



## **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**ASIGNATURA: CLINICA QUIRURGICA COMPLEMENTARIA.**

**DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ.**

**SEPTIMO SEMESTRE**

**ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.**

**SEGUNDA UNIDAD.**

**MEDICINA HUMANA.**

## RECONSTRUCCION DE CRANEO Y CUERO CABELLUDO

La forma como se realiza la cirugía para corregir deformidades de la cabeza y de la cara (reconstrucción craneofacial) depende del tipo y gravedad de la deformidad y del estado de la persona. El término médico para esta cirugía es reconstrucción craneofacial.

Las reparaciones quirúrgicas involucran el cráneo, el cerebro, los nervios, los ojos, los huesos y la piel de la cara. Esta es la razón por la cual algunas veces un cirujano plástico (para piel y cara) y un neurocirujano (cerebro y nervios) trabajan juntos. Los cirujanos de cabeza y cuello también pueden practicar operaciones de reconstrucción craneofacial.

**Reconstrucción del cuero cabelludo.** El cuero cabelludo está formado por cinco capas: piel, tejido celular subcutáneo, gálea aponeurótica, tejido areolar laxo y pericráneo. El cuero cabelludo está bien vascularizado por ramas bilaterales de la arteria carótida externa, incluyendo las arterias temporales superficiales, arterias occipitales y arterias auriculares posteriores. Además, las arterias supratroclear y supraorbitaria contribuyen a la irrigación de la frente y porción anterior del cuero cabelludo. Estos vasos transcurren en el tejido subcutáneo, justo superficiales a la gálea. 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 traumatismos suele ocurrir al nivel del plano del tejido areolar laxo y por lo común se trata al inicio con desbridamiento del tejido desvitalizado. Si un defecto de espesor parcial es lo suficientemente pequeño puede utilizarse el cierre primario o un injerto cutáneo. Aunque los resultados estéticos a menudo son menos que deseables, todas las capas del cuero cabelludo aceptan un injerto cutáneo, lo que incluye la calvaria si se taladran orificios hacia el diploe. El cuero cabelludo tiene muy poca elasticidad, la creación de pequeñas heridas en la gálea a menudo facilita el cierre de los defectos de espesor total, pero debe tenerse cuidado de evitar la lesión de vasos sanguíneos superficiales a la gálea. La pérdida

de áreas grandes (4 a 8 cm) puede cubrirse con colgajos grandes de cuero cabelludo, como lo describió Orticochea. La colocación de injertos en lesiones o en sitios donadores deja áreas de alopecia visibles. La expansión histórica 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 tejidos libres. La avulsión total o subtotal del cuero cabelludo es una lesión poco común que suele ocurrir en personas con cabello largo que son atrapados por máquinas en rotación. Estas lesiones potencialmente devastadoras se tratan mejor con reimplante del cuero cabelludo, porque los segmentos con avulsión por lo común conservan su irrigación vascular.

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. En presencia de pericráneo es posible utilizar injertos de piel de espesor parcial como cobertura temporal, para pasar a la etapa definitiva que puede realizarse la mayoría de las ocasiones con el uso de expansores y colgajos locales en cuero cabelludo ya expandido, lo que permite una adecuada reconstrucción incluso en defectos grandes. 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. En defectos más extensos, se pueden utilizar los colgajos múltiples de Orticochea diseñados para cobertura anterior y occipital de cuero cabelludo. Este método consiste en la elevación de tres colgajos basados en ambas arterias temporales superficiales y en la arteria occipital. Otra alternativa para defectos extensos (entre 6 y 8 cm de diámetro) son los colgajos libres (dorsal ancho, anterolateral de muslo), con la limitación de no poder aportar cabello

**Reconstrucción de la calvaria.** El hueso autógeno es el material preferido para la reconstrucción de los defectos del cráneo. Entre sus ventajas se encuentra la resistencia a la infección y la capacidad de consolidar con fuerza. El hueso autógeno de cualquier origen tiene la desventaja de la morbilidad 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. También puede utilizarse hueso costal, ya sea como injerto costal dividido o como colgajo óseo libre microquirúrgico. Por desgracia, el uso de costillas para la reconstrucción del cráneo puede dar un aspecto irregular desagradable al cuero cabelludo. Otra desventaja de los injertos óseos, pero no de los colgajos, es la reabsorción del injerto con el paso del tiempo.

Para la reconstrucción de la calvaria existen materiales alternativos para el hueso autógeno, como el metil metacrilato, titanio e hidroxiapatita (con o sin proteína ósea morfogena). Aunque tienen la ventaja de no requerir un sitio donador, estos materiales plásticos y metálicos se acompañan de un mayor riesgo de infección en el cual puede ser necesario retirarlos. Se encuentran en estudio varias preparaciones de hidroxiapatita de fosfato de calcio como materiales para la sustitución ósea.

## Bibliografía:

Schwartz principios de cirugía 10ª edición. CAP 45. Pág. 1860

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016000067>