

Abordaje frontotemporal

Fué descrita por Dandy (EUA, 1938), es el ejemplo clásico que, aunque proviene de la época anterior a la microcirugía, después de posteriores y convenientes adaptaciones, todavía encuentra empleo práctico en operaciones que requieren amplitud; por ejemplo en lobectomías frontales y para el tratamiento de hematomas yuxtadurales temporofrontales muy extensos.

La cabeza se coloca con una rotación contralateral al sitio de entrada de aproximadamente 45 grados (que puede modificarse durante la operación) y el ángulo de extensión cefálica dependerá de si el objetivo está en la base o en la parte alta, o externa de los hemisferios. La extensión ligera de la cabeza (8 a 10 grados) y el ajuste del cabezal para que el nivel de la craneotomía quede ligeramente por debajo de la parte más alta del tórax, tiende a separar (después que se completa la craneotomía) la parte inferior del lóbulo frontal, de sus adherencias a la base craneal.

Insistir en una adecuada colocación de la cabeza del paciente, facilitará después la elevación ligera del lóbulo frontal y el acceso, siguiendo el borde del ala menor del esfenoides, hasta el nervio óptico; habitual faro de orientación en la exploración de las regiones quiasmática, selar y otras colindantes.

La incisión cutánea comienza en la línea pupilar y su arco se continúa por detrás y cerca de la línea de implantación del cabello, hasta la parte superior del arco cigomático, lo más cercana posible por delante del pabellón de la oreja, para preservar el grupo neurovascular de la a. temporal superficial. El colgajo cutáneo se disea a través del plano subgalear del tejido laxo supraparietal, teniendo cuidado de no dañar el periostio.

Se realizan 5 agujeros de trépano (más si es necesario), de los cuales el primero, habitualmente se coloca por detrás de la apófisis cigomática del frontal y debajo de la cresta de inserción del m. temporal (o línea temporal). Los restantes se distribuyen de acuerdo a la necesidad de despejar la base frontal o no y se interconectan con sierra de Gigli. Pero los inferolaterales, ubicados en las partes bajas del ala mayor del esfenoides y el hueso temporal, pueden acercarse haciendo un surco con una gubia (rongeur), para facilitar la fractura inferior, al formar el colgajo osteomuscular.

No es necesario desinsertar el músculo temporal y sus fibras se pueden separar junto con el periostio, en un surco a lo largo de su eje longitudinal, para abrir el colgajo óseo.

Si se disea cuidadosamente la arteria temporal superficial en su curso inicial por encima del arco cigomático, se puede conservar buena parte de su irrigación y se evitan pérdidas de sangre. Asimismo, una cuidadosa separación subperiosteal del m. temporal, en el momento de realizar el trépano detrás de la apófisis cigomática del frontal, atenúa algo la frecuencia de lesiones de las ramas temporofrontorbitarias del nervio facial, que llevan la inervación motora a los músculos frontal y orbicular. Como estas 3 ó hasta 4 fibras nerviosas viajan dentro del tejido adiposo entre las fascias externa y profunda del m. temporal en su parte anterior, es saludable para ellas disecar la capa externa junto al tejido adiposo; separarla de la fascia profunda y doblarla junto con el colgajo cutáneo, antes de manipular el m. temporal. Otros prefieren disecar juntas las dos fascias del músculo y doblarlas como una sola capa.

Cuando los objetivos eran por ejemplo, meningiomas del tercio medio o interno del ala menor del esfenoides o aneurismas del complejo arterial comunicante anterior, se realizaba resección del risco esfenoidal, de una forma muy similar a la descrita después por Yasargil.

Si es necesaria una ventana ósea mayor en dirección a la línea media, el arco de la incisión cutánea

puede comenzar cerca de ese punto o, inclusive, cruzar contralateralmente (siempre por detrás de la línea de implantación del cabello). Pero si es necesario ampliar hacia atrás la craneotomía, se realiza una incisión en forma de signo de interrogación. Esta versión de la craneotomía con extensión hasta línea media, ofrece un campo excelente para las lobectomías frontales en caso de gliomas o metástasis extensas en el área premotora; o para abordajes amplios subfrontales a la base del cráneo.

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/neuroc/craneotomias.pdf>

Hoja operatoria

Bajo [anestesia general](#) con [monitorización intraoperatoria](#). [Decúbito supino](#) cabeza lateralizada a la izquierda bajo [cabezal de Mayfield](#). [Incisión cutánea](#) para [abordaje frontotemporal](#) derecho. Craneotomía subyacente Herniación cerebral a tensión. Se completa durotomía hacia pterion. Lobectomía temporal T2-T3-Fusiforme + resección amígdala y cabeza de hipocampo. Se identifica Surco periinsular inferior que sirve de referencia como límite craneal de la resección. Se realiza hemostasia cuidadosa. Espongostan sobre lecho tumoral. Cierre dural con puntos de aproximación, periostio y espongostan epidural. Reposición ósea con 3 mini placas de synthes. Cierre por Planos. Piel con grapas.

From:

<http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=abordaje_frontotemporal

Last update: **2025/05/04 00:00**

