

RECONSTRUCCION FACIAL

UNIVERSIDAD DEL SURESTE ALUMNO: LUIS FRANCISCO CHIVARDI
HERNANDEZ

CATEDRATICO: DR
ALFREDO LOPEZ LOPEZ

Todo profesional que se enfrenta a estos pacientes debe tener los conocimientos necesarios de evaluación clínica, capacidad de solicitar e interpretar estudios de imágenes, manejo inicial de las lesiones que amenazan la vida, y poder efectuar una adecuada priorización en la resolución del trauma facial, en el contexto de la presencia de lesiones de otros sistemas y órganos. En este artículo revisaremos los principios básicos del manejo inicial del trauma máxilo facial.

1)Fracturas Nasales

El diagnóstico se hará por anamnesis, examen físico y estudio radiológico que incluirá radiografía de huesos propios bilateral y radiografía de Waters. El examen físico se basa en la inspección, palpación suave y la especuloscopía, que permite determinar la presencia de hematomas septales, los cuales deben ser drenados en forma inmediata por el médico que evalúa al enfermo, efectuando una pequeña incisión mucosa, lavando con suero. La herida se deja abierta, y se puede dejar un pequeño tapón de jelonet en la zona por 48 horas para prevenir sangramientos. Con respecto a las fracturas nasales, generalmente las desviaciones del eje nasal obedecen a desviaciones del septum por fracturas de este en forma exclusiva o asociadas a fracturas de los huesos propios. El tratamiento de reducción puede ser diferido, esto es hasta 12 días según nuestra experiencia, después del traumatismo, luego de lo cual es necesario recurrir a osteotomías o tratar como secuela alrededor de los seis meses posteriores. En la urgencia, y en el caso de disponer especialista en la materia, se resolverá en caso de tener otras lesiones asociadas que requieran de hospitalización y/o cirugía, o en caso de presentar heridas que requieran sutura, o epistaxis que necesite taponamiento.

2)Fracturas Cigomático-Maxilares

La tomografía computarizada es un examen caro, pero de gran utilidad en el caso de lesiones asociadas y para evaluación del tabique nasal. El diagnóstico se efectuará por anamnesis y examen físico, caracterizado por la presencia de hematoma, equimosis, y depresión de la eminencia malar, asociado o no a limitación de la apertura oral.

3)Fracturas Nasoetmoidoorbitarias (orbito nasales)

Igual que en el caso de las fracturas cigomatomaxilares, el diagnóstico se basa en el examen físico y la anamnesis (golpe directo de alta energía en la región glabellar y/o nasal alta). Su diagnóstico es por alto índice de sospecha, al encontrar telecanto traumático (más de 32mm.), y desplazamiento lateral del canto al traccionar con el pulpejo el párpado. Se complementa con estudio radiológico (Water, Cadwel), y aquí cobra gran valor el Scanner, al demostrar el desplazamiento del fragmento óseo que contiene al canto interno, en lo cual se basa su clasificación, pudiendo estar insertado en un fragmento óseo grande (Tipo I), en uno pequeño (Tipo II) y desinsertado del hueso (Tipo III). Va con compromiso de la pared medial de la órbita, y frecuentemente se asocian a otras fracturas faciales

4)Fracturas Orbitarias

Estas pueden ser de cualquiera de sus cuatro paredes, siendo más frecuente el piso y las paredes lateral (en fracturas malares) y medial (en fracturas nasoetmoidales). Lo más importante es efectuar el examen físico del globo ocular, para descartar heridas que pueden hacer peligrar la visión. Se recomienda efectuar siempre, en estos casos, interconsulta a oftalmología. El estudio radiológico puede orientar bastante, pero es el scanner el que dará el diagnóstico exacto y permitirá la planificación adecuada del tratamiento quirúrgico. En el segmento posterior de la órbita, se unen el piso con la pared medial, formando lo que se conoce como la zona clave, la cual se ve frecuentemente fracturada, su diagnóstico es por scanner, y es la causa más frecuente de enoftalmo post traumático, de tal manera que se debe buscar en forma dirigida

5)Fracturas Maxilares

La clásica clasificación de Le Fort (I, II y III), continúa vigente con fines didácticos, ya que esta fue hecha con traumatismos de baja energía. Hoy es más frecuente observar fracturas pan faciales (conminutas y con compromiso de dos o más segmentos faciales) por mayor energía de impacto, o de Le Fort combinadas, con gran destrucción de los huesos faciales. El diagnóstico será por anamnesis, examen

físico y estudio radiológico convencional y scanner. Este último permitirá planificar el tratamiento quirúrgico, el cual, si bien es cierto se continúa efectuando osteosíntesis con alambre en algunos centros (por falta de medios), deberá ser con abordajes múltiples y planificados, reducciones anatómicas y osteosíntesis internas rígidas de titanio, las que logran los mejores resultados morfofuncionales, y permiten una rehabilitación y reinserción laboral precoz

6)Fracturas de Mandíbula

Muy frecuentes, su diagnóstico generalmente es sencillo por anamnesis, ex físico y estudio radiológico. El paciente, generalmente, presenta impotencia funcional mandibular y/o alteraciones de la oclusión. Es aconsejable la evaluación en conjunto con odontólogo, quién ayudará a completar el diagnóstico, procederá a tratar las posibles fracturas dento alveolares asociadas, y/o efectuará reducciones, inmovilizaciones transitorias o definitivas.

1.

Manejo según el ABC: Los traumatismos faciales, en especial los de alta energía, frecuentemente se asocian a lesiones severas del encéfalo y columna cervical, por lo que es necesario tomar las prevenciones necesarias para el manejo de la vía aérea y evitar pasar por alto su diagnóstico.

a.

Vía aérea: Intente evitar la intubación nasotraqueal. Si es necesario, considerar la intubación orotraqueal con prevención de columna cervical alineamiento. La cricotiroidotomía de urgencia puede ser considerada en aquellos casos de traumatismos severos oromandi-bulares.

b.

Ventilación: Es necesario estar atento a la posibilidad de bron-coaspiración, ya sea de contenido gástrico o sangre. Ante la menor sospecha, se hace necesario asegurar la vía aérea con intubación.

c.

Circulación: Los sangramientos de esta zona pueden llegar a ser muy importantes, y a veces de difícil diagnóstico, en especial cuando son sangramientos posteriores. El manejo, basado en el ATLS, implica que se debe restituir volumen en forma vigorosa ante la presencia de cualquier hipotensión y sangramiento facial importante.

d.

Discapacidad neurológica: Asegure un buen y completo examen neurológico. La presencia de anisocoria en un paciente consciente y orientado debe hacer pensar en un trauma ocular o de la vía ocular más que en una lesión central.

e.

Exposición: Es necesario examinar la zona posterior del cráneo y el cuello, con el fin de descartar cualquier lesión en esa zona, que pueden pasar fácilmente desapercibidas, y pueden ser causa de importantes sangramientos.

BIBLIOGRAFIA

Moreno Barrera, K. (2005). Manejo de fracturas de mandíbula por trauma facial en el Servicio de Orto Craneo Facial del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. Enero 2003-Diciembre 2004.