Revista Médica de Costa Rica XL (441) 91-95; 1973

Presentación de un Caso de Pérdida Total del Cuero Cabelludo

Federico Sosto Peralta* María Gabriela Stein de Guzmán***
Leonel Guido Molina** Verner Lizano Lutz****
Eduardo Spesny Betik*****

INTRODUCCION

Como resultado del incremento en la industria y mecanización de nuestra época, los casos de pérdida parcial de cuero cabelludo por avulsión, heridas cortantes, trauma o quemaduras eléctricas, han aumentado. La desvitalización del hueso descubierto, al propiciar la sepsis y la ausencia de periostio que facilita el crecimiento de tejido neoformado donde anclar un injerto constituyen uno de los problemas más serios en el manejo de estas lesiones. El presente caso clínico y su ilustración fotográfica, ha sido publicado como ejemplo de interés científico por constituir una pérdida total de cuero cabelludo.

CASO CLINICO

R.A.U. Fem., 60 años, Corosal, Puntarenas. Antecedentes sin importancia. Hernioplastía crural 1968. Ingresa al Hospital San Juan de Dios el I-XII-71, por accidente doméstico sufrido 48 horas antes, en que al apagar un motor se le enredó el pelo produciéndole un "scalp" completo. Fue tratado con medidas encaminadas a mejorar el estado general y se le practicó lavado quirúrgico bajo anestesia. La lesión mostraba una pérdida total de cuero cabelludo que se extendía desde los arcos superciliares por delante hasta el tercio superior de la nuca y aspecto postero-lateral del cuello, por detrás. Lateralmente incluía ambos pabellones auriculares. La bóveda craneal estaba desprovista de periostio y se

* Asistente de Cirugía del Servicio de Cirugía Barrionuevo del Hospital San Juan de Dios.

** Asistente del Servicio de Neurocirugía del Hospital San Juan de Dios.

*** Jefe del Servicio de Cirgía Plástica del Hospital San Juan de Dios.

**** Residente del Servicio de Neurocirugía del Hospital San Juan de Dios.

***** Residente del Servicio de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios.

veían ambos músculos temporales y el tercio superior de los esternocleidomastoideos. (Figs. 1 y 2). El área descrita estaba visiblemente infectada. Fue sometida a 2 ó 3 lavados quirúrgicos por semana y empaque con furacín hasta lograr obtener tejido de granulación en las áreas temporales y nuca. Un mes después de su ingreso se le efectuó injerto libre en estas regiones. Se procedió entonces a fenestrar el hueso expuesto aparentemente desvitalizado, para lo cual se efectuaron múltiples perforaciones con una broca de 7/64 y que incluyen sólo la tabla externa hasta el diploe. Este procedimiento aunque las más de las veces se realizó bajo anestesia general dadas las condiciones psíquicas de la paciente, puede ser realizado sin anestesia ya que es absolutamente indoloro. Los trépanos se hicieron a un centímetro de distancia uno del otro. Aproximadamente quince días más tarde aparecieron yemas de tejido de granulación (Fig. 3) que fueron creciendo y extendiéndose hasta confluir (parte inferior de Fig. 4), logrando así un buen asiento para los injertos libres. La estancia hospitalaria fue de cuatro meses, hasta lograr cubrir por completo con injertos libres la parte enferma.

