

Abordaje pterional

También denominada [craneotomía frontopterional](#) de [Yasargil](#).

Posición

[Decúbito supino](#), levantando el hombro ipsilateral.

La elevación del tórax 10-15 ° reduce la compresión venosa.

Flexión de las rodillas.

Colocación del cabezal de Mayfield

Extensión del cuello 15 °.

Cabeza girada de 30 a 60 ° según la exposición requerida.

Para la exposición posterior 30 °, para la exposición media de 45 ° y para la exposición anterior 60 °.

Incisión curva 1cm. por delante del delante de trago a la altura del arco cigomático (para evitar la rama frontal del nervio facial y la rama frontal de la arteria temporal superficial) y terminando cerca o más allá de la línea media. La incisión debe ser posterior si debe ser expuesta la cisura de Silvio completa.

Antes de la desinserción del m. temporal deben tenerse en cuenta: la rama frontal del nervio facial, el arco cigomático y la línea temporal superior.

La capa fina de grasa de la fascia temporal superficial se disecciona y se refleja en la parte anterior para proteger la rama frontal del nervio facial.

El pericráneo por encima de la línea temporal superior se refleja en sentido anterior. A veces, este tejido se usa como un parche dural autólogo.

Se realiza una incisión del músculo temporal para mantener una banda unida a la placa ósea para la reconstrucción muscular.

El músculo temporal se refleja en sentido anterior e inferior, con el fin de exponer el área pterional. Para evitar el sangrado esta acción debe iniciarse desde su parte inferior donde el músculo no está muy unido al hueso.

Originalmente se realizan cuatro agujeros para formar un colgajo de hueso:

1. por detrás y superior a la sutura cigomática frontal, debajo de la línea temporal y en dirección paralela al reborde orbitario;
2. frontobasal, a 3-4 cm en una posición superointerna del primero y a 1-2 cm sobre el arco superciliar;
3. parietal a lo largo de la línea temporal y detrás de la sutura coronal;

4. en la escama temporal por detrás de la sutura esfenoparietal y 4 cm inferior al tercer trépano.

La craneotomía se completa resecano el risco esfenoidal y si es necesario, el techo de la órbita.

Yasargil también recomienda la apertura interfascial y disecar separadamente la capa de grasa donde viaja la inervación motora del m. frontal. La apertura de duramadre es en forma semicircular alrededor del ala esfenoidal; similar a la descrita por Kempe con anterioridad. Yasargil ha publicado posteriormente variaciones pequeñas de su craneotomía original.

[Abordaje pterional transsilviano.](#)

Hoja operatoria

Bajo [anestesia general](#) con [monitorización intraoperatoria](#). [Decúbito supino](#) cabeza lateralizada a la izquierda bajo [cabezal de Mayfield](#). [Incisión cutánea](#) para [abordaje pterional](#) 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.

ver [Abordaje pterional para craneofaringioma](#).

From:

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

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=abordaje_pterional

Last update: **2025/05/03 23:59**

