto orbital y facial.

Los injertos óseos para reconstrucción pueden ser injertos divididos del hueso de la calvaria o bien injertos costales o de la cresta iliaca.

La fijación rígida se absorbe con placas, tornillos y material de sutura absorbible.

