

# Cirugía y Cirujanos

Volumen  
*Volume* **70**

Número  
*Number* **5**

Septiembre-Octubre  
*September-October* **2002**

*Artículo:*

Comentario al trabajo titulado: “Abordaje transfacial para el tratamiento de los meningoencefaloceles frontoetmoidales”

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de  
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Medigraphic.com**

## ***Comentario al trabajo titulado: "Abordaje transfacial para el tratamiento de los meningoceles y meningoencefaloceles frontoetmoidales***

Acad. Dr. José Guerrero-Santos\*

Tengo el privilegio en esta ocasión, de comentar el excelente trabajo que ha presentado el Sr. Dr. Antonio Fuente del Campo, quien trabajando arduamente en el campo de la Cirugía Craneofacial en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital “Manuel Gea González” en donde ha vivido una amplia experiencia sobre el diagnóstico, clasificación, y tratamiento de los meningoceles y meningoencefaloceles frontoetmoidales. Como él ya lo mencionó se considera el encefalocele como la hernia del encéfalo o de su recubrimiento a través de un defecto en el cráneo. Como lo han reportado Argenta y Taylor<sup>(1)</sup>, pueden ser meningoceles cuando se incluye sólo las meninges; y meningoencefaloceles cuando están además de las meninges el cerebro; y por último meningoencefalomiocelos cuando se incluyen tanto las meninges, el cerebro y el sistema medular.

New y colaboradores en 1947<sup>(2)</sup> reportan que la mayor parte de los encefaloceles craneales se presentan en la región occipital y sólo 25% en la región craneofacial anterior.

Son varios los detalles interesantes de la contribución del Dr. Fuente del Campo<sup>(3)</sup> y son:

1. Su nueva clasificación de primero, segundo y tercer grados de acuerdo a las alteraciones que se provocan en la zona afectada, porque todas las clasificaciones reportadas anteriormente sólo se referían a la región anatómica en las cuales aparecían. Otras clasificaciones se referían a que podrían ser únicos o múltiples, tomando en cuenta su localización topográfica, y si fueran unilaterales, bilaterales o centrales. Una de las grandes ventajas de esta nueva clasificación es que en la planificación preoperatoria se pueden considerar la técnica quirúrgica a seguir, así como calcular el riesgo operatorio.
2. La utilización del abordaje transfacial, que aunque para algunos cirujanos se les haría más lógico el uso exclusivo del abordaje coronal, para dejar la cicatriz en la piel cabelluda, sin embargo él describe cierto tipo de incisiones de contribución personal que dejan mínimas cicatrices a cambio de un abordaje más facial y que brinda una facilidad

para realizar la reconstrucción ósea con aproximación anatómica y también facilita la cantoplastía central.

3. La utilización de las incisiones palpebrales que el propio Dr. Fuente del Campo publicara<sup>(4)</sup> con anterioridad para la cantoplastía central y que en estos casos brinda la oportunidad de obtener buenos resultados estéticos sin retracciones cicatrizales palpebrales.

Desde luego el manejo de estos pacientes como él ya lo mencionó debe ser hecho por un grupo multidisciplinario en el cual además del cirujano plástico deben colaborar íntimamente el oftalmólogo y el neurocirujano, porque en esta forma el diagnóstico, la planificación de la rehabilitación, la cirugía así como evitar complicaciones importantes es mandatorio. En el Hospital Gea González han acumulado una casuística muy grande de pacientes de este tipo, lo cual comprueba lo mencionado por Charoon-Smith<sup>(5)</sup> en relación a que esta anomalía es más frecuente en América Latina y en el Sudeste de Asia.

En el Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva los encefaloceles que con mayor frecuencia se han presentado han sido los frontoetmoidales que se manifiestan como una masa quística que cubre la raíz nasal y que puede aumentar de volumen con el llanto y que se han visto en sus tres modalidades de nasofrontales, nasoetmoidales y nasoorbitarios. Y precisamente por esto desde que el Dr. Fuente del Campo reportó su nueva clasificación la hemos utilizado en nuestro trabajo de rutina. Para el tratamiento quirúrgico preferimos utilizar el abordaje frontal y craneal simultáneos porque en esta forma se disminuyen las posibilidades del desarrollo ya sea de hemorragias o infecciones. El encefalocele debe ser rescatado y los defectos de la duramadre reconstruidos con colgajos de galea frontal. Algunos cirujanos prefieren utilizar colgajos libres. El cierre del defecto óseo se puede hacer ya sea por cierre directo o utilizando injertos de hueso. Aunque algunos cirujanos utilizan implantes metálicos o de acrílico, nosotros preferimos injertos autólogos de hueso o de cartílago. Al igual que el Dr. Fuente del Campo preferimos hacer la corrección del hipertelorismo asociado en forma simultánea a la extirpación del encefalocele porque en esta forma además del tratamiento de la anomalía el cierre del defecto óseo se facilita y consecuentemente se consigue una mejoría estética.

Quiero expresar a la Directiva de la Academia Mexicana de Cirugía la oportunidad de hacer este comentario.

\* Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía.

## Referencias

1. Argenta LC, Taylor AG. Malformaciones congénitas de la nariz. En Coiffman, F. (Ed), Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Ediciones Científicas y Técnicas. Masson-Salvat, Barcelona 1994:2156.
2. New CB, Devine KO. Neurogenic tumors of the nose and throat. Arch Otolaryngol 1947;46:163.
3. Fuente del Campo A, Siguá GJ, Gálvez PF. Meningoceles y meningoencefaloceles frontoetmoidales. En: Coiffman, F. (Ed) Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Ediciones Científicas y Técnicas. Masson-Salvat, Barcelona 1994:1294.
4. Fuente del Campo A. Surgical correction of Tessier number 8 cleft. Plast Reconstr Surg 1990;86:658.
5. Charoon-Smith T, Suwanwela C. Frontoethmoidal encephalomeningocele with special reference to plastic reconstruction. Clin Plast Surg 1974;1:27.