

Diagnóstico Presuntivo:	Carcinoma Espinocelular en Piel Cabelluda	Localización:	Región Vértex / Parieto-Occipital
Procedimiento:	Extirpación de Lesión + Reconstrucción con Colgajo Cutáneo Local	Técnica Cierre:	Colgajo de Rotación

1. RESUMEN CLINICO Y DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

Presentación del Caso: Paciente masculino con historia de exposición solar crónica y daño actínico severo en piel cabelluda (fotodaño difuso con múltiples queratosis actínicas y léntigos solares). Presenta una lesión tumoral eritematosa, hiperqueratósica y nodular con centro ulcerado/costroso en el vértex, se realiza biopsia diagnostica y el resultado fue compatible con un **Carcinoma Espinocelular (CEC)**.

Justificación Quirúrgica: Indicación de extirpación quirúrgica completa con márgenes oncológicos de seguridad para control local de la enfermedad y prevención de invasión en profundidad o metastásica.

2. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

- **Asepsia y Marcaje:** Se realiza asepsia y antisepsia del campo operatorio. Se delimita la lesión tumoral principal y se diseña el margen de resección oncológico (márgenes libres de 4–6 mm). Se planifica el diseño del colgajo local de rotación/transposición en hélice/espiral para la cobertura del defecto residual sin tensión en el cuero cabelludo.
- **Infiltración y Excéresis:** Infiltración de anestesia local con vasoconstrictor. Se efectúa la resección en bloque de la lesión abarcando tejido celular subcutáneo hasta el plano galea aponeurótica.
- **Movilización y Tallado del Colgajo:** Se realiza la incisión de las ramas del colgajo arciforme y el despegamiento subgaleal cuidadoso para dotar de movilidad a los colgajos adyacentes.
- **Cierre y Reconstrucción:** Se transponen los colgajos para cubrir el defecto quirúrgico primario. Se realiza hemostasia rigurosa y afrontamiento por planos con sutura monofilamento e invaginación correcta de bordes.

3. DOCUMENTACIÓN FOTOGRÁFICA DEL PROCESO

Lesión Inicial



Figura 1: Lesión Tumoral Inicial

Nódulo eritroplaquésico de bordes elevados e hiperqueratósico en cuero cabelludo.

Marcaje Quirúrgico



Figura 2: Marcaje Preoperatorio

Delimitación del margen oncológico y diseño del colgajo de rotación/transposición.

Incisión y Resección



Figura 3: Resección y Defecto Residual

Extirpación de la lesión tumoral y comienzo del inciso/ despegamiento del colgajo.

Cierre Inmediato



Figura 4: Posquirúrgico Inmediato

Colgajo adaptado y suturado sin tensión. Reconstrucción exitosa del defecto.

Evolución Temprana

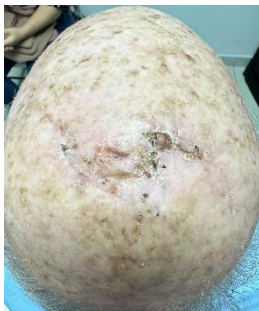


Figura 5: Evolución / Cicatrización Temprana

Cicatrización en proceso con leve formación de costras superficiales.

Resultado Tardío



Figura 6: Resultado Tardío / Final

Excelente integración del colgajo, cicatriz plana, madura y sin recidiva visible.

4. INDICACIONES POSOPERATORIAS Y SEGUIMIENTO

- **Cuidado de la Herida:** Lavado diario suave con agua y jabón neutro, aplicación de pomada antiséptica/ cicatrizante y curación oclusiva seca durante los primeros días.

- **Retiro de Puntos:** Programado a los 10–14 días posoperatorios dada la tensión inherente del cuero cabelludo.
- **Estudio Histopatológico:** Muestra enviada a anatomía patológica para confirmación diagnóstica y evaluación de márgenes quirúrgicos (márgenes libres de neoplasia).
- **Fotoprotección:** Uso continuo de fotoprotección solar estricta (sombrero, filtro solar SPF 50+) para prevenir la aparición de nuevas lesiones sincrónicas o metacrónicas.

Nota Médica: Este documento resumen ha sido elaborado con fines de registro clínico y docente fotográfico del procedimiento de excéresis y reconstrucción de carcinoma espinocelular en piel cabelluda.