

UDS

Universidad del sureste Campus Tuxtla
Gutiérrez, Chiapas Escuela de Medicina
Humana



ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ

CLINICA QUIRURGICA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA

RECONSTRUCCIÓN FACIAL DESPUÉS DE FRACTURAS

El incremento del grado de destrucción maxilofacial relacionada con los accidentes, la primera fase de atención del paciente con traumatismo maxilofacial es la activación del protocolo de apoyo vital para individuo con traumatismo las lesiones simultaneas en otros sitios de la cara la consideracion 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 se estabiliza al estado clínico del paciente se han tratado las lesiones que ponen en riesgo la vida dirige la atención al diagnóstico y tratamiento de las lesiones craneofaciales.

La exploración física de la cara guía al médico para establecer 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 sustituyen en gran medida por la CT de alta resolución las reconstrucción coronal , sagital y tridimensional hacen evidentes lesiones complejas.las fracturas mandibulares son lesiones comunes que pueden ocasionar incapacidad permanente si no se diagnostica de manera apropiada el ángulo mandibular , rama , apófisis coloides y cóndilos son puntos de inserción para los músculos de la masticación 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 oclusión dental es quizá la relación básica más importante la oclusión dental es quizá la relación básicas más importante para comprender las fracturas de la porción media de la cara y de la mandíbula el sistema de clasificación de Angle describe la relación de los dientes maxilares con los dientes mandibulares la clase 1 es la oclusión normal con ajuste de la cúspide bucal mesial del primer molar maxilar en el surco intercuspideo del primer molar mandibular las maloclusión de la clase 2 se caracteriza por la ubicación anterior mesial y la maloclusión clase 3 consiste en la posición posterior distal de los dientes maxilares con respecto a los dientes mandibulares, el tratamiento no quirúrgico puede utilizarse en situación en las cuales no hay desplazamiento o bien este es mínimo con conservación de las relaciones de oclusión previas al traumatismo y con un arco normal de movimientos la reparación quirúrgica implica el asentamiento de los cóndilos en la fosa glenoidea

Para lograr la fijación maxilar – mandibular con barras en arco o tornillos intermaxilares para establecer la oclusión dental apropiada y la exposición quirúrgica de las líneas de fractura por vía intrabucal , extrabucal o por combinaciones de estas, la colocación de placas mandibulares sigue dos escuelas principales : la fijación rígida que propone la ASOCIATION OF INTERNAL FIXATION AO / ASIF y la fijación menos rígida pero estable desde el punto de vista funcional técnica de Champy el método de estabilización , es liberar la fijación maxilar y mandibular y recuperar el arco de movimiento tan pronto como sea posible para reducir el riesgo de anquilosis otras complicaciones potenciales incluyen infección , la falta de consolidación , pseudoartrosis , maloclusión dental, lesión del nervio facial , lesión del nervio mentoniano o infraalveolar y fracturas dentales, el tratamiento de todas las lesiones de la órbita 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 incrementos súbitos de la presión intraorbitaria. Las regiones medial e inferior de la órbita están formadas por el hueso más delgado las fracturas ocurren más a menudo en esas ubicaciones tales lesiones pueden tratarse en forma expectante son lo suficientemente pequeñas y no existen complicaciones es necesaria la cirugía para las fracturas grandes por estallamiento se asocian con enoftalmos aumento del volumen intraorbitario , atrapamiento de los tejidos de la porción inferior de la órbita diagnosticada a través de la prueba de movimiento ocular forzada o diplopía de dura más de dos semanas las fracturas de los bordes orbitarios externo e inferiores no son poco comunes a menudo se asocian con las fracturas cigomaticomaxilares complejas.

El cigomático forma el borde externo e interno 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 se manifiestan como aplanamiento ensanchamiento de la cara relacionada con edema y equimosis las fracturas no desplazadas pueden tratarse por medios no quirúrgicos las fracturas communitas del arco y las desplazadas pueden reducirse y estabilizarse de fracturas más complejas , directamente a través de una incisión coronal. las fracturas desplazadas se tratan con exposición a través de múltiples incisiones para lograr el acceso a toda la zona que requiere fijación esto incluye una incisión en el párpado superior sutura cigomaticofrontal y pared externa de la órbita y borde infraorbitario e incisión en el surco gingivobucal maxilar sutura cigomaticomaxilar de nuevos las fracturas cigomaticas complejas graves exposición amplia a través de un acceso coronal.

La reducción cerrada de las fracturas nasales puede realizarse bajo anestesia local o general las fracturas de múltiples huesos en varias localizaciones se incluyen en la categoría de fractura panfaciales 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 se exagera el ensanchamiento facial y se pierde la proyección facial la atención de pacientes con fracturas panfaciales es el primer lugar reducir y reparar el arco cigomático y la región frontal para establecer el marco y el ancho de la cara las suturas nasomaxilares y cigomaticmaxilares pueden repararse una vez que se han establecido un marco correcto se reduce el maxilar con base en este marco de referencia la fijación palatina es necesario se han corregido las relaciones de la porción media de la cara puede aplicarse la fijación maxilar mandibular con la mandíbula en oclusión correcta por la colocación de placas en las fracturas mandibulares. Los defectos adquiridos de la oreja pueden tener muchas causas y se dispone de varios métodos diferentes para la reconstrucción el método de reconstrucción a menudo depende del tamaño y la ubicación del defecto las lesiones pequeñas de hélix puede extirparse con facilidad mediante la creación de una cuña y cierre primario los defectos más grandes de los tercios superior y medio de la oreja pueden utilizarse el cartílago del antihélix y la concha para reducir colgajos locales para cerrar la herida o sustituir el tejido perdido la reconstrucción de la nariz requiere apreciar las nueve subunidades estéticas que definen el contorno anatómico un defecto abarca más del 50% de una subunidad el resto de las subunidades deben extirparse e incluirse en la reconstrucción debe considerarse que la nariz está compuesta por tres capas cubierta cutánea, apoyo estructural y mucosas de recubrimiento cuando se valora.

Bibliografía

Brunicardi, C. F. (2015). principios de cirugía. En C. F. Brunicardi, *principios de cirugía* (pág. 1647). Mexico: McGraw-Hill.

a

