



Medicina humana

Clínicas quirúrgicas
complementarias

“Reconstrucción facial después
de fracturas”

2do Parcial (Séptimo semestre)

Alfredo López López

Alumna Citlali Guadalupe Perez Morales

Reconstrucción facial después de fracturas

La primera fase de atención del paciente con traumatismo maxilofacial es la activación del protocolo de apoyo vital avanzado para individuos con traumatismo. Las lesiones simultáneas en otros sitios además de la cara son la regla, más que la excepción.

La consideración más común que pone en riesgo la vida en pacientes con traumatismo facial:

- Permeabilidad de las vías respiratorias
- Control de la hemorragia
- Identificación y tratamiento de broncoaspiración
- Identificación de otras lesiones

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
- Asimetría facial.

Las radiografías especializadas tradicionales se sustituyeron en gran medida por la CT de alta resolución, que se encuentra ampliamente disponible.

Fractura de mandíbula

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.

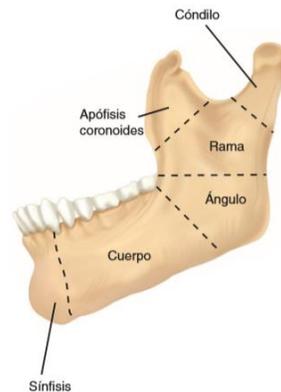


Figura 45-26. Anatomía mandibular. (Reproducida con autorización de Thornton J, Hollier L. Facial fractures II: lower third. Selected

El sistema de clasificación de Angle describe la relación de los dientes maxilares con los dientes mandibulares.

- **La clase I** es la oclusión normal, con ajuste de la cúspide bucal mesial del primer molar maxilar en el surco intercuspidé del primer molar mandibular.
- La maloclusión de **clase II** se caracteriza por ubicación anterior (mesial).
- 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 un arco normal de movimiento.

La reparación quirúrgica implica el asentamiento de los cóndilos en la fosa glenoidea, 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 combinación de éstas.

La colocación de placas mandibulares sigue dos escuelas principales: la fijación rígida que propone la Association for Osteosynthesis/Association for the Study of Internal Fixation (AO/ ASIF) y la fijación menos rígida pero estable desde el punto de vista funcional (técnica de Champy).

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. La 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.

Hay varios accesos quirúrgicos al piso de la órbita, lo que incluye las incisiones transconjuntival, subciliar y blefaroplastia inferior. 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.

Fracturas complejas del cigomático y cigomaticomaxilares

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 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.
- Las fracturas desplazadas se tratan con exposición a través de múltiples incisiones para lograr el acceso a toda la zona que requiere fijación.

Fracturas etmoidales nasoorbitarias (NOE)

Este tipo de fracturas a menudo son parte de un grupo de fracturas panfaciales y de otras lesiones intracraneales. El tratamiento por lo común consiste en la colocación meticulosa de placas o alambres a todos los fragmentos óseos, potencialmente con un injerto óseo primario

para restablecer la configuración normal. La clave para la reparación exitosa de una fractura etmoidal nasoorbitaria es el restablecimiento de la sutura nasomaxilar y la restauración de los puntos de fijación de los ligamentos palpebrales internos que se encontraban antes del traumatismo.

Fracturas nasales

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.

Fracturas parafaciales

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. 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.

Bibliografía: F. Charles Brunnicardi. (2015). Schwartz Principios de cirugía. España: McGrawHill.