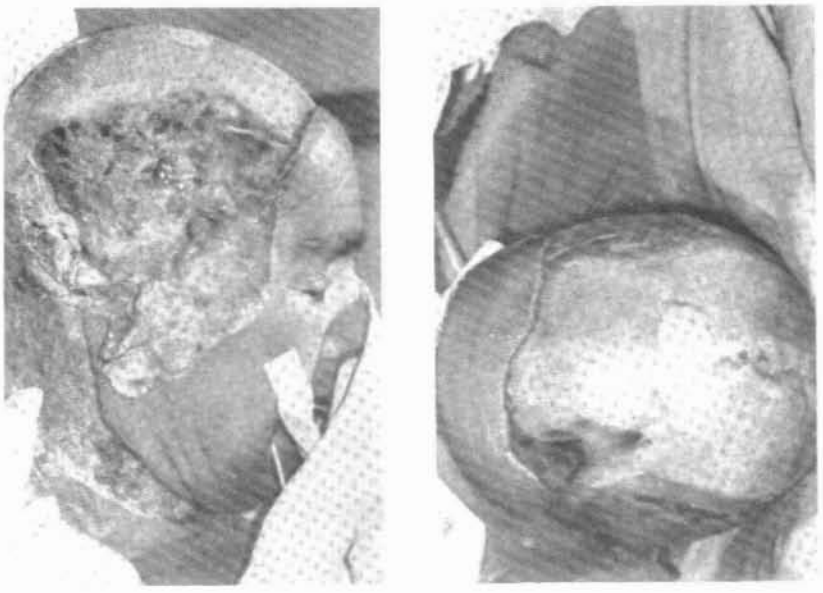

Figura 1 y 2

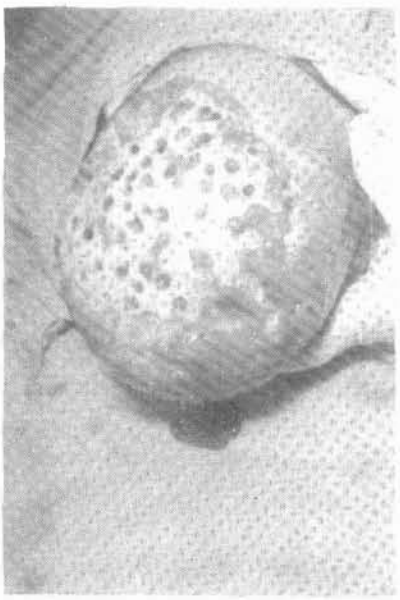

Figura 3

Figura 4

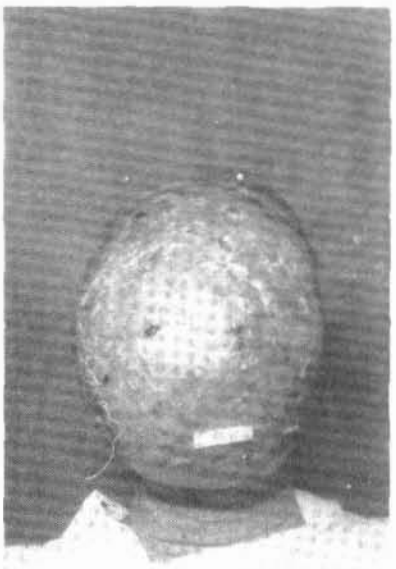

Figura 5

Figura 6

COMENTARIO

El manejo inicial de este tipo de lesiones se rige por los cánones de cirugía que afectan a cualquier herida con pérdida de tejido. Es en el tratamiento que se le da al hueso en donde radica la clave del buen resultado obtenido en la plastía de estos enfermos. Cuando las pérdidas de cuero cabelludo son poco extensas, la granulación es rápida y el área se epiteliza fácilmente a expensas de la piel vecina; en el peor de los casos requerirá el deslizamiento de un injerto pediculado para cubrir el hueso expuesto. Pero si la pérdida de cuero cabelludo es total no es válido ninguno de los dos recursos anteriores. El periostio o se pierde en el momento del trauma o termina cayendo al deshidratarse por la exposición continua. La fenestración múltiple de la tabla externa hasta lograr llegar al diploe estimula la producción de tejido de granulación a expensas del mesenquima que forma la medular del hueso. La confluencia de las yemas neoformadas cubre en breve todo el hueso descubierto y es terreno fértil para injertos libres.

RESUMEN

Se presenta un caso de pérdida completa de cuero cabelludo en el que la plastía por injerto libre se logró estimulando tejido de granulación en el hueso por fenestración múltiple.

BIBLIOGRAFIA

1.— LONGACRE J. J. Pag. 574 Reconstructive plastic Surgery converse 1970.

2.— DELAK 2 · successful replayment of the completelly Omilsed Scalp, Brit plastic Survery 8 55-1955.