

CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

MEDICINA HUMANA 7MO SEMESTRE

ITZEL JAQUELINE RAMOS MATAMBU

10-10-2020

Reconstrucción
facial después de
fracturas

La consideración más común que pone en riesgo la vida en pacientes con traumatismo facial es la permeabilidad de las vías respiratorias, control de la hemorragia, identificación y tratamiento de broncoaspiración y la identificación de otras lesiones. Una vez que se estabiliza el estado clínico del paciente y se han tratado las lesiones que ponen en riesgo la vida, se dirige la atención al diagnóstico y tratamiento de las lesiones craneofaciales. La exploración física de la cara guía al médico para establecer cuáles son las lesiones subyacentes de tejidos duros, con atención especial a laceraciones, desniveles óseos, inestabilidad, dolor a la palpación, equimosis y asimetría facial. Las radiografías especializadas tradicionales se sustituyeron en gran medida por la CT de alta resolución, que se encuentra ampliamente disponible. Las reconstrucciones coronal, sagital y tridimensional hacen evidentes lesiones complejas.

Fractura de mandíbula. Las fracturas mandibulares son lesiones comunes que pueden ocasionar incapacidad permanente si no se diagnostican de manera apropiada. El ángulo y la rama mandibulares, la apófisis coronoides y los cóndilos son puntos de inserción para los músculos de la masticación, lo que incluye a los músculos masetero, temporal, pterigoideo lateral y pterigoideo medial. Las fracturas con frecuencia son múltiples y los trastornos en la oclusión dental reflejan las fuerzas de varios músculos de la masticación sobre los segmentos de la fractura. La clase I es la oclusión normal, con ajuste de la cúspide bucal mesial del primer molar maxilar en el surco intercuspidé deo del primer molar mandibular. La maloclusión de clase II se caracteriza por ubicación anterior (mesial) y la maloclusión clase III consiste en la posición posterior (distal) de los dientes maxilares con respecto a los dientes mandibulares. El tratamiento no quirúrgico puede utilizarse en situaciones en las cuales no hay desplazamiento o bien éste es mínimo, con conservación de las relaciones de oclusión previas al traumatismo y con un arco normal de movimiento.

Fracturas orbitarias. El tratamiento de todas las lesiones de la órbita, con excepción de las más simples, debe incluir la valoración por un oftalmólogo para establecer la agudeza visual y descartar la lesión del globo ocular. Las fracturas de la órbita pueden afectar el piso, techo o pared interna o externa de la órbita. La fractura orbitaria más común es la fractura por estallamiento del piso de la órbita, causada por presión directa al globo ocular con incremento súbito de la presión intraorbitaria. Las regiones medial e inferior de la órbita están formadas por el hueso más delgado, por lo que las fracturas ocurren más a menudo en esas ubicaciones. Las fracturas de los bordes orbitarios externo e inferior no son poco comunes y a menudo se asocian con fracturas cigomaticomaxilares complejas, como se revisa más adelante. Debe hacerse especial mención a las

complicaciones poco comunes después de fractura de la órbita. El síndrome de fisura orbitaria superior es consecuencia de la compresión de las estructuras contenidas en la cisura orbitaria superior en la parte posterior de la órbita. Esto incluye a los nervios craneales III, IV, VI y la primera división sensitiva del V par craneal

Fracturas complejas del cigomático y cigomaticomaxilares. El cigomático forma el borde externo e inferior de la órbita. Se articula con el hueso esfenoides en la cara externa de la órbita, con el maxilar en dirección interna e inferior, con el hueso frontal en dirección superior y con el hueso temporal en dirección externa. Las fracturas del hueso cigomático pueden afectar solamente al arco o muchas de sus relaciones óseas. Las fracturas aisladas del arco cigomático se manifiestan como aplanamiento, ensanchamiento de la cara relacionada con edema y equimosis. Las fracturas no desplazadas pueden tratarse por medios no quirúrgicos, en tanto que las fracturas conminutas del arco y las desplazadas pueden reducirse y estabilizarse de manera indirecta (método de Gilles) o, en casos de fracturas más complejas, directamente a través de una incisión coronal.

Las fracturas cigomaticomaxilares complejas (ZMC, zygomaticomaxillary complex) consisten en la rotura del arco cigomático, borde orbitario inferior, borde cigomaticomaxilar, pared externa de la órbita y borde cigomaticofrontal. Las fracturas segmentarias tienden a rotar en dirección externa e inferior, ocasionando la expansión del volumen de la órbita, limitación del movimiento de la mandíbula, una fisura palpebral en el borde inferior y aplanamiento de la eminencia malar. Las fracturas ZMC casi siempre se acompañan de parestesias en la distribución del nervio infraorbitario y dermatoma subconjuntival. Fracturas del seno frontal. La región del seno frontal es un punto estructural relativamente débil en la porción superior de la cara. Por esta razón, es una ubicación común para las fracturas en casos de traumatismo facial. Los senos paranasales son una estructura par, cada una con una tabla ósea anterior que determina el contorno de la frente y una tabla posterior que separa el seno de la duramadre. Cada seno drena a través de la porción interna del piso hacia el conducto frontonasal, el cual vierte su contenido hacia el meato medio en la cavidad nasal. El tratamiento de las fracturas de los senos frontales depende de las características de la fractura

Fracturas nasales. La nariz es el sitio más común de fracturas

faciales, por su ubicación prominente; cada fractura puede afectar la porción cartilaginosa del tabique nasal, los huesos nasales o ambos. Es importante realizar una exploración intranasal para saber si hay un hematoma en el tabique. Si está presente, éste debe drenarse y colocar un

taponamiento para evitar la necrosis por presión del tabique nasal y un colapso a largo plazo de la porción media de la nariz. La reducción cerrada de las fracturas nasales puede realizarse bajo anestesia local o general. Por desgracia, en muchos de los casos, si no es que en la mayor parte, muestran cierta deformidad al finalizar la consolidación, para la cual es necesaria la rinoplastia si hay obstrucción de las vías respiratorias o si se desea mejorar el aspecto.

Fracturas panfaciales. Las fracturas de múltiples huesos en varias localizaciones se incluyen en la categoría de fracturas panfaciales. Éstas pueden incluir las fracturas de los senos frontales y maxilar, NOE, fracturas de la órbita y ZMC, fracturas palatinas y fracturas mandibulares complejas. La dificultad en la reparación de estas lesiones depende no de aspectos técnicos de la fijación, sino del restablecimiento de las relaciones normales entre las características faciales en ausencia de puntos de referencia que se encontraban presentes antes de la lesión. Sin la corrección apropiada de las relaciones de los fragmentos óseos, se exagera el ensanchamiento facial y se pierde la proyección facial. Los puntos fundamentales en la atención de pacientes con fracturas panfaciales es en primer lugar reducir y reparar el arco cigomático y la región frontal para establecer el marco y lo ancho de la cara. Las suturas nasomaxilares y cigomaticomaxilares pueden repararse una vez que se ha establecido un marco correcto.

PD:

DR BUENAS NOCHES DISCULPE, EL TRABAJO ANTERIOR POR QUIVOCACION LO SUBI A ESTA ASIGNACION Y NO ME DI CUENTA HASTA EL DIA DE HOY