

NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

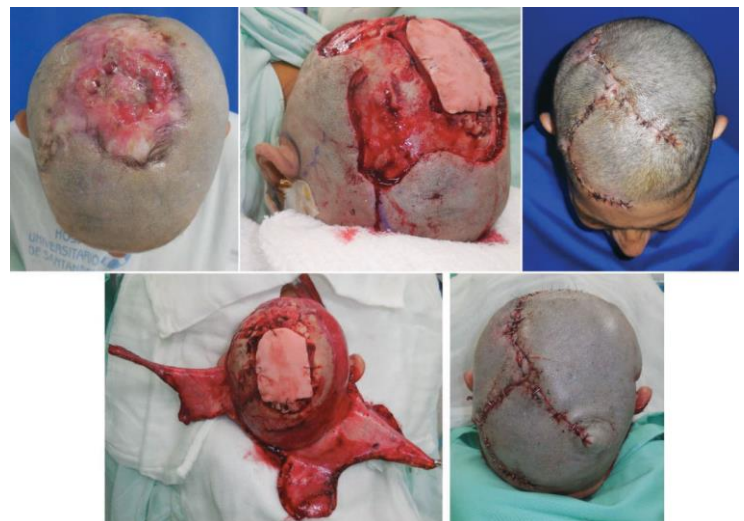
MATERIA: CLINICA QUIRURGICA COMPLEMENTARIAS

TEMA: RESUMEN RECONSTRUCCIÓN DE CRANEO Y CUERO CABELLUDO

UNIDAD: SEGUNDA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 7° "A"

FECHA DE ENTREGA: 20-ABRIL-2021



INTRODUCCIÓN

El cuero cabelludo es una zona ricamente vascularizada y constituida por múltiples capas descritas clásicamente con las siglas: «SCALP»: S (Skin) piel, C (subCutaneous) tejido celular subcutáneo, A (Aponeurosis) galea o aponeurosis, L (loose) espacio subaponeurótico de Merckel, P (periostium) periostio. El SCALP es relativamente poco elástico, comparado con el resto de los tejidos cervicofaciales. Esto se debe, en gran parte, a la unión fibrosa que forma la galea con el músculo frontal por delante y el músculo occipital por detrás. Como consecuencia, la mayoría de los colgajos de cuero cabelludo resisten la tracción y la transposición, y a menudo requieren diseños más extensos para el cierre de sus defectos.

La galea es la capa aponeurótica, ricamente vascularizada, que se sigue sin solución de continuidad con el músculo frontal en la parte anterior, con el músculo occipital en la zona posterior y con la fascia superficial del músculo temporal en la vertiente lateral. Se encuentra firmemente unida a la piel a través de las trabéculas fibrosas de tejido celular subcutáneo. La irrigación del SCALP está dada por cinco pedículos vasculares en cada lado: arteria supratroclear, arteria supraorbitaria, arteria temporal superficial con sus ramas frontal y parietal, arteria auricular posterior y arteria occipital. Dentro de la rama reconstructiva de la cirugía en trauma, los escalpes han formado una difícil vertiente en su reconstrucción por la poca laxitud del cuero cabelludo; sin embargo, han mostrado que ciertos colgajos tienen diferentes formas, tipo y extensión del defecto.

En la época actual, la pérdida parcial o total del cuero cabelludo es una condición quirúrgica inusual. Su baja incidencia probablemente ha influido en un escaso interés de los cirujanos para enfrentar su tratamiento. Pérdidas menores de 3 cm pueden cerrarse a tensión por aproximación de los bordes. Pérdidas mayores generan un desafío, ya que la falta de distensión del cuero cabelludo no permite su cierre primario.

Hasta 1970, la mayor parte del tiempo empleado para sanar la pérdida de cuero cabelludo se destinaba a esperar que creciera tejido de granulación sobre el periostio denudado.

Dentro de la anatomía, el cuero cabelludo es una estructura única. Las capas superficiales son completamente independientes del cráneo y se mueven como una unidad con la contracción asociada de los músculos frontal y occipital. El conocimiento de la estructura básica del cuero cabelludo es indispensable para obtener éxito en el tratamiento de las lesiones de éste y evitar las complicaciones.

En la reconstrucción de cuero cabelludo, además de considerar la ubicación y tamaño del defecto, se debe tener en cuenta la presencia o ausencia de pericráneo, la línea de implante del pelo y la dirección de los folículos pilosos.

Pérdidas de espesor parcial

Las pérdidas del cuero cabelludo raramente comprometen el pericráneo; la reposición sin continuidad vascular del trozo perdido se necrosa, ya que el volumen del tejido no permite una irrigación mínima para la supervivencia. Si las condiciones locales son adecuadas (corte neto, herida limpia), se puede intentar un reimplante con anastomosis microvascular de una arteria y vena.

Los colgajos locales de avance tienen un rol limitado en la reconstrucción de cuero cabelludo dado la poca elasticidad del tejido, por lo que los colgajos de rotación son los de elección, ya que es una opción de construcción de más fácil acceso para que cubra el cráneo expuesto.

El borde del colgajo que representa el eje de rotación del mismo, debe ser equivalente a cinco largos del defecto, para evitar tensión excesiva de las suturas. El uso de colgajos de rotación que incluye piel del cuello posterior puede significar la técnica de cierre (Figura 4), ya que aporta tejido distensible en la base del colgajo, lo que permite un cierre primario sin tensión del área dadora.

Colgajo en remolino: éste moviliza los tejidos periféricos en 360 grados, con mínima di sección y con distribución homogénea de la tensión sobre las cuatro líneas de

sutura radiadas (Figura 5). Otra opción son los colgajos dobles en oposición (Figura 6).

Colgajo bilobulado o un rombo de Limberg: se utiliza en la frente y en la sien, con piel más distensible que en el cuero cabelludo.

Colgajos de transposición: son la indicación ideal para reconstruir la línea de implante del cabello en la frente y la nuca, tienen un eje lineal con su base adyacente al defecto (Figura 7). En la transposición ocurre una elevación del colgajo, por lo regular a través de un puente normal de tejido.

Colgajos coronales: con base por delante de la oreja para ser transpuestos hacia atrás o viceversa deben evitarse, ya que se desplazan con mucha dificultad y exigen suturas a tensión.

Colgajo diagonal con base frontal: si la alopecia incluye la hemicircunferencia del cuero cabelludo, pues permite la reconstrucción de esta región. Este colgajo no asegura la inclusión de un pedículo arterial conocido; en consecuencia, para evitar la necrosis distal por isquemia, es conveniente realizar un procedimiento inicial de elevación y, tres semanas más tarde, una rotación retardada (Figura 8).

Colgajos múltiples de Orticochea: si la pérdida no compromete más de 30% de la superficie del cuero cabelludo, puede cubrirse el defecto mediante este método, el cual incorpora un diseño axial de tres a cuatro colgajos.

CONCLUSIÓN

El escalpe de cuero cabelludo, por ende, se expresa como una situación traumática que va a comprometer la anatomía, irrigación y composición del tejido, por lo cual se debe tener un dominio importante del mismo, así como múltiples opciones terapéuticas, las cuales pueden dar un mejor resultado, independientemente del caso que se presente. Por lo tanto, podemos tener en cuenta que en los pacientes que son atendidos por un escalpe, en muchas ocasiones se intenta realizar un cierre primario sin llegar a obtenerlo, entorpeciendo la circulación del mismo.

ANEXO

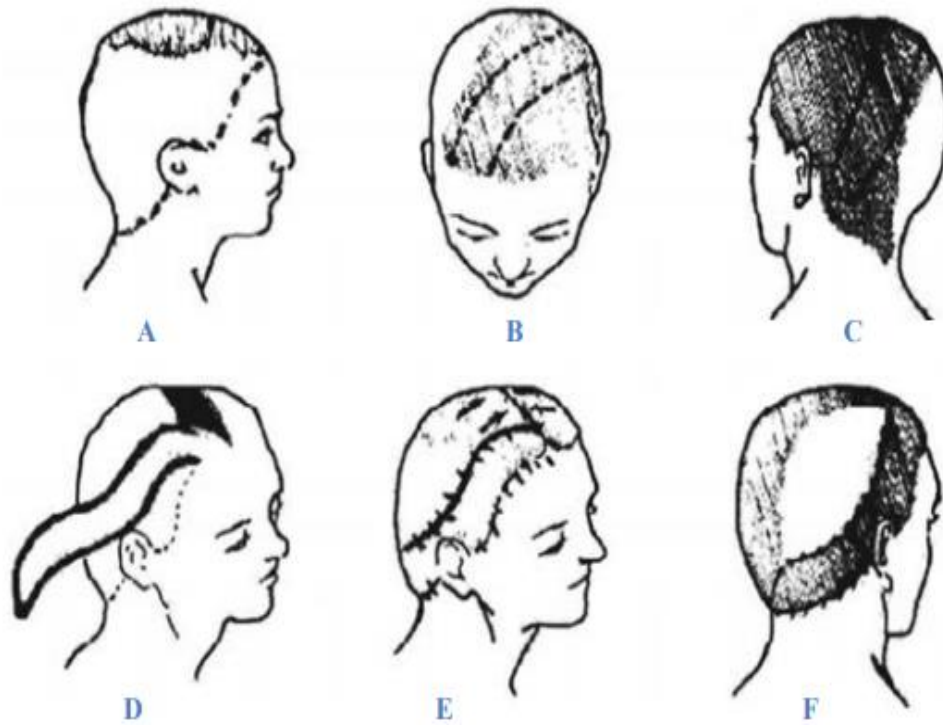


Figura 8: Colgajo diagonal con base frontal.

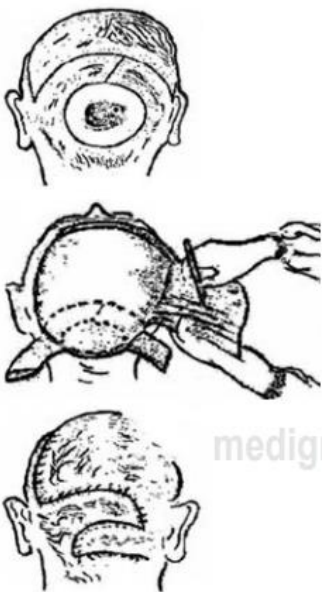


Figura 9: Colgajos de Orticochea.

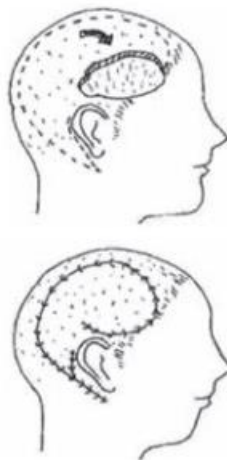


Figura 4: Colgajo de rotación.

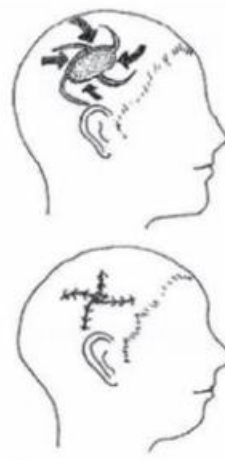


Figura 5: Colgajo en remolino.

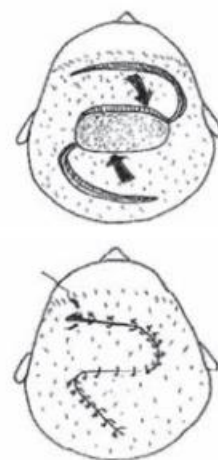


Figura 6: Colgajos doble en oposición.

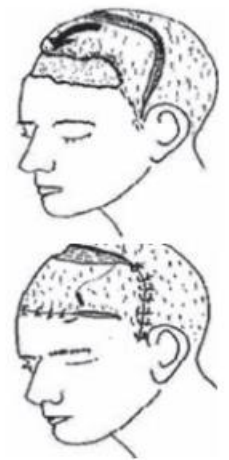


Figura 7: Reconstrucción de la línea de implante del cabello. Colgajo de transposición.

BIBLIOGRAFIA: Adán Araujo-López, Jean Carlo Barragán-Chávez, Alejandro Dimitri Hernández-García, Raúl Servando Caracheo-Rodríguez, Rocío Flores-Yáñez, Giuliana Ruiz-Centeno, Atenea Espinosa-Cerón, Yessica Sánchez-Guzmán. (2020). Reconstrucción de cuero cabelludo mediante colgajo en espiral. 2021, de Medigraphic Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2020/rr201f.pdf>